

Denise do Amaral Camossa

**PROMOÇÃO DE SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO
SOCIOCOMUNITARIA**

Centro Universitário Salesiano de São Paulo – UNISAL

Americana/ SP

2012

Denise do Amaral Camossa

**PROMOÇÃO DE SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO
SOCIOCOMUNITARIA**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Salesiano de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Educação Social, sob orientação da Profª Drª Sueli Maria Pessagno Caro .

Centro Universitário Salesiano de São Paulo – UNISAL

Americana/ SP

2012

C192p Camossa, Denise do Amaral
Promoção de saúde: uma contribuição da educação
sociocomunitária / Denise do Amaral Camossa. –
Americana: Centro Universitário Salesiano de São Paulo,
2012.
84 f.

Dissertação (Mestrado em Educação). UNISAL – SP.
Orientadora: Profª Drª . Sueli Maria Pessagno Caro.
Inclui bibliografia.

1. Promoção de saúde. 2. Educação sociocomunitária. 3.
Equipe interdisciplinar – Brasil. I. Título.

CDD – 370.193

Catálogo elaborado por Maria Elisa Pickler Nicolino – CRB-
8/8292

Bibliotecária do UNISAL – Unidade de Ensino de Americana.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cintia Heloína Bueno

Prof. Dr. Francisco Evangelista

Profa. Dra. Sueli Maria Pessagno Caro

Dedico este trabalho a meu amado e amigo pai (in memoriam), que sempre esteve ao meu lado em tudo na vida, que Deus lhe abençoe.

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação:

A Deus que me concedeu serenidade para concluir esta etapa em meio a tantas turbulências;

À meu marido pelo apoio incondicional;

A minha irmã Tina, sobrinha Júlia e mãe Márcia pelo incentivo;

A meu querido primo Duda pela imensa generosidade nos momentos mais difíceis;

Aos colegas e professores do Mestrado pelo apoio teórico e cuidado nas sugestões;

Agradeço à Prof^a Dra. Sueli Maria P. Caro, minha orientadora, por sua calma e por todo o conhecimento teórico compartilhado com muito amor;

Agradeço aos entrevistados que tornaram esta pesquisa possível

E, finalmente, agradeço ao meu pequeno Theo, que me mostrou o que é força e amor desde que estava na minha barriga.

RESUMO

A saúde é vista não somente como ausência de doenças, mas como uma ação coletiva e política, que deve se preocupar com as práticas preventivas e com a experiência sociocomunitária. O objetivo deste trabalho foi mostrar a contribuição da educação sociocomunitária para a nova visão de promoção em saúde. Desenvolveu-se uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa; que foi escolhida por permitir aprofundar a investigação e responder aos questionamentos específicos da realidade social investigada. Percebeu-se a necessidade, por parte dos profissionais da saúde, de articular ações que promovam a prevenção e a reabilitação da saúde. As dificuldades relatadas pelos profissionais da saúde referentes ao trabalho em equipe (interdisciplinar) são ainda o reflexo da mudança de um modelo pedagógico centrado em um trabalho linear, institucionalizado, hierárquico, com a utilização de técnicas específicas – fragmentadas, parciais e isoladas – de uma determinada área de formação. O trabalho interdisciplinar (e *transdisciplinar*) exige mudanças e desafios inerentes à própria convivência social no local de trabalho: são as dificuldades da passagem de um paradigma de trabalho individualizado para a prática do profissional na perspectiva da coletividade. Percebe-se, também, uma ausência de qualquer referência à política por parte dos entrevistados.

PALAVRAS-CHAVES

Promoção de saúde, Trabalho interdisciplinar, Educação sociocomunitária

ABSTRACT

Health is not only seen as absence of disease, but also as a collective and political action that should be concerned about the preventive practices and the social and community experience. The objective of this study was to show the contribution of the social and community education to the new vision of promotion in health. A field research was developed, with qualitative approach, which was chosen for allowing further research and for responding to specific questions about the investigated social reality. Health professionals noticed the need of articulating actions to promote the prevention and rehabilitation of health. The difficulties reported by the health professionals referring to teamwork (interdisciplinary) are still the reflection of the change of a pedagogical model centered in a linear, institutionalized, hierarchical work with the use of specific techniques – fragmented, partial and isolated – of a determined formation area. The interdisciplinary (and transdisciplinary) work demands changes and challenges inherent to the workplace coexistence itself, which are the difficulties in the passage of an individualized work paradigm to the practice of the professional in the perspective of collectivity. It could also be noticed on interviewees an absence of any reference to politics.

KEYWORDS

Health promotion, interdisciplinary work, social and community education

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I	
SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	04
1. Saúde e promoção de saúde.....	05
2. Equipes de saúde e suas atuações.....	13
3. Multi, pluri e interdisciplinaridade.....	17
4. Transdisciplinaridade.....	23
CAPÍTULO II	
EDUCAÇÃO SOCIOCOMUNITÁRIA.....	26
1. Educação sociocomunitária.....	27
2. Educação sociocomunitária na saúde.....	35
CAPÍTULO III	
ASPECTOS METODOLÓGICOS E TEÓRICOS: POR UMA ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS.....	43
1. Caracterização do local de estudo.....	44
2. Saúde mental e a Educação em saúde.....	45
3. Diabetes <i>mellitus</i> e a Educação em Saúde.....	47
4. Referencial metodológico.....	49
a) Sujeitos.....	49
b) Instrumentos ou materiais.....	49
c) Procedimentos metodológicos.....	49
CAPÍTULO IV	
A PROMOÇÃO DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO SÓCIO-COMUNITÁRIA: UM PERFIL TEÓRICO DOS DADOS COLETADOS.....	51
1. A promoção de saúde e a educação sociocomunitária: um perfil teórico dos dados coletados.....	52

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
1. Considerações finais.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	82

Tabela 1 – Sexo dos Profissionais.....	53
Tabela 2 – Faixa Etária dos Profissionais.....	53
Tabela 3 – Formação Profissional.....	53
Tabela 4 – Formação Específica em Educação e Saúde.....	55
Tabela 5 – Respostas à questão “Qual a concepção de saúde que você tem?”.....	55
Tabela 6 – Respostas à questão “O que você entende por Educação em Saúde?”.....	57

***“ NÓS VOS PEDIMOS COM INSISTÊNCIA
NÃO DIGAM NUNCA:
ISSO É NATURAL!
DIANTE DOS ACONTECIMENTOS DE CADA DIA
NUMA ÉPOCA EM QUE REINA A CONFUSÃO
EM QUE CORRE O SANGUE
EM QUE O ÁRBITRO TEM FORÇA DE LEI
EM QUE A HUMANIDADE SE DESUMANIZA
NÃO DIGAM NUNCA:
ISSO É NATURAL!
PARA QUE NADA
POSSA SER IMUTÁVEL!”***

BERTOLD BRECHT

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como pressuposto fundamental que o profissional de saúde e aqueles que procuram seu auxílio (a estes chamaremos respeitosamente por “pacientes”) não existem e não vivem independentes uns dos outros: não há existência humana que se construa isolada do convívio com o outro. Quem é o profissional de saúde? Quem é o “paciente/doente”? É preciso que tenhamos em mente que, seja qual for a resposta que possamos inferir – jamais definitiva –, não haverá qualquer prática, gesto ou ação por parte de ambos que não se apóie num movimento interior (crenças, valores, conceitos, idéias, verdades, pensamentos, juízos) em profunda relação de dependência com outro movimento (exterior): o da história – da realidade concreta.

Para delinear as relações *profissional-da-saúde-paciente*, *profissional-da-saúde-profissional-da-saúde* e *paciente-paciente*, há que tratar-se das referências sociais e históricas que os constituem como tal, isto é, trata-se de também inseri-los no contexto de uma coletividade específica – como, por exemplo, o bairro, a cidade, o Estado, o País, a Nação. É deste modo que iniciamos a pesquisa, procurando delimitar o que se entende por *saúde* (ou mesmo tornar evidente a necessidade de se discutir sobre a questão). Evidentemente não poderíamos deixar de fazer um breve levantamento histórico dos referenciais teóricos e filosóficos que subsidiaram a construção conceitual do termo *saúde*.

Assim, de Hipócrates a Descartes, passando pela Revolução Industrial até a Organização Mundial de Saúde (OMS) na declaração de Alma-Ata (1978), a pesquisa mostrará as mudanças de perspectivas no entendimento (e nas práticas) dos conceitos *saúde* e *doença*, consolidando linhas de pensamento e referenciais práticos que apostaram em uma nova reflexão sobre o homem: não é apenas a ausência da doença que o constitui como saudável, mas o entendimento do que é “o homem em sua totalidade”.

Percebe-se, a partir deste novo paradigma, que o conhecimento e a prática têm de caminhar juntas e que a saúde passa a ser considerado um objetivo alcançável (produzível) a partir da perspectiva de uma ação coletiva. Ora, a *praxis* coletiva terá, portanto, de apoiar-se em gestos de mudança (prática e teórica), exigindo aprendizado, diálogo e empenho por parte de todos aqueles envolvidos no processo. É claro que toda ação de transformação será válida e eficaz e encontrará sentido ao caminhar ao lado da situação histórica concreta, ou seja, na medida em que lhe for assegurada as condições para sua realização. Diante disto, qual seria o papel da OMS e do SUS para promover a

emergente concepção de saúde? O que pensar das práticas médicas (e dos profissionais da saúde) em relação aos novos conceitos de saúde e doença, incluindo neles as dimensões sociais, culturais, educativas e psicológicas dentro deste novo paradigma prático-científico? Eis algumas das questões sobre as quais nos debruçaremos.

Mas, pensar na construção da realidade subjetiva e objetiva da nova perspectiva de saúde exige uma reflexão em dois aspectos que serão trabalhados nesta dissertação: 1) a promoção de saúde e políticas públicas, 2) a educação sociocomunitária. Após fundamentar e contextualizar o que se entende por *saúde* pelo homem contemporâneo, observou-se a necessidade de recorrer a autores que auxiliassem na pesquisa em torno das questões práticas deste novo paradigma, mas também dentro de nossa realidade brasileira. No aspecto da produção da saúde enquanto ação coletiva, portanto, da promoção da *saúde coletiva*, trabalhou-se, na realização deste trabalho, tanto na perspectiva do indivíduo quanto da coletividade, isto é, procurou-se fundamentar a necessidade da interação e integração social e do engajamento da equipe de saúde com a comunidade.

O leitor verificará aqui que se defendeu a importância de se compreender que a prática da promoção de saúde exige o diálogo entre os profissionais da saúde e aqueles que procuram seus serviços. Certamente que esta relação (diálogo, proximidade, intercâmbio) necessita de “facilitadores” que, neste caso, serão de responsabilidade das políticas públicas, dos próprios profissionais e dos demais cidadãos. Esta nova mudança no padrão de responsabilidade na promoção de saúde levou-nos a algumas (ou mais específicas) questões: Há prática interdisciplinar no atendimento dos profissionais da saúde? Há formação destes profissionais para conscientizarem-se da (co)responsabilidade da realização desta nova concepção de saúde? E os demais cidadãos, também sabem de suas responsabilidades na construção deste novo conceito?

A princípio, procurou-se indicar algumas reflexões a estas problemáticas no item 2 do Capítulo 1 (“Equipes de saúde e suas atuações”). Escolheu-se como subsídio teórico conceitos referentes à Educação para melhor compreendermos as dificuldades existentes nas relações práticas do trabalho em equipe dos profissionais da saúde (item 3 e 4 do Capítulo 1: “Multi, pluri e interdisciplinaridade” e “Transdisciplinaridade”).

Neste aspecto, Paulo Freire foi vital para fundamentar, dentro desta perspectiva pedagógica do trabalho em equipe, a possibilidade e a necessidade de se realizar uma educação dialógica e democrática naquelas relações apresentadas no segundo parágrafo desta introdução. No Capítulo II refletiremos as repercussões da Educação (educação

formal, educação não-formal, educação do indivíduo para compreender-se como ser coletivo – justiça social, liberdade, direitos, política) na promoção da emancipação coletiva e individual dos profissionais da saúde e dos demais cidadãos. Daí ser fundamental a concepção freiriana da educação como prática crítica e dialética para compreender-se a educação sociocomunitária no contexto da promoção de saúde (item 2, Capítulo II: “Educação sociocomunitária na saúde”).

Por fim, o Capítulo III (“Aspectos metodológicos e teóricos: por uma análise qualitativa dos dados) procurará fundamentar que as ações das equipes de saúde são vistas como coletivas e políticas – e por meio de uma educação sociocomunitária. Partindo desta definição, é objetivo desta pesquisa investigar como as equipes de saúde podem se beneficiar da educação sociocomunitária para sua prática promotora de saúde. A idéia das entrevistas surgiu com a finalidade de compreender como são as práticas de saúde desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro Interdisciplinar de Educação em Diabetes (CIED) de Leme, quais concepções de saúde, educação em saúde e equipe interdisciplinar dos profissionais atuantes e como isto interfere nas práticas desenvolvidas e pensadas nestas instituições. Procurou-se, portanto, demonstrar a pertinência e a proximidade da teoria (desenvolvida neste trabalho) repercutida na prática cotidiana dos profissionais da saúde.

CAPÍTULO I

SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE

1. Saúde e promoção de saúde

É frente à atual realidade brasileira que vemos a importância e a necessidade de se falar (estudar, pesquisar, analisar) sobre o que podemos entender do termo “saúde”. Garcia (1997 *apud* CADERNO DE DEBATE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 2000) diz que, ao longo da história documentada, sua definição e sua forma de prevenção e promoção sofreram alterações e influências de questões sociais, políticas e econômicas, desmistificando o caráter neutro da concepção e das ações de saúde.

Saúde do latim *salus* significa “são”, “inteiro” e, em grego, significa “inteiro”, “real”. O termo “saúde”, ao longo da história da medicina, sofreu várias definições. Segundo Albuquerque e Oliveira (2002), a primeira concepção fisiológica de Hipócrates, médico grego de 400 a.C, merece destaque, pois separa a ciência (medicina) das questões religiosas, baseando-se na objetividade e na racionalidade. Ele concebia a saúde como “expressão de um equilíbrio harmonioso entre os humores corporais, os quais eram representados pelo sangue, pela bÍlis negra e amarela e pela linfa ou fleuma” (ALBUQUERQUE E OLIVEIRA, 2002, p.3). Deste modo,

A doença podia resultar de um desequilÍbrio destes quatro humores, devido à influência de forças exteriores, como é o caso das estações do ano. De fato propôs uma relação direta entre os humores e os quatro elementos: o fogo, o ar, a terra e a água. (ALBUQUERQUE E OLIVEIRA, 2002, p. 3)

Pela primeira vez na história relatada não se fala mais em forças sobrenaturais na definição de saúde, mas sim na influência de forças naturais internas e externas à pessoa como, por exemplo, a relação médico-paciente e o ambiente, citado acima. Diante disto, a saúde somente poderia ser mantida se houvesse um estilo de vida condizente com as leis naturais.

A segunda definição baseia-se no modelo científico de Descartes, do século XVII. A concepção vigente sobre o mundo concebia-o como uma máquina que, para ser compreendido, precisava ser fracionado em peças. Esta concepção de mundo foi generalizada para os seres vivos, ou seja, o homem com saúde era compreendido como

uma peça em que as partes estariam funcionando harmoniosamente. Contrariamente à concepção anterior que via o homem como um todo, a concepção cartesiana separava e reduzia o homem a partes e as compreendia isoladamente. Ao mesmo tempo, dava-se ênfase nas características universais da doença, o que ia de encontro à necessidade da época no combate às epidemias.

A terceira definição, com início na Revolução Industrial, é chamada de 1ª Revolução da Saúde e baseia-se no modelo biomédico, que define saúde como ausência de doença e se refere apenas a dimensão física da pessoa, centrando-se na doença e na prevenção desta. De acordo com ALBUQUERQUE E OLIVEIRA (2002, p. 4), “o modelo biomédico negligencia a autonomia intelectual e as representações que as pessoas fazem sobre seu estado de saúde”.

Gomes (2008) discute no contexto da educação o problema que também ocorre nesta definição de saúde:

Mais do que o princípio da identidade ou de não contradição, é o Princípio da Economia que distingue a lógica da retórica, porque enquanto a lógica persegue ciosamente o termo, a retórica será infeliz se a todo tempo usar as mesmas palavras para as mesmas coisas. (GOMES, 2008, p. 48).

Albuquerque e Oliveira (2002) pontuam que, no passado, a doença era definida pela ausência de saúde e saúde como ausência de doença. Os autores complementam que este tipo de definição não é esclarecedor e desconsidera componentes emocionais e sociais no processo de saúde e doença.

A quarta concepção, em meados do século XX, considerada como a 2ª Revolução da Saúde, passa a centrar-se na saúde ao invés da doença. O foco recai na saúde, pois se passa a perceber a grande influência de questões comportamentais na determinação da saúde, o que ganhou destaque em meados do século XX com a epidemia de doenças com etiologia comportamental. Albuquerque e Oliveira (2002) historiam que os conceitos da 2ª Revolução da Saúde foram oficializados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na declaração de Alma-Ata (1978):

A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação

de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (ALMA-ATA, 1978, item I).

A Organização das Nações Unidas criou a Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em sua proposta, define “*saúde* não somente como ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.” (SEGRE E FERRAZ, 1997, p. 3).

É nesta proposta presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e na Constituição Federal (1988) que a saúde deixa de ser apenas uma produção individual e passa a ser uma produção coletiva e política, determinada por vários fatores e acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde e não somente a ausência de doenças.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988, SEÇÃO II: DA SAÚDE, Artigo 196).

Segundo Queiroz (2003), com a ideologia de democratização da oferta de serviços de saúde o SUS, com a Conferência Internacional de Alma-Ata e com a Organização Mundial da Saúde (OMS), houve uma tendência em ampliar as dimensões teóricas e práticas em torno do conceito de saúde e doença envolvendo, de forma crescente, equipes disciplinares de trabalho em saúde. Para o autor, falar de saúde envolve preocupações com a dimensão social e não apenas questões do campo da oferta de produtos tecnológicos hospitalares e farmacêuticos: há agora que superar um problema em torno de “uma definição limitada de saúde baseada exclusivamente na biologia individual.” (QUEIROZ, 2003, p. 75).

Com a Conferência Internacional de Alma-Ata, defendeu-se a necessidade da promoção de uma mudança radical na compreensão e na percepção médica da relação saúde-doença e, a partir da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi possível criticar o modelo médico hegemônico (modelo hospitalar e farmacêutico) e propor-se um modelo conceitual de saúde que compreendesse o ser humano através da dimensão do bem estar, tanto social, quanto psicológico: “os serviços de saúde deveriam pressupor

uma cobertura universalizada, hierarquizada, integrada, regionalizada e descentralizada sob o controle da comunidade.” (QUEIROZ, 2003, p. 75).

É a partir da recomendação da OMS que o SUS abre espaço para uma participação comunitária. Para Queiroz, com esta mudança, as unidades de saúde deveriam unificar, às práticas médicas individuais e curativas, as práticas médicas coletivas e preventivas. Diante deste novo modelo, todas as ações em saúde deveriam incluir, em suas práticas, o meio ambiente e a experiência social de vida da comunidade. Frente a esta nova realidade paradigmática, segundo Queiroz (2003), haveria ainda a necessidade de mudança extrema nas práticas médicas e naquilo o que se deveria entender por saúde – algo apenas realizável por meio de uma (re)educação médica inserida no setor de saúde.

Uma concepção crítica de saúde, proposta por Campos (2006), compreende esta definição como importante para ampliar o conceito dominante até o momento – porém, utópica. O autor discorre que a OMS, ao definir saúde, compreende-a como um estado absoluto e estático, supostamente inatingível, pois desconsidera estados intermediários de saúde e doença:

Uma possibilidade rara ou inexistente de gozo físico, mental e social, que deixa na sombra todos os estados intermediários entre este suposto estado de êxtase e a morte. Esta definição deixa na sombra, uma variedade processual de estados indefinidos, a infinitude de situações entre o saudável e a doença. Em realidade quase que a totalidade da vida, já que o processo vital dos humanos transcorre, durante todo o tempo, entre a morte e este suposto e inalcançável estado absoluto de bem estar (CAMPOS, 2006, p.73).

O autor considera sensato compreender o conceito de saúde “a partir do indivíduo ou em coeficientes relativos ao estado de cada pessoa ou de um agrupamento populacional” (CAMPOS, 2006, p. 74). Para clarear a definição citada, o autor exemplifica a produção de saúde em um paciente terminal. Neste caso, um projeto terapêutico individual visa amenizar o sofrimento e proporcionar desejos no término da vida.

Campos (2006) discorre sobre as dimensões objetivas e subjetivas de saúde. As primeiras, passíveis de mediação, não envolveriam a participação ativa dos atores – por exemplo, o levantamento das taxas de natalidade de determinada região. As segundas, para serem passíveis de avaliação, necessitam do envolvimento dos sujeitos implicados

– como o exemplo do autor, de casos em que a saúde envolve bem-estar subjetivo dos sujeitos.

Corroborando Campos, Sciliar (2007) afirma que a definição de saúde proposta pela OMS sofreu críticas por ser considerada algo utópico. O autor complementa que

(...) a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde, outras de natureza política, libertária: o conceito permitia abusos por parte do Estado, que intervia na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover saúde (SCILIAR (2007, p. 37).

Constitucionalmente, segundo Sciliar (2007), a saúde é compreendida como um direito de todos e dever do Estado, o que pressupõe acesso igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação, refletindo “a conjuntura social, econômica, política e cultural” (SCILIAR, 2007, p. 30). Do mesmo modo, para Luz (1991, p.84), na Constituição podemos observar que, “pela primeira vez na história do país, a saúde é vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, com dimensão social da cidadania”.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, momento em que os países socialistas desempenhavam papel importante na Conferência, historiado por Medeiros (2005), passa-se a pensar a saúde a partir da participação da comunidade, o que somente uma política integrada poderia assegurar:

(...) nos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde, que sublinhou a noção de que, para a implantação de uma reforma sanitária, é imprescindível um ambiente democrático onde se encontrem a emergência de novos sujeitos políticos, a liberdade do dissenso e o governo dos cidadãos (MEDEIROS, 2005, p. 1).

É deste modo que, permeado por esta visão crítica e pela concepção de saúde como um dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS), objetiva “melhorar a qualidade de atenção à saúde” (ABC do SUS, 1990), com a descentralização das políticas de saúde. Para Costa (2002), o SUS representa uma inovação nas políticas de saúde, com três pontos centrais: 1- cada esfera de saúde com um comando (comando único porque segue os mesmos princípios no nível federal, estadual e municipal), 2- descentralização (descentralizado porque redistribui responsabilidades em saúde nos

três níveis); 3- co-responsabilidade dos recursos (co-responsabilidade de recursos nas três esferas, com participação e controle da sociedade civil na gestão).

O SUS foi criado pela Lei nº 8080 de 1990 e nº 8142, de 1991. A proposta do SUS, de acordo com ABC do *SUS* (1990), estabelece princípios doutrinários norteadores e princípios que regem a organização do sistema. Os primeiros contemplam: 1- universalidade de acesso ao direito à saúde e aos serviços a todo cidadão; 2- equidade nas ações e serviços de todos os níveis de complexidade para todo e qualquer cidadão; 3- integralidade (que reconhece que as pessoas, as ações de promoção, proteção e recuperação e as unidades prestadoras de serviço formam um todo indivisível que “deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (ABC do *SUS*, 1990). Os segundos contemplam: 1- regionalização e hierarquização através de serviços organizados em níveis de complexidade, podendo ser oferecidos a toda a população em todas as suas modalidades; 2- resolubilidade, que é a capacitação do serviço para atender qualquer problema individual ou coletivo; 3- descentralização.

Oliveira (2005) ressalta que a expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez no Canadá, no ano de 1974, através de um documento que dava ênfase a fatores ambientais e comportamentais nos padrões de saúde; sendo que a estratégia da promoção de saúde abarcaria os dois setores. Esta concepção ganhou força com a Conferência da OMS em Ottawa, no ano de 1986.

A Carta de Otawa -1986 (HEIDEMANN, 2006, p. 64) define promoção de saúde: “o processo de capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A Carta estabelece as estratégias da promoção de saúde: políticas públicas para os setores de saúde; criação de ambientes favoráveis à saúde com a mudança do estilo de vida e conservação do meio ambiente; reorientação dos serviços de saúde para ações de saúde e promoção e não para a doença; reforçar a ação comunitária e desenvolvimento de habilidade pessoais para os indivíduos e comunidade para que estejam informados e preparados para as fases de vida.

No Brasil, a concepção de “promoção de saúde” começou a receber destaque na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo reforçada na Constituição Federal de

1988¹. Mas é em 1990 que o SUS promove a noção ampla e crítica de saúde dentro da promoção de saúde:

O conceito abrangente de saúde, definido na nova Constituição, deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (ABC do SUS, 1990, p. 8).

Ou ainda:

No campo da promoção, são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual (...). No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma pragmática e sistemática, com emprego de linguagem adequada ao público-alvo, os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade (...). (ABC do SUS, 1990, p. 9).

As definições de promoção de saúde são reunidas, de acordo com Buss (2002), em dois grandes grupos: o primeiro relaciona-se a ações direcionadas para as transformações dos comportamentos dos envolvidos, centralizando-se em uma proposta educativa, sob controle e ação dos indivíduos. O segundo grupo relaciona-se a ações e políticas públicas, prioritariamente, voltadas para o coletivo de indivíduos e o ambiente (físico, social, político, entre outros), mobilizando sociedade e poder público.

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privado para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p.165).

Para Gattás (2006), a promoção de saúde contempla questões de escolha pessoal com responsabilidade social, contemplando educação para a saúde e políticas públicas.

Na visão de Fleury Teixeira (2008), o foco não recai somente no tratamento ou prevenção de uma patologia específica, passando-se a olhar para a ampliação da saúde

¹ É o que observamos ao vermos afirmada, na VIII Conferência Nacional de Saúde, “A garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional.” (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 16).

geral, protegendo um grande espectro de patologias. Neste sentido, a promoção de saúde visa à autonomia. Esta é definida por Campos (2006) como a capacidade da pessoa e do coletivo lidarem com suas dependências.

Campos (2006) discorre sobre o conceito de objeto de trabalho da clínica e da saúde coletiva – que, segundo o autor, se complementam. No primeiro, trabalha-se com o sujeito e suas relações imediatas e no segundo, também chamado de clínica ampliada, lida-se com a integração do indivíduo e da coletividade.

É preciso compreender que a atuação em promoção de saúde abarca a interação social entre equipe e comunidade. Portanto, é necessário promover uma “mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção de saúde” (ARAÚJO E ROCHA, 2007, p. 2). Com relação a estes profissionais de saúde – dentro de uma proposta promotora de saúde e por trabalharem com questões complexas de saúde e doença no cenário social –, considera-se essencial “um trabalho coletivo marcado por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação dos diferentes profissionais” (SHERER, 2009, p.4).

No entanto, deve-se considerar que a atuação em equipe é concebida de diferentes formas, o que será melhor explicado no capítulo seguinte. A primeira compreende um conjunto de profissionais atuando no mesmo local; o que se denomina equipe multidisciplinar. Nesta concepção, o indivíduo é visto pelos profissionais de saúde em fragmentos; cabendo a cada especialidade lidar com sua especificidade os fragmentos específicos.

A especialização e multiplicação de profissionais que intervêm de modo fragmentado em cada caso é um dos fatores que também tem dificultado a construção de vínculo e responsabilidade sanitária e, praticamente, impede a clínica compartilhada (CAMPOS, 2006, p. 88).

A segunda forma, conhecida como equipe interdisciplinar, estabelece uma atuação que promove um atendimento integral (proposta do SUS), pois os profissionais discutem entre si para buscar caminhos em conjunto, compreendendo o indivíduo como um todo indivisível e co-participante de todo o processo.

A mudança de padrão de responsabilidade sanitária tende a se ampliar quando há vinculação de clientela e equipe interdisciplinar,

organizando-se o que denomina de “equipe de referência interdisciplinar” (Campos, 1999 *apud* CAMPOS, 2006, p. 89).

Fortuna (2005), por sua vez, entende que a atuação em equipe não se resume a estar no mesmo local, mas deve ser vista como uma estrutura que está em relação dialética de construção e desconstrução.

O trabalho em equipe, que passa a receber destaque na década de 80, vem com o intuito de melhorar a qualidade do serviço, ao proporcionar a responsabilização de todos pelo problema e possibilitar o planejamento de ações necessárias (PINHO, 2006). Entretanto, o autor aponta que embora haja melhoras, ocorrem alguns entraves. Dentre esses entraves, a divisão técnica da área de saúde permanece – promovendo uma especialização do saber –, o que resulta em uma fragmentação do ser humano.

Santana, Campos e Sena (s/d) – em *Formação profissional em saúde: desafios para a universidade* – afirmam que, no Brasil, ainda permanece o campo das especialidades, com grande investimento das universidades em mestres e doutores. Os autores também ressaltam que a pós-graduação tem permanecido, em parte, alheia às demandas sociais. Diante do que se tratou até este momento, é preciso agora analisar as equipes de saúde e suas atuações.

2. Equipes de saúde e suas atuações

Embora haja, atualmente, um grande número de artigos sobre a definição de atuação em equipe, através de diversos modelos explicativos, permanece a dificuldade em compreender (na prática e na teoria) a equipe de saúde, bem como os conhecimentos e habilidades necessários para esta atuação. Acreditamos que grande parte desta dificuldade está relacionada à fragmentação do conhecimento e à supervalorização das especialidades, bem como a alguns saberes em detrimento de outros. Desta forma, o trabalho em equipe viria como uma estratégia para superar a fragmentação do conhecimento e especialização dos profissionais, pois através do trabalho em equipe pensa-se ser possível aprofundar conhecimentos, acompanhar a evolução do paciente e desenvolver novas estratégias de ação sobre a realidade. (ABUHAB E COLS, 2005)

Embora o trabalho em equipe faça parte das propostas e diretrizes do SUS, constata-se no Brasil, a formação da maioria dos profissionais de saúde ainda esteja pautada no modelo clínico-biológico; com poucas experiências de trabalho em equipe que possibilitem o aprendizado de um novo paradigma (MATOS E PIRES, 2009; ABUHAB E COLS, 2005).

A diversificação da equipe de saúde, com a incorporação de profissionais de diversas áreas, torna sua composição cada vez mais complexa, pois aumenta a divisão do trabalho entre as áreas especializadas, comprometendo a visão global daquele que busca cuidados de saúde, e na prática assistencial, na maioria das vezes, não acontece a interação profissional e a articulação de saberes e ações (MATOS E PIRES, 2009, p. 340).

Mas, afinal, o que se pode entender por “trabalho em equipe”?

O trabalho em equipe é entendido por Honorato e Pinheiro (PINHEIRO *et al*, 2007) como uma atuação política, que “produz” atores políticos, abrangendo profissionais, gestores e usuários, sendo que, para esta atuação ser considerada política, deve permear todas as esferas do espaço público. Eles ainda nos acrescentam que

Se considerarmos à luz dessas idéias o contexto atual de reformas de sistemas de saúde em diferentes países, em particular o caso brasileiro, com a institucionalização do SUS, vemos que ele só pode se realizar como efeito de investimento conjunto, com a participação de profissionais, gestores e usuários. (PINHEIRO, *et al*, 2007, p. 100).

Pinho (2006) também descreve alguns aspectos que devem estar relacionados à organização de qualquer equipe, sendo esta de saúde ou não: desempenho, responsabilidade e decisão, ambos coletivos. Também especifica particularidades do trabalho em equipe na saúde como, por exemplo, a dominância de um discurso/saber particular, que podem ter como consequência negativa a desconfiança entre os profissionais da equipe.

Para Ceccim (2005, *apud* PINHEIRO *et al*, 2007), a atuação em equipe é vista como não hierarquizada, valorizando a constante interação entre os profissionais, para que o trabalho possa se desenvolver de forma coletiva e através de uma atuação política. Neste tipo de atuação, o centro das ações deixa de ser somente o usuário, passando a ser o usuário, os trabalhadores, a família, a comunidade e segundo uma relação em rede de co-gestão.

A construção conceitual e prática do trabalho em equipe decorre do esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um trabalho com interação social entre os trabalhadores com

possibilidades à autonomia e à criatividade no fazer coletivo (Ceccim 2005 *apud* PINHEIRO *et al*, 2007, p. 81).

No entanto, a desigual valoração social dos diferentes profissionais acaba sendo, como mencionado acima, um dos principais mantenedores das relações hierárquicas entre os profissionais. Para tanto, faz-se condição, ao se discorrer sobre equipe de saúde, repensar os papéis profissionais dentro das equipes, sendo necessária a superação do modelo médico hegemônico, que prima pelo destaque ao saber médico e pela separação entre profissionais, usuários dos serviços e comunidade. Vasconcelos considera que discutir um conteúdo revolucionário em equipes de saúde não é suficiente “se o processo de discussão se mantém vertical” (VASCONCELOS, s.d., p. 07), isto é, para que haja um trabalho verdadeiramente em equipe, é necessário que o saber médico não assuma um caráter de verdade absoluta, mas que discuta encaminhamentos junto com os outros profissionais, em uma relação de constante troca de conhecimentos e opiniões.

Também se pensa ser essencial ao trabalhador lutar por melhores condições de trabalho e salário através de seus conselhos profissionais e sindicatos. Araújo e Rocha (2007) consideram essencial para a superação do modelo médico hegemônico, dentre outras questões, a capacitação dos profissionais para reconhecer o trabalho do outro como parte importante da intervenção.

Para que o trabalho em equipe seja viabilizado, há necessidade de uma relação interativa entre os trabalhadores, mediada pela troca de conhecimentos e articulação de um “campo de produção do cuidado” comum a todos. O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, sendo caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação (ARAÚJO E ROCHA, 2007, p.4).

A pesquisa realizada por Pinho (2006) objetivou apresentar os principais elementos dificultantes e facilitadores para que ocorra o trabalho em equipe, bem como os limites do trabalho multiprofissional na enfermaria e ambulatório de um hospital público do Estado do Rio de Janeiro. Foram voluntários da pesquisa 62 integrantes de diversas especialidades da equipe, com experiência no setor superior a um ano. Aplicou-se um questionário fechado, com questões sobre trabalho em equipe, entrevista semi-estruturada e observação participante. Verificou-se que havia uma maior experiência de trabalho em equipe multidisciplinar na enfermaria, enquanto que no ambulatório, havia

um perfil de trabalho em grupo. A autora pode constatar que os fatores que mais dificultam o trabalho em equipe, de acordo com os participantes da pesquisa, são: “(...) hierarquização dos saberes nucleares em relação aos saberes periféricos, a sobreposição de papéis, a falta de autonomia e falta de responsabilização coletiva” (PINHO, 2006, p. 16).

Para se definir a atuação multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, Iribarry (2003) considera importante definir *disciplina* e *disciplinaridade*. Para o autor, seguindo a proposta de Japiassu (*apud* Iribarry, 2003), *disciplina* pode ser entendida como ciência, enquanto *disciplinaridade* é compreendida como “exploração científica e especializada de determinado domínio homogêneo de estudo” (IRIBARRY, 2003, p. 483).

Fazenda (2002, p. 27) define o conceito de disciplina a partir do documento de Guy Michaud, em 1970: “Conjunto específico de conhecimento com suas próprias características sobre o plano do ensino, da formação dos mecanismos, dos métodos, das matérias.”.

Chaves (1998) define disciplina como:

(...) constitui um corpo específico de conhecimento ensinável com seus próprios antecedentes de educação, treinamento, procedimentos, métodos e áreas de conteúdo (CHAVES, 1998, p. 5)

Almeida Filho (*apud* Gattás, 2006, p. 57) historia a definição de disciplina. Primeiramente, foi definida como: “(...) a ação de aprender, de instruir”. Posteriormente, definiu-se como um método de ensino. Somente a partir do século XIV passa a significar “(...) uma matéria ensinada, um ramo particular do conhecimento, tornando-se equivalente a princípios, regras e métodos característicos de uma ciência particular”.

Pombo (*apud* Gattás, 2006) pontua 2 vertentes para a palavra disciplina: uma vertente epistemológica e outra pedagógica; sendo a primeira referente aos ramos do saber e, a segunda, a entidades curriculares.

Gattás (2006, p. 59) elenca autores que discorrem sobre o termo disciplina como Japiassu, 1976; Lenoir e Pais; Heckhausen, 1990; Morin, 2001 e, faz uma compilação definindo disciplina como “(...) um conjunto delimitado de conhecimentos progressivos e especializados, que pode conduzir à visão aprofundada de um determinado campo de estudo ou de atuação”.

A discussão aqui proposta sobre atuação *multi, pluri, inter* ou *transdisciplinar* não pretende se esgotar, mas abrir espaço para reflexão. As definições das *atuações* não apresentam consenso em termos conceituais e, diante disto, foram selecionados alguns autores e é sobre este foco que se dará o presente trabalho.

3. Multi, pluri e interdisciplinaridade

Começamos pela análise de dois termos: *multidisciplinaridade* e *pluridisciplinaridade*. Eles são compreendidos por Mendes (*et al*, 2008) como semelhantes e se referindo a uma atuação permeada por várias disciplinas e justaposição das mesmas – sem resultar em uma atuação coordenada e interação entre os saberes ou espaços de articulação. SAUPE *et al* (2005, p. 523), baseado nos trabalhos de Japiassu, define que a “mutidisciplinaridade indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação”. Costa (2007) conceitua multidisciplinaridade como uma oposição de diferentes disciplinas, que não significa necessariamente acordo de método e trabalho em equipe. Tavares, Matos e Gonçalves (2005) definem multidisciplinaridade, baseadas na classificação de Jantsch (*apud* TAVARES, MATOS E GONÇALVES, 2005) como:

Agregação de duas ou mais áreas do conhecimento para examinar um mesmo tema sob pontos de vistas distintos, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico e científico. Funciona com a justaposição de disciplinas de um único nível, sem cooperação sistemática entre os diversos campos. Quando existente coordenação é de ordem administrativa e externa ao campo técnico-científico. (TAVARES, MATOS E GONÇALVES, 2005, p. 214)

O estudo realizado por Leite e Vila (2005) objetivou explicitar dificuldades encontradas por uma equipe de saúde que trabalha na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público, vinculado a Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Fizeram parte do estudo: três médicos, quatro enfermeiros e oito auxiliares de enfermagem. As informações foram coletadas por meio de observação participante, que resultou em diários de campo e, entrevista semi-estruturada. O estudo concluiu que as maiores dificuldades encontradas pela equipe do setor pesquisado foram: lidar com a morte, falta de recursos materiais e ausência de trabalho em equipe. As autoras pontuam que a prática da UTI muitas vezes está permeada por questões éticas (tomada de

decisões conflitantes, escassez de estrutura física e material, entre outras) que podem resultar em tensão entre a equipe; o que compromete a assistência, tornando-a mecanicista. Para a superação destas constatações, as autoras consideram necessário o espaço de discussão para identificar questões que dificultam a prática da equipe.

Oliveira e Spiri (2006) trazem um exemplo de trabalho positivo de atuação em equipe multidisciplinar em Programa de Saúde da Família (PSF). O estudo teve como objetivo levantar qual o significado do trabalho em equipe multidisciplinar para os profissionais do PSF de Conchas, Estado de São Paulo; através de uma abordagem qualitativa. Participaram do estudo: dois médicos, duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem e duas agentes comunitárias. O levantamento de dados se deu por meio da coleta de depoimentos da equipe quanto ao trabalho multidisciplinar, a partir da questão disparadora sobre o significado que o participante dava ao trabalho em equipe a assistência às famílias. Os resultados mostraram que embora houvesse divergências de conduta e ideológicas entre os integrantes da equipe, a interação dos profissionais e reuniões propiciava uma melhor intervenção nas atividades diárias com as famílias envolvidas.

Outro exemplo de trabalho multidisciplinar refere-se à pesquisa qualitativa desenvolvida por ABUHAB E COLS (2005). Esta pesquisa objetiva levantar as dificuldades e facilidades de um trabalho em equipe multidisciplinar no CAPS III da cidade de Santo André, Estado de São Paulo. Participaram do estudo sete técnicos (um conjunto de psiquiatra, psicóloga, enfermeira e terapeuta ocupacional). Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, que abarcaram questões referentes ao sentimento dos profissionais em relação ao trabalho em equipe, com relação as reuniões técnicas, a facilidades e dificuldades do trabalho em equipe e as sugestões para melhora das reuniões. Os resultados apontam a necessidade de reuniões de equipe mais sistematizadas, organização, maior espaço de reflexão coletiva, necessidade dos técnicos superarem sua visão pessoal sobre o trabalho; o que os autores consideram que caracterizaria o processo superação do paradigma do modelo–médico psiquiátrico.

Ao historiar o conceito de interdisciplinaridade, Fazenda (1994) esclarece que os primeiros estudos sobre o tema no Brasil se deram na década de 60 e desencadearam uma série de modismos. A autora explicita que não há um sentido único para o neologismo “interdisciplinaridade”, mas, pontua que o princípio de todas as distinções terminológicas do termo é sempre o mesmo (Fazenda, 2002).

A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa (Japiassú *apud* FAZENDA, 2002, p. 25).

Fazenda (1994) historia que a primeira produção acadêmica significativa sobre o tema no Brasil é de Hilton Japiassú, no ano de 1976, livro denominado “Interdisciplinaridade e patologia do saber”. Fazenda destaca também sua tese de doutorado, que faz “(...) uma análise das proposições sobre interdisciplinaridade à época das reformas de ensino no Brasil” (Fazenda, 1994, p. 26).

Para a discussão da interdisciplinaridade, é essencial ter muito cuidado, tendo em vista o modismo, a falta de compreensão e a banalização do termo, que passou a ser de “urgência” nas equipes de saúde. A questão do modismo do conceito já foi abordada por Fazenda (1994) no contexto da educação. Luz (*apud* COSTA, 2007) define que a *práxis* no campo da saúde pode ser compreendida de forma interdisciplinar somente na metade do século XX, quando o conceito de saúde passa a não se restringir aos aspectos biológicos e, ao fato de dar-se início a colaboração de disciplinas como Direito, Psicologia, Ciências Sociais, entre outras no campo da saúde. Faz-se necessário que as disciplinas citadas não se tornem apenas um adendo a visão biológica na saúde. A partir do momento em que o homem passa a ser visto em sua *multidimensionalidade e multideterminação*, passa-se a reconhecer a importância de um trabalho interdisciplinar em saúde; pois se entende que os profissionais de saúde não têm uma formação capaz de conseguir abarcar todas as dimensões do homem. “A busca de ações integradas nas práticas de cuidados, a associação de docência e serviços e a questão da interface entre o biológico e o social passam pelas relações interdisciplinares” (MATOS E PIRES, 2009, p. 2009).

Mendes (*et al*, 2008) pontuam que a interdisciplinaridade supera a noção de multidisciplinaridade, pois as disciplinas envolvidas se comunicam entre si e discutem profundamente caminhos de forma contínua. Para MATOS E PIRES (2009, p. 340), torna-se desafio para a equipe de saúde atuar de forma interdisciplinar, pois isto implica no “(...) desafio de construir instrumentos para o agir cotidiano”; o que somente é possível ocorrer pois, pensar em interdisciplinariamente pressupõe compreender a dimensão histórica do ser humano, sujeito a transformações; não tornando assim, as práticas estanques. COSTA (2007, p. 109) estabelece relação entre interdisciplinaridade e o “(...) grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de força entre os especialistas”; uma reciprocidade entre as disciplinas que resulta em *práxis*. Tavares,

Matos e Gonçalves (2005) consideram que interdisciplinaridade, baseadas na classificação de Jantsch (*apud* TAVARES, MATOS E GONÇALVES, 2005) implicam:

(...) numa axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas. As relações são em um nível hierárquico superior ocupado por uma delas, geralmente por referência à sua temática comum, que atua como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares e como coordenadora do campo disciplinar. Há reciprocidade, enriquecimento mútuo e tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos. (TAVARES, MATOS E GONÇALVES, 2005, p. 214).

Gattás (2006, p. 59) entende o trabalho interdisciplinar como:

(...) articulação do conjunto de conhecimentos entre diferentes cursos da Área da Saúde com as respectivas disciplinas que compõem os currículos. Nessa linha de raciocínio, a interdisciplinaridade corresponde a uma tentativa de superação dessa visão parcelar do conhecimento e dissociada da realidade.

Fazenda (1994) elenca alguns pontos que devem fazer parte de um projeto de capacitação docente para trabalhar com a interdisciplinaridade. São eles: descobrir como engajar o educador no trabalho interdisciplinar; como propiciar formas do educador compreender como se desenvolve a aprendizagem do aluno; como instaurar o diálogo; como incentivar a busca de uma transformação social; como propiciar o diálogo com outras disciplinas.

Apropriando-se destes aspectos levantados por Fazenda (1994), no contexto educacional, podemos pensar que estes elementos também devem estar presentes nos profissionais da saúde, para que ocorra um trabalho interdisciplinar.

Gattás e Furegato (2006) consideram que, para uma atuação interdisciplinar, seja necessário ao profissional transcender a sua área específica de trabalho, abarcando contribuições de outras disciplinas para a compreensão da realidade e do ser humano. Há uma comunicação e discussão entre a pluralidade dos saberes, propiciando interação e articulação. Nesta visão, a comunicação da equipe pode ocorrer da forma mais simples a mais complexa, sendo que a primeira ocorre através da comunicação de idéias e a segunda através de uma integração mútua e recíproca como prática cotidiana dialética.²

² Entende-se por prática cotidiana dialética o trabalho interdisciplinar que se estabelece não somente de troca de informações, mas, sobretudo, das experiências conflituosas vividas entre os agentes envolvidos nessas práticas. Só é possível existir a superação dos conflitos a partir do momento em que todo o

Os autores acima problematizam que a interdisciplinaridade é um objetivo no trabalho em equipe de saúde, mas ainda não realizado em muitas práticas. Mendes (*et al*, 2008) também faz a constatação acima e complementa relatando que, muitas vezes, as reuniões de equipe acabam sendo vistas como as grandes representantes do trabalho interdisciplinar. No entanto, considera-se que estas reuniões terminam se realizando enquanto espaços de reprodução de práticas cristalizadas, em que as discussões acabam se restringindo às especialidades de cada profissão – prática esta presente e, muitas vezes, ensinada desde a nossa formação na universidade. Isso

Tem tudo a ver com a incapacidade que temos para ultrapassar os nossos próprios princípios discursivos, as perspectivas teóricas e os modos de funcionamento em que fomos treinados, formados e educados (MENDES *et al*, 2008, p. 29).

Na literatura, constata-se que ainda são poucos os relatos de trabalho em equipe interdisciplinar. A pesquisa realizada por Takahashi *et al* (1993) mostra uma experiência positiva de trabalho em equipe interdisciplinar ao paciente com diabetes. O estudo analisou a metodologia usada no atendimento ambulatorial ao paciente com diabetes no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná. O hospital tem por objetivo trabalhar educação em diabetes e capacitar profissionais para o atendimento ao paciente diabético e a comunidade em geral. A equipe do hospital é formada por três docentes de enfermagem, um docente endocrinologista, um psicólogo, um assistente social, um nutricionista e um auxiliar de enfermagem. A avaliação do programa ocorreu por meio do retorno dado pelos pacientes, através das reuniões de equipe e, por pacientes e equipe juntos. O estudo concluiu que o trabalho é considerado mais eficaz pelo fato de ser de forma interdisciplinar; por ter uma proposta educativa e, pelo fato do “(...) diagnóstico de erros e acertos ocorridos durante o desenvolvimento do programa só ocorrer devido ao trabalho integrado de profissionais (TAKAHASHI *et al*, 1993, p. 46).

Matos e Pires (2009) desenvolveram um estudo exploratório que considerou que a forma interdisciplinar em saúde é um caminho que propicia melhor qualidade de vida para os usuários e comunidade. O estudo objetivou, através do referencial histórico do materialismo histórico dialético e os trabalhos de interdisciplinaridade de Edgar Morin,

conjunto envolvido estabeleça relações entre si que, em última instância, traduzem-se nas relações sociais também conflituosas.

conhecer a organização do trabalho em equipe interdisciplinar de um Centro de estudos e pesquisas oncológicas e de um hospital-escola, ambos de média complexidade. A investigação foi exploratória e descritiva, qualitativa. A coleta de dados foi feita através de documentos, entrevistas semi-estruturadas e observação sistemática das atividades realizadas nas instituições. Os resultados indicaram que o planejamento de ações em equipe através de reuniões periódicas, a participação de usuários e familiares na organização do serviço contribuem para a eficácia das ações de forma integral e propiciam propostas de educação em saúde.

Dentre as várias pesquisas sobre a dificuldade da implementação das equipes interdisciplinares, elencou-se a pesquisa de Kell e Shimizu (2010), que objetivou avaliar como se desenvolve o trabalho em equipe do Posto de Saúde da Família (PSF) no município de Santo Antônio do Descoberto (GO). O PSF seguindo os preceitos do Ministério da Saúde conta com uma equipe mínima de um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem e dois agentes comunitários e, objetiva promover ações de saúde na comunidade, com a participação da mesma e das equipes interdisciplinares em uma relação horizontal e de constante diálogo. A pesquisa foi qualitativa se desenvolveu em etapas: visitas às equipes para observação do trabalho; coleta de dados em grupos focais com os integrantes das equipes e entrevista semi-estruturada em grupo com os profissionais. A análise de dados foi feita a partir da técnica de discurso do sujeito coletivo de Lefèvre. Os resultados indicaram que os profissionais acreditam na importância do trabalho em equipe, mas na prática, este trabalho é realizado de forma setORIZADA e isolada, não articulada. Esta *setorização* é atribuída ao grande número de projetos padronizados do PSF pela Secretaria Municipal de Saúde, a cobrança por produtividade e a falta de gestão. O trabalho desenvolvido pelo PSF de Goiás mostra um trabalho multidisciplinar, apesar da proposta do PSF ser de uma atuação inter e transdisciplinar. Pinho (2006) define um trabalho em equipe eficaz como aquele que necessita de organização de tempo e espaço para a equipe discutir e planejar questões do usuário do serviço. “É importante então reconhecer que o conflito é necessário e desejável a fim de proporcionar o crescimento e desenvolvimento da equipe” (PINHO, 2006, p. 6). Baseado em Drinka, PINHO (2006, p. 9) define equipe interdisciplinar como

(...) um grupo de indivíduos com diversas formações e backgrounds que trabalham juntos como uma unidade ou sistema. Os membros da

equipe colaboram continuamente para resolver os problemas dos pacientes que são extremamente complexos para serem resolvidos por uma disciplina ou várias disciplinas em seqüência. (PINHO, 2006, p. 9)

4. *Transdisciplinaridade*

Na *transdisciplinaridade*, entende-se que também há um trabalho coletivo, mas que a disciplina em si perde seu sentido, possibilitando a integração das disciplinas: as relações de poder passam a ser horizontais, com coordenação rotativa. É através do diálogo horizontalizado entre os saberes que se encontram soluções para problemáticas. Neste tipo de relação, ações e estratégias para lidar com as questões são mais fáceis de serem visualizadas. (BACKES, LUNARDI FILHO E LUNARDI, 2005). Costa (2007) compreende que na *transdisciplinaridade* não há fronteira entre as diversas disciplinas em atuação.

Tavares, Matos e Gonçalves (2005) definem *transdisciplinaridade*, baseadas na classificação de Jantsch como:

Integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada. É baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados. Há a tendência da horizontalização das relações de poder sendo assegurada a coordenação por referência a uma finalidade comum. Implica na criação de um campo novo que desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem (TAVARES, MATOS E GONÇALVES, 2005, p. 215).

Para Domingues (2005) a forma de organização do conhecimento em uma abordagem transdisciplinar não é a tópica piramidal, nem a tópica ramificada, pois ambas isolam as disciplinas e as mantém em uma visão hierarquizada do conhecimento. A tópica ramificada se materializa na figura de uma pirâmide e suas seções e, a segunda, na figura de uma árvore, com seus troncos, raízes e ramos. O autor questiona então qual seria a tópica do conhecimento transdisciplinar e, como resposta, esquematiza que pode ser figurada como uma rede de informática, pois esta figura permite que as ciências se organizem em um sistema aberto, sem a hierarquização.

Domingues (2005) considera que na abordagem transdisciplinar não há como:

(...) estabelecer vários discursos disciplinares isolados sobre um mesmo objeto – multidisciplinaridade – ou reunir os vários saberes e

discursos dentro de um único discurso globalizante – interdisciplinaridade. Ela põe em contato as várias disciplinas e saberes específicos até eles compenetrarem-se, transformarem-se e formarem um novo campo (...). Nesse contato, as disciplinas se transformam e os conceitos transmutam, por destruição e reconstrução constantes e pela contínua migração de um campo para outro, como do pensamento ao visível e vice-versa, não mais se preservando inalteradas as formas e as fronteiras demarcatórias anteriores (DOMINGUES, 2005, p. 43, 44).

Para Freire (2005) a base da educação e da democracia é o diálogo, em que a relação educador-educando necessita ser uma relação dialógica. Portanto, quando se fala em atuação interdisciplinar e transdisciplinar, pode-se traçar um paralelo com o método dialógico de Paulo Freire, considerando os profissionais de saúde e população como educadores e educandos em um processo dialético. Para o autor, só é possível promover uma visão de mundo crítica, mediatizada pelo diálogo e segundo um diálogo em que não haja um educador falando e impondo sua visão de mundo. Freire (1996), ao explicitar seu método de trabalho, discorre sobre a importância de educadores e educandos curiosos, humildes, numa relação horizontal e criadores do processo. Para o autor, a experiência educativa deve superar o técnico e exercitar o seu caráter transformador.

É exatamente neste sentido que ensinar não se esgota no tratamento do objeto ou do conteúdo, superficialmente feito, mas se alonga à produção das condições em que aprender criticamente é possível (FREIRE, 1996, p. 26).

Com relação aos profissionais envolvidos, o objetivo da *transdisciplinaridade* é possibilitar aos profissionais que fazem parte do processo compreenderem os fenômenos como um todo.

Para que a configuração transdisciplinar seja alcançada é preciso que esses profissionais, fundamentalmente, estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área de cada um dos colegas (IRIBARRY, 2003, p. 484).

Mas, como propor ações educativas, políticas e culturalmente renovadoras? Será possível pensar em ações comunitárias que convissem para uma renovação das práticas dos profissionais de saúde e dos seus beneficiários? Como pensar no potencial

educativo da própria comunidade em sua organização social, política e geográfica para a promoção de práticas de melhoria da qualidade e da atenção à saúde? Bem, para isso, será necessário compreender o que se entende por *Educação sócio-comunitária* e, com certeza, encontraremos em Paulo Freire os instrumentos necessários para fundamentar nossas reflexões.

CAPÍTULO II: A EDUCAÇÃO SOCIOCOMUNITÁRIA

1. Educação sociocomunitária

A Constituição Federal (1988) coloca a educação como um direito de todos. Caro (2006) concebe que a educação objetiva prepara o indivíduo para viver e se comunicar na sociedade. ROMANS, PETRUS E TRILLA (2003, p. 53) definem que “A educação é, além de instrução, aquisição de competências sociais, é participação social”.

Apesar da educação, na concepção destes autores, ir além das questões e influências do sistema escolar, a primeira idéia a que se remete quando se fala em educação ainda é a educação escolar/formal. Gohn (2008) traça uma comparação entre educação formal e educação não formal. Nesta definição, considera a educação não formal como da mesma linha da educação social, que possuem campos e especificidades, mas sem um currículo específico (conteúdo, temas, habilidades) definido *a priori*. Gohn (2008), em seu artigo, faz uma demarcação tão didática entre educação formal, educação informal e educação não formal, que se considera relevante discorrer sobre todos os pontos discutidos pela autora.

Quanto ao campo de atuação, Gohn (2008) define a educação formal como aquela desenvolvida no espaço escolar, representada principalmente pelas escolas e universidades, com um currículo definido *a priori*, currículo este determinado pela legislação do país e através das Leis e Diretrizes Básicas da Educação. Por outro lado, o campo de educação informal é compreendido como os locais de socialização durante a vida (comunidade, família, entre outros). Caro (2006) se inspira em Gohn ao definir educação informal:

A educação informal é produto, de modo principal, ainda que não conclusivo, da família e dos meios de comunicação de massas, verdadeiros agentes socializadores (CARO, 2006, p. 30).

Já a educação não formal “é aquela que se aprende ‘no mundo’ da vida, via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivas cotidianas” (GOHN, 2008, p.127). A “educação não-formal tem sempre um caráter coletivo, passa por um processo de ação grupal, é vivida como práxis concreta

de um grupo, ainda que o resultado do que se aprende seja absorvido individualmente (GOHN, 1999, p.104).

A autora dimensiona a educação não formal, no que se refere a áreas de abrangência, em 5 campos: o primeiro considerado como uma forma de “aprendizagem política dos direitos dos indivíduos enquanto cidadãos” (GOHN, 1999, p. 98); o segundo refere-se a capacitação para o trabalho; o terceiro, “a aprendizagem e exercício de práticas que capacitam os indivíduos a se organizarem com objetivos comunitários, voltadas para a solução de problemas coletivos cotidianos” (GOHN, 1999, p. 99). O quarto contempla conteúdos da educação formal em espaços e metodologia diferenciados e, o último, a educação desenvolvida pela mídia.

Caro (2006), baseada na concepção sobre a educação fora da escola, a educação não formal e a educação social de Trilla, considera que a educação não formal não pode ser vista como um fim, uma solução, mas um complemento às outras formas de educação; visando contribuir para a formação da consciência do indivíduo e sua forma de se inserir na sociedade. Este tipo de educação é considerado transformador por possibilitar a conscientização dos envolvidos e atuação sobre a realidade. A cada ano vem ganhando força em consequência do acréscimo da desigualdade social – diante de uma sociedade pseudodemocrática. Ela

Tem um caráter transformador, visto que possibilita que os atendidos sejam conscientizados do seu valor e da importância de serem cidadãos conscientes ao atuarem em sua realidade, viabilizando o resgate de sua própria dignidade e a de outros. (CARO, 2006, p. 24)

Os principais educadores de cada campo, de acordo com a autora, são os professores na educação formal; a família, a escola, entre outros, na informal e, todo aquele indivíduo inserido na comunidade, na educação não formal.

Neste aspecto, a educação formal se organiza por padrões comportamentais definidos *a priori*. A informal ocorre em ambientes espontâneos e naturais e a educação não formal se dá através de situações de interação construídas coletivamente, sendo caracterizada pela intencionalidade das ações e troca de saberes. Na educação formal, o objetivo de seu campo de atuação é o ensino/aprendizagem de conteúdos sistematizados. A educação informal tem como objetivo socializar os indivíduos segundo os valores do grupo em que está inserido. Na educação não formal, diferentemente da formal, os objetivos não são postos *a priori*, mas construídos

coletivamente nas relações sociais. “A transmissão de informações e a formação política e sociocultural são metas na Educação não-formal” (GOHN, 2008, p.129).

O resultado final esperado na educação formal, colocado por Gohn (2008), é a capacitação do indivíduo para alçar degraus mais avançados. Na educação informal não se mensura resultados, estes ocorrem naturalmente nas relações sociais. A educação não formal resulta em diversos pontos como, por exemplo, consciência de grupo ou construção de formação política, entre outros.

Gohn (2008) coloca que a educação formal é projetada, segundo leis. A educação informal tem como método a experiência do cotidiano. A educação não formal tem como metodologia os conteúdos problematizados e emergentes do cotidiano. A autora resume os objetivos da educação não formal como educação para a cidadania, a justiça social, a liberdade, a equidade e para os direitos.

Gohn (2008), portanto, corrobora com a concepção de educação como prática de liberdade de Paulo Freire. Considera que a educação não é feita para os atores, mas junto com os mesmos, mediatizados pelo mundo, em uma relação dialética; sendo que a educação proporciona a emancipação coletiva e individual dos envolvidos. Segundo Paulo Freire,

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo ‘encha’ de conteúdos; não pode basear-se numa consciência espacializada, mecanicistamente compartimentada, mas nos homens como ‘corpos conscientes’ e na consciência como consciência *intencionada* ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo. (FREIRE, 2005, p. 77)

É a partir desta visão de educação como prática de liberdade que esta dissertação pensa a educação sociocomunitária em saúde. Caberá ao educador respeitar os saberes socialmente construídos daquela comunidade; respeitar a leitura de mundo do educando e a forma correta de tentar, com o educando e não sobre ele, proporcionar uma visão mais crítica de mundo e, em especial, das condições de saúde. Por que não estabelecer, segundo Paulo Freire (1996), uma relação entre as políticas públicas de saúde e a experiência social que aqueles indivíduos têm? Partindo da concepção de Freire (2005) sobre educação como uma prática crítica e dialética, não imposta, que implica reflexão dos atores para a transformação da realidade concreta, esta dissertação compreende a

educação sociocomunitária no contexto da saúde; compreensão esta que também está presente nos documentos do Ministério da Saúde sobre educação em saúde.³

Quando se fala em educação sociocomunitária na/em saúde, a intenção é o rompimento com a educação bancária em prol da educação problematizadora, proposta por Freire. Compreende-se como educação bancária aquela que mantém a ingenuidade dos educandos, mantendo a dominação e alienação, apenas transmitindo valores aos educandos. Ao contrário, a educação libertadora e problematizadora se dão com a formação de educador e educandos enquanto sujeitos críticos do processo, em que “os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p. 79).

Paulo Freire, em a *Pedagogia do Oprimido*, divide o trabalho do educador social em 3 fases: 1) o diagnóstico do problema, 2) a elaboração do trabalho e 3) a implementação da proposta. Nesta perspectiva, a escolha dos temas geradores não é *a priori*, mas emerge na própria dinâmica da relação cotidiana comunitária.

Os temas, em verdade, existem nos homens, em sua relação com o mundo, referidos a fatos concretos. Um mesmo fato objetivo pode provocar, numa subunidade epocal, uma conjunto de temas geradores, e, noutra, não os mesmos, necessariamente. Há, pois, uma relação entre fato objetivo, a percepção que dele tenham os homens e os temas geradores. (FREIRE, 2005, 115)

Os temas geradores surgem da pesquisa pelas temáticas - questões pertinentes à realidade daquele educando - a serem problematizados. Os temas fazem parte da realidade concreta dos educandos e surgem da problematização proposta entre educador e educando. A partir disto, busca-se a tomada de consciência dos temas pelos envolvidos, através do método dialógico.

Feitosa (1999), em sua dissertação sobre o método dialógico de Paulo Freire pontua que, é através do diálogo sobre a realidade que os educandos problematizam e reinterpretam aspectos da realidade até o momento imperceptível; tornando esta educação política. No contexto pedagógico, o diálogo começa com a pesquisa do universo vocabular e da realidade concreta dos educandos; o que resulta na aproximação

³ Paulo Freire defendia que os trabalhadores e trabalhadoras de saúde deveriam ser desafiados a contribuir ativamente com os usuários de suas ações e serviços na luta pelo direito à saúde. Vemos uma proposta semelhante em “Caderno de Educação Popular e Saúde” (2007, p. 44) ao sugerir o uso do “conhecimento técnico para a construção da autonomia dos usuários, de seu direito de apropriação do sistema de saúde vigente no país e [...] por seu direito de satisfação com o mesmo”.

do educador com o educando para uma ação conscientizadora e libertadora (FEITOSA, 1999). A educação, segundo Paulo Freire, tem como objetivo promover a ampliação da visão de mundo e isso só acontece quando essa relação é mediatizada pelo diálogo (FEITOSA, 1999, p. 46)

O conhecimento e a conscientização são dialógicos, pois através do diálogo é possível mudar o mundo. Freire (2005) considera que a contradição só é possível em espaços onde haja diálogo e é a partir desta contradição que se pode ocorrer a transformação. Eis o que nos diz Freire:

Enquanto na teoria da ação antidialógica a conquista, como sua primeira característica, implica um sujeito que, conquistando o outro, o transforma em quase 'coisa', na teoria dialógica da ação, os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em colaboração. (FREIRE, 2005, p. 191).

E conclui:

Não há, portanto, na teoria dialógica da ação, um sujeito que domina pela conquista e um objeto de dominado. Em lugar disto, há sujeitos que se encontram para a *pronúncia* do mundo, para a sua transformação (FREIRE, 2005, p. 192).

Gohn (2008) explicita a importância da escuta e do diálogo para se identificar as necessidades do grupo, abrindo espaço para o debate. Freitas e Santos (1998) corroboram com a visão de Gohn sobre a importância da forma de identificação das necessidades do grupo:

As problemáticas para a ação definem-se conjuntamente, construindo-se muitas vezes instrumentais para aquela realidade em questão. Trata-se de uma inserção que se dá na dependência da avaliação da população, comprometendo-se com a possibilidade de mudança social e construção de conhecimento na área. (FREITAS E SANTOS, 1998, p. 3).

Portanto, Gohn (2008), Freitas e Santos (1998) estabelecem a importância do diálogo horizontalizado (debate) para que as problemáticas da realidade de todos os envolvidos no processo educativo sejam levantadas e, a partir disto, comprometer-se com a busca de transformação da realidade.

É assim que o educador social atua junto às comunidades, através do diálogo, para ser um dos agentes que constroem o processo participativo; sendo considerado, portanto, um analista-facilitador. Em uma relação dialética, o educador social aprende e ensina junto com a comunidade.

Deste modo, o educador problematizador re-faz, constantemente, seu ato cognoscente, na cognoscitividade dos educandos. Estes, em lugar de serem recipientes dóceis de depósitos, são agora investigadores críticos, em diálogo com o educador, investigador crítico também (FREIRE, 2005, p. 80).

Ou ainda:

(...) o educador social, numa comunidade, atua nos marcos de uma proposta socieducativa, de produção de saberes a partir da tradução de culturas locais existentes e da reconstrução e ressignificação de alguns eixos valorativos, tematizados segundo o que existe, em confronto com o novo que se incorpora (GOHN, 2008, p. 138).

A educação não formal é considerada foco desta dissertação, pois se pode dizer que a educação sociocomunitária normalmente ocorre em ambientes da educação não-formal. A educação sociocomunitária emerge da necessidade de atender os desfavorecidos e marginalizados através do que Lima e Dias (2008) chamam de *mobilização educacional* - mas pode estar presente em qualquer ambiente educacional, pois diz respeito a questões de relações e complementações didáticas. A proposta de educação não formal ganhou força na década de 70 com o foco na formação e informação dos cidadãos.

Nesse sentido, a Educação não formal avança em relação à educação formal, pois, dentre suas ênfases, propicia a reflexão sobre as desigualdades sociais e possíveis encaminhamentos para a superação (LIMA E DIAS, 2008, p.144).⁴

Embora a educação não formal no Brasil já existisse, o termo só foi utilizado na década de 80, abrangendo: educação popular, atividades recreativas, assistência social, arte e educação para o trabalho. Na década de 60 emergiram mobilizações sociais pelo

⁴ O termo “educação não formal” não surgiu no Brasil, tem origem anglo saxônica. Ganhou destaque em 1967 na Conferência Internacional sobre educação, na Virgínia (EUA), com origem nos movimentos sociais.

mundo. Concomitantemente, no Brasil, os protestos surgiram através da União Nacional dos Estudantes e partidos de esquerda que reivindicavam a “valorização da cultura popular associada à educação como a prática da liberdade de Paulo Freire” (LIMA E DIAS, 2008, p. 154).⁵

Historicamente, a proposta da educação sociocomunitária, presente na educação não formal, surgiu da articulação da comunidade civil e religiosa *salesiana* a partir de um projeto educacional que objetivou transformações sociais (GOMES, 2008). Ainda hoje, a educação sociocomunitária é considerada um campo em construção. Mas, para se falar de educação sociocomunitária, é preciso compreender o conceito de comunidade, pois existe uma grande diversidade de definições do termo *comunidade*.

Guareschi (2007) baseia-se na concepção de Marx sobre comunidade, compreendendo-a como um tipo de vida em sociedade em que cada indivíduo mantém sua singularidade e a possibilidade de participar ativamente do grupo.

Uma das conceituações mais interessantes de comunidade, atribuída a Marx, é a seguinte: um tipo de vida em sociedade “onde todos são chamados pelo nome”. Esse ‘ser chamado pelo nome’ significa uma vivência em sociedade onde a pessoa, além de possuir um nome próprio, isto é, além de manter sua identidade e singularidade, tem possibilidade de participar, de dizer sua opinião, de manifestar seu pensamento, de ser alguém (GUARESCHI, 2007, p. 95).

E GOMES (2007, p.41) a define como “um conjunto de pessoas que estão compartilhando um tempo histórico e um espaço geográfico”. Para que este espaço se defina como comunidade, é preciso considerar a sustentabilidade econômica desta comunidade e a linguagem considerada como o meio em que os processos culturais são transmitidos. Este local pode ser o palco de tradições, preconceitos e local de resistência a mudanças, ou local potencial de transformação através de uma mudança política.

⁵ Quando Freire pensa no processo educativo, concebe que o objetivo é a libertação no campo cognitivo e, em especial, nos campos social e político. Para entender o que Freire entende por libertação, é preciso ter-se claro os princípios que compreendem seu método: 1) Politicidade do ato educativo: a educação não é neutra, mas sim um processo de politização, pois o educando é constantemente desafiado a refletir sobre a realidade e seu papel na sociedade. Ao educador cabe ser o mediador e problematizador dos debates. 2) Dialogicidade do ato educativo: a educação precisa ser pautada por uma relação dialógica, que permite que a visão de mundo seja ampliada; pois não há conhecimento válido se não for compartilhado e construído com o outro. (Feitosa, 1999). “A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens (Freire, 2005, p. 91).

Considera-se que, para que ocorra a educação sociocomunitária, é preciso que, através de processos educativos, a comunidade se articule intencionalmente para buscar e efetivar mudanças. Outro ponto fundamental da educação sociocomunitária é aquele em que um agente externo à comunidade ofereça ou provoque uma proposta de mudança à comunidade. Na primeira, há uma emancipação da comunidade e, na segunda, uma instrumentalização. Em qualquer uma das propostas, é preciso deixar-se claro que o objetivo da educação sociocomunitária não é resolver todas as questões sociais, mas problematizá-las para que a comunidade provoque transformações (GOMES, 2008).

(...) a educação sócio-comunitária se propõe como o estudo de um segmento dentro da investigação em educação e não como a resolução final ou salvadora das grandes questões da educação (GOMES, 2008, p. 56).

Diante disto, Garcia (2008) levanta uma problemática importante: é a compreensão da educação sociocomunitária que instrumentaliza. Neste sentido, há que se ter uma grande cautela para não reproduzir a exclusão ao levar para as “populações marginalizadas” propostas pensadas *a priori* (para elas) e não *a posteriori* (junto com elas). Pensando em propostas *a priori*, equivocadamente, a educação social responsabiliza-se por sanar os problemas da população e adaptá-la ao convívio social, restringindo sua atuação a “populações” desfavorecidas economicamente.

Enfim, a educação sociocomunitária define-se “com uma posição pedagógica libertadora” (CARO, 2006, p.22) que desenvolve seu trabalho por meio da educação não-formal. A educação comunitária é definida por Romans, Petrus e Trilla (2003) como um tipo de educação que atua com os excluídos economicamente da sociedade, objetivando intervir para a organização da comunidade a fim de que esta se conscientize dos seus direitos. Para Gomes (2008) a educação sociocomunitária visa problematizar a realidade dos envolvidos e a construir articulações políticas que objetivem a transformação da realidade dos envolvidos.

Apesar de sua importância, a formação em educação sociocomunitária no Brasil ainda é tímida e não faz parte dos currículos da maioria das universidades. Contudo, vem crescendo a necessidade de profissionais de diversas áreas assumirem responsabilidades referentes à educação sociocomunitária e, dentre estes profissionais, estão os da área de saúde. Diante disso, Caro (2006) utiliza a terminologia de educação

social, que vamos entender como sinônimo de educação sóciocomunitária e, esclarece-nos que, ao se buscar:

(...) uma sistematização da educação social, nos continentes em desenvolvimento, muito pouco se encontra, apesar de sua ampla presença, em iniciativas com as mais diversificadas finalidades. Ao se utilizar o termo 'educação social', observa-se que, muitas vezes, o profissional que trabalha com os dois elementos não tem consciência do que realiza e da amplitude de seu objetivo (CARO, 2006, pp. 27 e 28).

2. Educação sociocomunitária na saúde

Faz-se necessário historiar-se que as ações de saúde foram usadas, em diferentes momentos históricos, para o controle social. Os serviços de saúde, que tem sua origem nas reivindicações da população, também se tornaram, em alguns contextos, uma forma de controle do Estado – que usa deste artifício para continuar a manter a alienação da população. Desta forma, consegue o apoio da população, sem comprometer seus investimentos em áreas para a manutenção do capitalismo (como obras de infraestrutura em prol das grandes empresas). Mas nem tudo se polariza na alienação:

Assim, nas várias experiências de Medicina Comunitária em andamento existem ao mesmo tempo elementos de conscientização e alienação, de libertação e criação de dependência, de tapeação e esclarecimento. Mas, em algumas dessas experiências a população organizada e os profissionais de saúde identificados com os seus interesses conseguiram conquistar um maior controle de seu funcionamento e foram aos poucos reorganizando suas práticas em saúde (VASCONCELOS, 1997, p. 23).

O Caderno de Educação Popular e Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), por exemplo, historia que as primeiras experiências populares de educação em saúde no Brasil, na década de 70, basearam-se na pedagogia de Paulo Freire, através de profissionais de saúde.

Vasconcelos (2001) resgata historicidade de constituição da Educação Popular em saúde no Brasil a partir da participação de profissionais de saúde em experiências de educação popular de bases freirianas nos anos 70, inaugurando uma ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde. (BRASIL, 2007, p. 14)

Até a década de 70, a educação em saúde era do domínio das elites que, ideologicamente, subordinavam as questões de saúde a seus interesses, através de uma prática positivista que ditava valores. A educação em saúde servia para ‘domesticar’ os indivíduos e torná-los mais suscetíveis a aceitar as suas condições de vida e trabalho, sem questionamentos; reduzindo o processo saúde-doença a questões biológicas e individuais (OLIVEIRA E GUEDES, 2008).

A partir da crescente insatisfação popular, devido o crescimento da economia em dissonância com a piora da qualidade de vida, o Estado se vê obrigado a aumentar investimentos em ações de saúde e educação, entre outras. A alternativa mais rápida e barata para o momento foi o modelo da medicina comunitária, que se pauta na utilização de técnicas simplificadas, com o investimento em ações preventivas e com a participação da população – o que hoje é conhecido como *Serviços de Atenção Primária à Saúde*. Com o passar do tempo, os investimentos se tornaram escassos e houve uma desmotivação dos profissionais envolvidos. Como consequência deste descontentamento, na década de 80 iniciou-se um movimento com profissionais e população para a criação de uma medicina comunitária reformulada. As ações - ainda tímidas - destes centros e postos de saúde explicitam uma experiência em educação popular:

Padrão comprometido com os trabalhadores, que são os serviços estruturados a partir da pressão dos movimentos populares locais e de técnicos que buscam não uma medicina simplificada, mas uma medicina ampliada que seja capaz de enfrentar o caráter global e complexo dos problemas de saúde das classes populares. São experiências alternativas de Medicina Comunitária que tem como exemplos marcantes serviços como os de Itapuranga (Goiás), São João do Araguaia (Pará) e alguns centros Saúde da Zona Leste da Cidade de São Paulo (VASCONCELOS, 1997, p. 25).

Na década de 80 houve também a criação do SUS, em que experiências pontuais de educação comunitária em saúde deram lugar a movimentos sociais que reivindicavam e reivindicam mudanças globais nas questões de saúde; o que trouxe algumas limitações. Passou-se a tentar incorporar ao SUS as ações e metodologia da educação popular, para reorientar as políticas públicas. As práticas de educação e promoção de saúde passaram a ser assumidas pelo Estado.

De acordo com Oliveira (2005), alguns autores colocam que a atual saúde pública contempla ações de: promoção de saúde, educação em saúde, participação comunitária, políticas públicas, entre outras. A educação em saúde é considerada pela autora como uma importante estratégia de promover saúde.

A nova educação em saúde deve superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida. Assim, na sua versão contemporânea, a educação em saúde já não se destina apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável. Nesse novo paradigma, o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, uma noção de autonomia (...) (OLIVEIRA, 2005, p. 425)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, estabelece como responsabilidade do SUS ordenar a formação na área da Saúde – o que significa que o SUS deve se responsabilizar pelas ações da educação em saúde.

Com esta mudança, as experiências até então localizadas e saúde em comunidades passou a se vincular as instituições estatais, abrangendo uma área muito maior. Mas, isto resultou na necessidade de assessorias para as lideranças dos movimentos sociais no quesito “elaboração de subsídios para projetos de lei” (VASCONCELOS, s.d., p. 9). Com o aprimoramento destas equipes, a relação com a comunidade tornou-se cada vez mais distante, o que fez com que a mesma somente se envolvesse em momentos de grande mobilização social (VASCONCELOS, s.d.). Neste período, houve o que Vasconcelos (s.d.) denominou de “cooptação dos movimentos sociais”:

O programa de distribuição de leite às famílias carentes no Governo Sarney⁶ foi exemplar. O leite teria de ser distribuído através de associações comunitárias, que para isto teriam de ter ligações com a classe política local. Milhares de novas associações foram criadas, de uma hora para outra, por iniciativa de políticos, que através do leite federal puderam sustentar cabos eleitorais travestidos de líderes comunitários. Muitas associações mais combativas, que resistiram à sedução do leite, se viram desprestigiadas junto a seus associados (VASCONCELOS, s.d., p. 10).

⁶ O Governo Sarney foi de 1985 a 1990.

A partir da década de 90, constata-se que técnicos de saúde continuam atuando em espaços não institucionais. Também profissionais, em algumas instituições de saúde, buscam articular a metodologia da educação popular no serviço público (VASCONCELOS, s.d.).

A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional, mas sim, pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde experienciada pelo indivíduo, levando-se em consideração também o saber popular (OLIVEIRA E GUEDES, 2008, p. 120).

Neste período, no Rio de Janeiro, durante o Simpósio Inter-Americano de Educação para a Saúde, organizado pela Organização Panamericana pela saúde (OPAS), criou-se através dos trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias e pesquisadores, o Movimento de Educação Popular e Saúde, objetivou debater educação em saúde; concebendo saúde a partir de um enfoque social, cultural e educativo no âmbito individual e coletivo. O movimento propõe a educação popular como norte teórico e metodológico do SUS, propiciando um instrumento de gestão participativa (VASCONCELOS, 2004):

A Rede de Educação Popular e Saúde, articulando e acompanhando centenas de experiências de aprofundamento da participação popular nos serviços de saúde, acredita que a Educação Popular continua sendo um instrumento metodológico fundamental para uma reorganização mais radical do SUS, no sentido da construção de uma atenção à saúde integral em que as pessoas e os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas, e em que a racionalidade do modelo biomédico dominante seja transformada no cotidiano de suas práticas (VASCONCELOS, 2004, p. 74 e 75).

O Ministério da Saúde preconiza ações populares de educação em saúde embasadas pelo método Paulo Freire; pois a educação popular em saúde trabalha com o método dialógico e participativo de Paulo Freire e, conseqüentemente, busca um usuário crítico, ciente de “direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença” (BRASIL, 2007, p. 7); usuários estes que foram historicamente excluídos da possibilidade de participação crítica na sociedade.

Corroborando com Brasil (2007), Oliveira (2007) coloca o equívoco de alguns profissionais de se usar o termo *população marginalizada*. Deve-se ter cuidado para que

não seja sinônimo de estar fora da sociedade em decorrência da passividade e ignorância, cabendo ao profissional erudito esclarecê-lo e animá-lo. É preciso ter claro que esta população não está fora, mas dentro da sociedade, vivendo em condições desiguais e opressoras.

O documento do Ministério da Saúde pontua que o adjetivo “popular” refere-se à:

(...) perspectiva política desta concepção de educação: a construção de uma sociedade em que classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos alteros é importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas (BRASIL, 2007, p. 28).

O que torna singular a prática da educação popular em saúde é optar pela cultura e pelo saber popular para possibilitar uma transformação. Esta transformação se dá em uma relação horizontal entre o profissional erudito e a comunidade, isto é, numa educação que se desenvolve na prática, reflexão e ação. (Freire, 2005).

Um dos pilares fundamentais da educação popular é colocar como ponto de partida do processo pedagógico, das experiências e saberes acumulados dos envolvidos. Neste sentido, os atores são os agentes eruditos (profissionais de saúde, professores, etc) e os agentes sociais do povo. O campo da educação popular é permeado pela articulação entre várias categorias profissionais, em um projeto *inter* e *transdisciplinar*. De acordo com Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2005), Paulo Freire explicita como eixo central do trabalho transformador de educação popular a noção de equipe:

(..) o debate das idéias, o desenvolvimento da capacidade criadora e a consciência crítica são elementos fundamentais para estabelecer o verdadeiro vínculo de interdependência e/ou equipe, no espaço interdisciplinar (BACKES *et al*, 2005, p. 432).

Vaconcelos (2004) considera extremamente importante o investimento na capacitação profissional e na infra-estrutura da instituição para que tornem viáveis as ações educativas. Propiciar a educação dos trabalhadores é essencial para a gestão participativa do SUS.⁷ O que se observa na prática é que quando não há este tipo de

⁷ É importante salientar que o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) determinou que fosse de responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde a articulação de cursos (de técnicos da pós-graduação) para a formação de profissionais de saúde que já atuam ou vão atuar no SUS.

investimento, o modelo normativo e biocêntrico de educação em saúde, torna-se hegemônico.

Com relação à assistência do profissional de saúde, Vasconcelos (1997) coloca que nos deparamos com um falso dilema, em que se considera pertinente uma atuação que prioriza os problemas de saúde individuais ou uma atuação pautada na educação popular, ou seja, na educação sociocomunitária. O autor coloca o dilema como falso, pois entende que as duas práticas se entrelaçam e se complementam.

É um falso dilema porque não percebe que nesta atividade contínua de atendimento individual se encontra um importante espaço de atuação política e é, ao mesmo tempo, a porta onde podem iniciar-se as outras ações educativas. Para começar, só quando o profissional consegue respeito da população pelo seu bom trabalho dentro do Centro de Saúde é que ele tem voz dentro dos grupos, famílias e outras instituições da comunidade. (VASCONCELOS, 1997, p. 27).

Estas experiências e saberes são problematizados para se construir, de forma dialógica e dialética, uma organização política para superar situações de opressão, permitindo que os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde. Para que isto ocorra, é preciso aprender a escutar o outro. “*A educação permanente na saúde: conceitos e caminhos a percorrer*” (BRASIL, 2005, p. 8) nos diz: “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e idéias, compreendendo os processos e propondo soluções”.

Backes; Lunardi Filho e Lunardi (2005) corroboram com a questão do diálogo e da problematização quando dizem que diálogo não se resume, a saber, ouvir passivamente o outro, mas sim desafiá-lo e saber problematizar para que, somente assim, possa haver uma transformação da realidade. Condizente com esta proposta, OLIVEIRA (2007, p. 4) define: “Diálogo entre sujeitos é educação não alienada e não alienante”.⁸ Cabe ao profissional de saúde promover aprendizado em saúde, cuja principal metodologia é o diálogo, que contribui para uma educação política. Entende-se

⁸ No contexto da educação, Freire concebe o papel libertador e central do diálogo na construção e transformação do mundo. A investigação da realidade é dialógica, envolve a todos os envolvidos que fazem parte do processo educativo. “Daí que, para esta concepção como prática de liberdade, a sua dialogicidade começa, não quando o educador-educando se encontra com os educando-educadores em uma situação pedagógica, mas antes, quando aquele se pergunta em torno do que vai dialogar com estes. Esta inquietação em torno do conteúdo do diálogo é a inquietação em torno do conteúdo programático da educação” (Freire, 2005, p. 96).

por educação política a promoção do entendimento dos usuários sobre seu corpo e sobre as condições sociais em que vivem. (VASCONCELOS, 1997).

Backes; Lunardi Filho e Lunardi (2005) complementam que quando os profissionais de saúde inserem-se de maneira crítica na realidade, através de uma reflexão dialógica, eles atuam de forma interdisciplinar, com uma horizontalização de poder entre as práticas e saberes.

O diálogo requer uma relação horizontal de pessoa para pessoa sobre o objeto e pressupõe, inicialmente, abertura e desvelamento da realidade pessoal a fim de, efetivamente, estabelecer uma reflexão dialógica no nível coletivo (BACKES *et al*, 2005, p. 429).

Percebe-se a dificuldade das equipes para formar uma equipe técnica de saúde, em decorrência de formações técnicas específicas, que foram, ao longo do tempo, tradicionalmente trabalhando de forma individualizada. No trabalho em equipe, as pessoas criam altas expectativas em relação ao outro e o conflito é eminente – já que são diferentes especificidades, com infinitas maneiras de ver e enfrentar as questões. “Só mesmo uma equipe em que a maioria tenha um ideal e uma proposta política semelhante é que consegue superar essas dificuldades” (VASCONCELOS, 1997, p. 62).

Toda profissão que implica em relações humanas, conseqüentemente, há um processo educacional. Já que o objetivo do trabalho em equipe é buscar pela promoção, não se deve ignorar a questão da prevenção nas ações da própria instituição. O correto seria estarmos na comunidade ao invés de tentar fazer um trabalho imediatista.

Entende-se que, para que os conflitos inerentes na relação sejam resolvidos, é preciso que haja um limite no número de atendimentos, preservando-se os espaços das reuniões em equipe (que devem ser periódicas) o que, muitas vezes, vai de encontro com o interesse do Estado, que prima pela produtividade.

De acordo com Gadotti (2005) Freire, no contexto da educação, ataca a ética do mercado capitalista porque está baseada no controle e na eficiência. Sendo assim, este paradigma fica incoerente com o pensamento de Freire que prima pela democracia, pela não naturalidade da desigualdade e pela potencialidade transformadora, não apenas instrutiva, da educação.

A educação não pode orientar-se pelo paradigma da empresa que dá ênfase apenas à eficiência. Este paradigma ignora o ser humano. Para

este paradigma, o ser humano funciona apenas como puro agente econômico, um ‘fator humano’. O ato pedagógico é democrático por natureza, o ato empresarial orienta-se pela ‘lógica do controle’. O neoliberalismo consegue naturalizar a desigualdade. Por isto, Paulo Freire chama nossa atenção para a necessidade de observarmos o processo de construção da subjetividade democrática, mostrando, ao contrário, que a desigualdade não é natural. (GADOTTI, 2005, p. 3).

Há um grande valor educativo nas consultas individuais que devem ser preservadas, mas há também algumas limitações nesse espaço. Considera-se que as formas coletivas de atendimento suprem essas limitações e contribuem para o processo político educativo. Vasconcelos (1997) pontua algumas ações importantes com esta proposta – dentre estas ações está a palestra. As palestras versam sobre assuntos de interesse da comunidade, que não somente recebem orientações, mas busca-se também um espaço para o diálogo (comunidade e equipe técnica) que busca ações coletivas da população. Outra forma de ação é a consulta coletiva, que pode ocorrer quando há questões e problemáticas em comum a serem trabalhadas.

As ações assumidas pela própria população organizada refletem um amadurecimento da consciência popular maior que as ações dirigidas pela equipe de saúde (VASCONCELOS, 1997, p. 86).

Após explanarmos sobre a educação sociocomunitária que, ainda, vem se desenvolvendo como uma grande área da educação seguimos no próximo capítulo com os aspectos metodológicos e análise de dados.

CAPÍTULO III

ASPECTOS METODOLÓGICOS E TEÓRICOS: POR UMA ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

1. Caracterização do local de estudo

Refere-se a uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa; que foi escolhida por permitir aprofundar a investigação e responder aos questionamentos específicos da realidade social investigada, não propiciando a quantificação das questões. “Aprende o que está oculto, o que não é percebido, perscruta as profundezas do jogo social, o não manifesto, o subjacente” (HEIDEMANN, 2006, p. 92).

Minayo (2000) compreende que o foco central da abordagem qualitativa está em compreender e explicitar a dinâmica das relações dos envolvidos no processo investigado. Neves (1996) historia que a pesquisa qualitativa se desenvolveu na Antropologia e Sociologia, sendo apenas nos últimos anos incorporada pelos campos da Psicologia, Educação e Saúde. Esta abordagem não busca um referencial estatístico, mas dados descritivos; valoriza o entendimento das questões a partir da perspectiva dos participantes e, somente a partir desta ótica, busca sua interpretação dos fenômenos em questão. Na pesquisa qualitativa há um corte tempo-espacial da problemática, a partir da realidade do local a ser mapeado e investigado, valorizando assim o contexto a ser investigado.

A dissertação está pautada em Paulo Freire, na denominada Educação Popular. A educação popular, originalmente relacionada ao âmbito da educação escolar, passou a ser considerada como um referencial também para os profissionais de saúde. A educação popular busca trabalhar dialogicamente, a partir do saber do educando, como um modo de promover formas coletivas de aprendizado e construir a participação popular nas questões sociais. (VASCONCELOS, 2004).

O sentido da razão dialógica de Freire com a pesquisa qualitativa, é justamente o de revelar o que está oculto, permitindo que a imaginação e a criatividade dos seus participantes desvendem novas propostas de ação sobre a realidade. Ambas realizam uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto,

envolvendo empatia e motivação, aos projetos dos participantes, aos quais as ações se tornam concretas (HEIDEMANN, 2006, p. 92).

A pesquisa se fez a partir de entrevista realizada individualmente em um grupo de trabalhadores da área da saúde.

O estudo foi realizado na cidade de Leme, interior do Estado de São Paulo, distante 189 km da cidade de São Paulo. Faz limite com os municípios de Santa Cruz da Conceição, Pirassununga, Mogi Guaçu, Araras, Corumbataí e Rio Claro. Possui uma área urbana de 36,76 km² e uma extensão territorial de 430,55 km². A população estimada em 2009, pelo IBGE, é de 88.995 habitantes. (LEME, 2011).

A economia é baseada nas pequenas indústrias e, prioritariamente, na área agrícola, com ênfase nos plantios de cana-de-açúcar, laranja, café e algodão.

O foco desta dissertação está no CAPS 1 (Centro de Atenção Psicossocial) Nova Leme e no CIED (Centro Interdisciplinar de Educação em Diabetes), escolhidas como representantes de locais que deveriam, devido a proposta inicial, trabalhar equipes interdisciplinares. Ambas as instituições fazem parte dos serviços de saúde da Secretaria de Saúde do município de Leme.

2. Saúde mental e a Educação em Saúde

O modelo tradicional médico-higienista de atenção a pessoa com transtorno mental constituía-se em torno da doença e considerava os usuários dos serviços de saúde mental como “seres não sociais”; priorizando as internações prolongadas e o uso da medicação. Foi a partir do movimento de trabalhadores, usuários dos serviços e seus familiares que se organizou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, para reivindicar a superação deste modelo. Este movimento sofreu influências da Reforma Psiquiátrica, ocorrida na Itália, a partir da década de 70, que visou uma superação do paradigma tradicional normatizador (CAMOSSA; CARO, 2009).

Este movimento, juntamente com a estruturação do SUS, na década de 90, passa a construir um novo paradigma para o usuário dos serviços de saúde mental, em que o usuário deixe de ser passivo e passe a ser sujeito protagonista da sua vida; passe a ser compreendido com um todo, com multideterminações e, propõe o fechamento dos leitos manicomialis. Para que isto ocorresse, fez-se necessário o desenvolvimento de propostas

de reabilitação psicossocial e construção de uma rede estruturada de atenção à saúde mental da população (ABUHAB e cols, 2005).

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental ratificou as propostas relacionadas à reabilitação psicossocial e à construção da rede de atenção à saúde mental. Fruto desta indicação foi a regulamentação e normatização específica para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), por meio da Portaria n. 336/02 (ABUHAB e cols, 2005, p. 370).

Para substituir os manicômios, surgem como proposta do SUS, os CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, hospitais gerais, ambulatórios e leitos de emergência psiquiátricos em hospitais gerais. Estes serviços são criados com a proposta de serem serviços intermediários entre o hospital e o ambulatório, que objetivam, através de um projeto personalizado, a reintegração dos usuários à sociedade. Os CAPS são divididos, de acordo com o Ministério da Saúde (2004) em: CAPS 1 (atendimento diário à adultos para cidades com população entre vinte mil e setenta mil habitantes); CAPS 2 (atendimento à adultos para cidades com população de setenta mil a duzentos mil habitantes); CAPS 3 (atendimento diário e noturno de adultos, para cidades com população acima de duzentos mil habitantes); CAPSad (atendimento diário para usuários de drogas, incluindo álcool) e CAPS i (atendimento diário para crianças e adolescentes) (BRASIL, 2004; CAMOSSA; CARO, 2009).

Os critérios para que a pessoa com transtorno mental seja incluída no CAPS estão relacionados ao “grau de autonomia ou dependência para cuidados pessoais, trabalho, moradia, lazer, cultura e rede social” (ABUHAB E COLS, 2005, p. 370).

Os atendimentos aos usuários do CAPS são realizados por equipes *multi* e *interdisciplinares*. “Com uma visão social dos transtornos, o atendimento aos usuários do CAPS não pode ser uma prática profissional individual, mas sim multiprofissional e interdisciplinar” (CAMOSSA; CARO, 2009, p, 471),

Os serviços de saúde mental do município de Leme conta com um Ambulatório de Saúde Mental e um CAPS 1. Seguindo a proposta do Ministério da Saúde, foi inaugurado na cidade de Leme, em 2009, o CAPS 1 Nova Leme, que funciona no período das sete horas da manhã às cinco horas da tarde. Atualmente, o serviço conta com uma equipe técnica composta por: uma psicóloga e coordenadora, um médico psiquiatra, um médico clínico geral, uma enfermeira, uma assistente social, uma

terapeuta ocupacional, dois técnicos de enfermagem, uma artesã, duas estagiárias de psicologia e equipe administrativa.

O CAPS Nova Leme oferece programas, que fazem parte da proposta do SUS para os CAPS, como: atendimento individual (consulta médica, psicoterapia, orientação de enfermagem); atendimento em grupo (oficina terapêutica, grupo de artes, grupo de poesia, grupos psicoterapêuticos, grupo de artesanato, grupo bijuteria, grupo de pintura em tela, tricô, crochê, jogos recreativos); atendimento para família (atendimento individualizado para os familiares, visita domiciliar); atividade comunitária (de lazer e cultura, olimpíadas do CAPS); assembléia de usuários e equipe do serviço. Frequentam a unidade, aproximadamente, trinta usuários por dia, até julho de 2011. A faixa etária dos usuários varia entre 18 e 70 anos e a escolaridade predominante é primeiro grau incompleto e analfabeto; com renda mensal variando, em sua maioria, sem renda até um salário mínimo. O CAPS é campo de estágio para a psicologia e enfermagem.

Os usuários são recebidos através de encaminhamentos do Ambulatório de Saúde Mental do Município, Santa Casa de Misericórdia e também através de busca espontânea, sendo, portanto, porta de entrada da saúde mental do município. O acolhimento é realizado pelo integrante da equipe técnica que esteja na função de “acolhedor” no dia. A partir do acolhimento, nos casos de busca espontânea, decide-se através de critérios pré-estabelecidos pela equipe se este usuário será atendido pelo CAPS ou pelo Ambulatório de Saúde Mental do Município.

3. Diabetes *mellitus* e a Educação em Saúde

Considera-se diabetes *mellitus* uma doença crônica, que exige rígido controle glicêmico e de medicação; acometendo milhares de pessoas no mundo, de todas as classes sociais, sexo e idade; sendo um dos principais problemas de saúde pública do mundo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2007) o diabetes *mellitus* é um grupo de doenças metabólicas caracterizado por problemas no metabolismo da glicose. É uma doença crônica resultante de deficiência na secreção de insulina, na ação da insulina ou ambos, e que irá influenciar negativamente o metabolismo do organismo (COELHO, WECHSLER E AMARAL2008).

Há em torno de 171 milhões de pessoas com diabetes no mundo, com previsão de que este número chegue a 366 milhões até o ano de 2030, de acordo com Lima Costa *et al* (2007). No Brasil, o número estimado de diabéticos pelo Ministério da Saúde em 2004 foi de 15 milhões de diabéticos; sendo que 90% se referem à diabetes tipo 2 e 10% a diabetes tipo 1. (RIBEIRO, 2004).

Diabetes tipo 1 caracteriza-se como uma doença auto-imune, em que o sistema imunitário, por engano, destrói as células responsáveis pela produção de insulina. No diabetes tipo 2 há uma resistência a insulina e deficiência na secreção da insulina, prevalecendo com o avançar da idade e com questões relacionadas a saúde como sedentarismo, obesidade, entre outras em pessoas com predisposição para o desenvolvimento do diabetes.

O diabetes, muitas vezes, impõe algumas limitações à vida diária das pessoas como, por exemplo, dieta restritiva, procedimentos invasivos, entre outras. Está entre as dez principais causas de morte no Brasil e está relacionada a outras patologias como retinopatia, acidente vascular cerebral, amputação, nefropatia, impotência, entre outras. (RIBEIRO, 2004).

Ainda de acordo com Ribeiro (2004), a evolução do diabetes está relacionada em como o paciente lida com seu tratamento (auto-regulação comportamental), o que pode ser melhorado com a educação em saúde - já que envolve a necessidade de mudanças de hábitos de vida do paciente e da família, bem como políticas públicas para o controle do diabetes.

O propósito da programação educacional para pessoas diabéticas é fazer com que o paciente demonstre e mantenha condutas que permitam auto-dirigir-se ao máximo. Assim, não deverá ser um passivo recipiente de informações, mas um ativo membro do time de saúde, participando das decisões que necessitar com esforço e manutenção, (Steiner & Lawrence, 1992, *apud* BARBOSA, 2005).

Os serviços de saúde para o diabético do município de Leme contam com atenção básica, que compete aos Postos de Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com um serviço de especialidade nominado Centro Interdisciplinar de Educação em Diabetes (CIED). Foi inaugurado na cidade de Leme, em 2010, o CIED, que funciona no período das sete horas da manhã às cinco horas da tarde. O serviço conta com uma equipe técnica composta por: um médico endocrinologista, uma

enfermeira e coordenadora, uma psicóloga, um nutricionista, uma técnica de enfermagem e uma estagiária de psicologia.

A proposta inicial da criação de um serviço específico para o tratamento do diabético surgiu de uma conversa do secretário municipal da saúde com o médico endocrinologista. Após este passo inicial, reuniram-se o médico, a enfermeira, psicóloga e o nutricionista, que até o momento nunca haviam trabalhado juntos; o restante da equipe foi incorporado após a inauguração do CIED. As reuniões se prolongaram por dois meses antes da abertura externa do serviço e foi um espaço para formatar o protocolo de atendimento, bem como discussões teóricas acerca da proposta de educação em saúde. Nestes encontros discussões acerca da proposta de atuação da equipe culminaram na afirmação da relevância de se desenvolver um trabalho educativo acerca do diabetes, que complementassem o trabalho já desenvolvido nos PSFs e UBSs.

A educação em saúde visualizada pela equipe teria por objetivo seguir um modelo de educação que buscasse promover na equipe e nos usuários do serviço, a reflexão, problematização e consciência crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva que envolve a saúde.

A equipe do CIED, baseando-se na proposta de Paulo Freire, compreende a educação como prática da liberdade, que permite a construção de consciência crítica e autonomia; sendo que a transformação se dá com os educandos e não para eles. A partir desta concepção de educação, o CIED acredita também na importância da educação em saúde (Brasil, 2005).

4. Referencial Metodológico

Os entrevistados foram oito profissionais e estagiários das equipes de saúde do CAPS e do CIED. A escolha se deu a partir da experiência da pesquisadora nas duas equipes e, principalmente, pelo fato de serem duas propostas pautadas no trabalho de equipe interdisciplinar, que se propõem a integrar setores de saúde e educação através da educação sociocomunitária. Propõe-se a trabalhar com a clínica ampliada, em que o foco deixa de ser apenas a patologia e passa a ser a produção de saúde, de acordo com os princípios do SUS. Princípios estes colocados como acesso universal (universalidade) e igualitário (equidade) aos serviços de saúde e descentralização político administrativa da saúde (autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde).

Embora a totalidade dos nove profissionais e duas estagiárias contatadas tenha se disponibilizado a participar da pesquisa, apenas seis profissionais foram entrevistados, pois houve dificuldade de disponibilidade de horário na unidade de saúde dos dois médicos contatados (CAPS e CIED) e da assistente social (CAPS).

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2011; através de entrevistas semi-estruturadas e levantamento de informações documentais das instituições. Para a autorização da coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato, primeiramente, via telefone com a coordenadora do CAPS e pessoalmente, com a coordenadora do CIED, fornecendo informações sobre o objetivo da pesquisa e solicitando a colaboração das coordenadoras para mediar o contato com os demais profissionais das unidades. Após autorização para pesquisa, a pesquisadora entrou em contato pessoalmente com os participantes e agendou um horário, na própria instituição, para que a entrevista pudesse ser realizada. Os participantes foram previamente informados sobre questões éticas da entrevista e dos dados coletados.

No dia da entrevista, foi entregue ao participante o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1), que contemplava o objetivo da pesquisa, que autorizava a transcrição das entrevistas e, posterior publicação dos dados para fins acadêmicos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e a posterior análise foi consoante ao referencial teórico.

Os documentos para a análise de dados foram fornecidos pelas coordenadoras dos serviços. Foi realizada também a observação direta nas instituições com anotações pessoais em diário de campo, que serviram para compor a análise dos resultados.

O diário de campo nada mais é do que um caderno de notas, em que o pesquisador anota o contexto da entrevista, as suas impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, expressões não verbais e manifestações dos entrevistados quanto a algum ponto investigado, dentre outros aspectos. O uso do diário de campo pode tornar mais verdadeira a pesquisa de campo, favorecendo a qualidade e a profundidade das análises (MINAYO, 2004).

CAPÍTULO IV:
A PROMOÇÃO DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO SOCIOCOMUNITÁRIA:
UM PERFIL TEÓRICO DOS DADOS COLETADOS

1. A Promoção de Saúde e a Educação Sociocomunitária: um perfil teórico dos dados coletados

Embora a amostragem da pesquisa seja restrita – dificultando seu poder de generalização -, os dados coletados permitiram indicar alguns indícios daquilo que pode ser considerado uma “representação social” do que se entende (ou não se entende) por saúde, por educação em saúde, pelo papel educativo do profissional na área da saúde ou ainda a idéia que se constrói sobre o que é “trabalho em equipe”. É claro que esta “representação social” implica em um determinado *saber teórico* contextualizado historicamente (mesmo que imbuído de uma densa camada de *senso comum*) que se apresenta na dimensão prática do trabalho cotidiano do profissional em saúde, seja em seu ambiente profissional ou em seu meio social.

As “representações sociais” são conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado pleno apenas se foram levados em consideração a situação e o estágio evolutivo em que se manifestam. (QUEIROZ, 2003, p. 25).

Para que se pudesse apreender a realidade conceitual e metodológica deste trabalho, foi necessário recorrer a pontos de vista que transcendessem os limites individuais da pesquisadora para possibilitar uma maior compreensão da relação educação-saúde-comunidade no interior do contexto cultural do profissional em saúde. É claro que a delimitação do presente estudo envolve problemas bem complexos, sejam eles teóricos ou empíricos. Sendo assim, é necessária ao leitor a visão de que as questões propostas aos entrevistados se projetam para além de respostas simplistas ou sem fundamentação, posto que, implicitamente, elas se configuram provenientes de uma *vivência* (e de uma *experiência*) de *saberes*⁹ técnicos e científicos (carentes, claro, de um maior nível reflexivo e de um embasamento teórico mais fundamentado). Além do

⁹ Pinheiro, R (*et al*, 2010)

mais, diante dos entrevistados, podemos encontrar tal *vivência (experiência)* cotidiana explícita no discurso e na ação dos agentes de saúde, seja enquanto profissionais da saúde ou como integrantes (e responsáveis) de uma determinada comunidade (profissional ou daqueles que procuram seus serviços): não há ninguém pronto por aqui, mas todos em processo de construção. Após esta breve ressalva, vejamos os dados das entrevistas e as conseqüentes análises que delas podemos inferir.

Primeiramente, observou-se a predominância do sexo feminino dos profissionais de saúde:

Tabela 1 – Sexo dos Profissionais

Homens	1
Mulheres	7

Os dados aqui coletados encontram-se de acordo com uma tendência da feminilização das profissões entre algumas tendências do mercado de trabalho em saúde. Gil (2005), em seu artigo, apresenta resultados numéricos que comprovam a predominância de pessoas do sexo feminino nos cursos de pós graduação em saúde da família.

Quanto à idade, contatou-se que, na maioria dos entrevistados, há o predomínio de uma população de jovens adultos:

Tabela 2 – Faixa Etária dos Profissionais

Faixa Etária (anos)	Quantidade
20 – 30	6
31 – 40	1
41 – 50	1

De acordo com os estudos de Gil (2005), este perfil de profissionais – dentro da faixa etária dos 20 aos 30 anos – encontra-se dentro do esperado.

Em relação à formação profissional, verificou-se que os entrevistados possuíam:

Tabela 3 – Formação Profissional

Formação	Curso	Quantidade de Profissionais	Cursos Complementares
Técnica	Enfermagem	2	1 - cursa Psicologia 1 – não cursa e nem cursou
Superior	Nutrição	1	- cursa o 2º ano de Psicologia
Superior	Enfermagem	2	1 – com 2 <i>latu sensu</i> (Educação em saúde; Envelhecimento na saúde da pessoa idosa - cursando) 1- não cursa e nem cursou (pretende em 2012 na área de Saúde Mental)
Superior	Psicologia	2	1 - Especialização em “Saúde mental e práticas interdisciplinares” - 2009 1 – Cursando o 3º ano de Psicologia
Superior	Terapia Ocupacional	1	- não cursa e nem cursou

É importante ressaltar que, como observam Santana, Campos e Sena (s/d, p. 237), “que o desenvolvimento da pós-graduação tem-se mantido, em grande medida, alheio às necessidades sociais e, por conseguinte, às demandas do sistema público.” Poderíamos dizer que são poucos os profissionais de saúde que reciclam sua formação (4 dos entrevistados não possuem nenhum vínculo atual com uma Universidade, nem mesmo recebem um apoio pedagógico **efetivo** – cursos, treinamentos, seminários, palestras – de nenhuma Instituição acadêmica, seja pela pós-graduação ou pela graduação).

Para ilustrar esta “carência pedagógica efetiva” ao profissional de saúde, vejamos algumas respostas dos entrevistados: “**P**: Você já fez ou faz pós- graduação? - **E1**: Não, nunca fiz e não estou cursando também”; “**P**: Você tem alguma formação específica na área de educação em saúde? - **E1**: Não, não tenho.”; “**P**: Você já fez ou faz pós- graduação? - **E2**: Não.”; “**P**: você tem alguma formação específica na área de educação em saúde, algum curso no curso técnico [...]? - **E2**: No técnico de enfermagem

não, não trabalhei e nem na formação de técnico. [...]”; “**P**: Tem alguma formação específica, alguma especialização, algum curso na área de educação em saúde? - **E3**: Não.”; “**P**: Tem alguma formação específica, alguma pós-graduação, ou alguma disciplina na faculdade relacionada à educação em saúde? - **E4**: Acho que não vi, não lembro.”; “**P**: Tem alguma formação específica, alguma pós-graduação, ou alguma disciplina na faculdade sobre educação em saúde? - **E6**: É...não.”

Deve-se salientar aqui a lacuna deixada pela carência de uma educação formal para a permanente capacitação do profissional em saúde. É a falta de um instrumento capaz de possibilitar a maturidade teórica e prática – bem como a conscientização do papel social de um profissional da saúde – sobre a realidade dos envolvidos em torno dessas mesmas práticas cotidianas de promoção à saúde.

Ao se perguntar aos entrevistados se eles tiveram alguma formação específica em educação e saúde, apenas três afirmaram ter algum nível de conhecimento sobre o tema. Vejamos o quadro:

Tabela 4 – Formação Específica em Educação e Saúde

5	Disseram não ter nenhum tipo de formação sobre o tema
1	Afirmou ter adquirido algum contato com tema
1	Cursou uma disciplina na graduação que versava sobre o tema (Psicologia da Saúde)
1	Possui um <i>Latu sensu</i> na área de “Educação em Saúde” e cursa um outro na área de “Envelhecimento da saúde da pessoa idosa” – que trabalha com educação em saúde

Devido a esta falta de educação formal na área de Educação em saúde, observaram-se os limites teóricos dos envolvidos na pesquisa para responderem o que entendiam sobre *saúde*. Eis as respostas:

Tabela 5 – Respostas à questão “Qual a concepção de saúde que você tem?”

O que você entende por saúde?	Quantidade de entrevistados
Não soube responder	1
Bem-estar físico e emocional	2
Equilíbrio social, econômico, pessoal	1

Bem-estar físico, mental, um <i>auto-cuidado</i> , higiene	1
Não apenas ausência de doença, mas uma busca do bem-estar físico, emocional, espiritual	1
Concepção que envolve a pessoa e o meio-ambiente: bem-estar consigo, com o trabalho, com a família, com o físico, com o psicológico	2

Apesar dos limites teóricos das respostas (falta de uma fundamentação mais conceitual) é possível averiguar a mudança paradigmática vivida pelos profissionais da saúde. Observa-se nestes *discursos*¹⁰ o reflexo da mudança paradigmática sofrida pela medicina, isto é, de um modelo que consolidou uma visão mecanicista da vida pela concepção do “corpo humano como uma máquina e a doença como um mau funcionamento de mecanismos biológicos” (QUEIROZ, 2003, p. 15), para o modelo de uma

medicina mais ‘holística’, que perceba o ser humano em sua totalidade, como proposto originariamente pelo movimento sanitário no Brasil, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). (QUEIROZ, 2003, p. 17)

O “perceber” e o “apreender” o paciente pelo viés ideológico de uma medicina mais “holística” (no entanto, acrítica), portanto, pelo ponto de vista do homem em sua totalidade, pôde ser observada, por exemplo, nas seguintes respostas: “**P**: De como você definiria saúde ou se tiver alguma leitura sobre? - **E2**: Saúde pessoa? Entendo como saúde assim, a pessoa que tá bem tanto fisicamente, emocionalmente. Eu acho que é um conjunto de fatores né para uma pessoa.”; “**P**: Qual a concepção que você tem de saúde? Como você definiria o que é saúde para você? - **E3**: Saúde para mim é um equilíbrio; é um equilíbrio de vários fatores dentro da vida da pessoa: sociais, econômicos, pessoais né! Mas, dentro de várias, dentro de... assim... é mais ou menos isso.”; “**P**: Com as suas

¹⁰ É preciso lembrar que, segundo Foucault, todo *discurso* envolve práticas cotidianas que sustentam (e representam) todo um sistema de normas, conceitos e valores, portanto, representam “verdades” (conceituais ou teóricas, ainda que pouco elaboradas e permeadas de senso comum) que não se separam de um contexto historicamente construído. O *saber médico* (ou o saber teórico do profissional da saúde) traz uma “visão de mundo” não apenas individualizada: as percepções do mundo, de si, de uma determinada teoria não se desvinculam de uma interferência social, política ou econômica – e até são por elas formadas. Há todo um *sistema de verdade* (expresso pelos *discursos*) que se apóia institucionalmente: a “vontade de verdade [...] é ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por todo um compacto conjunto de práticas como a pedagogia, como o sistema de livros, da edição, das bibliotecas, como as sociedades de sábios de outrora, os laboratórios hoje. Mas ela é também reconduzida, mais profundamente sem dúvida, pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído.” (FOUCAULT, 1996, p. 17).

palavras, qual a sua concepção de saúde? Como você definiria ‘saúde’? - **E4**: Ah, eu acho que bem estar né, tanto o bem estar físico quanto emocional. Ah, acho que bem estar.”; **P**: Qual a concepção de saúde que você tem? Como você definiria, com as suas palavras, “saúde? - **E6**: Saúde no sentido mais amplo, não apenas como ausência de doença... É... não um completo bem... Assim, um completo bem-estar físico, emocional, espiritual, mas, a busca de.”; **P**: Com as suas palavras, como você definiria “saúde? - **E7**: É quando a pessoa se sente bem consigo mesma, está bem com o trabalho, tá bem com a família, esta bem fisicamente, psicologicamente; isto é saúde. É uma concepção que envolve a pessoa e o meio em que ela vive, está inserida.”; **P**: Com as suas palavras, como você definiria “saúde? - **E8**: Para mim saúde é... um equilíbrio do corpo físico com o emocional do indivíduo né, referente ao meio em que ele tá vivendo, de uma forma geral. Para mim é isso, não sei, manter um equilíbrio diante dos fatores externos dos... em todos os sentidos relacionado daquilo que agente vive no dia-a-dia: trabalho, parte social, familiar. É um equilíbrio geral: físico e emocional”. Porém, para Queiroz (2003), a tentativa de se adotar este modelo *holista*, pode ser considerado o “tendão de Aquiles” das reformas que foram implementadas no setor de saúde do SUS.

Verifiquemos agora quais foram as respostas referentes à pergunta sobre o significado de “educação em saúde”:

Tabela 6 – Respostas à questão “O que você entende por Educação em Saúde?”

Respostas	Quantidade de pessoas
Tratamento, adesão	1
Educação é você transmitir um assunto, ensinar sobre a doença, sobre o que for trabalhado como educação em saúde. <i>(confunde Educação em saúde com Promoção em saúde)</i>	1
Esclarecer os objetivos e o que deveria ser feito em relação às questões que permeiam a saúde	1
Contribuição dos ensinamentos para a promoção da saúde e prevenção de doenças (com palestras, orientações, folders); ver o indivíduo como um todo	2
Trabalho de orientação (mas enquanto	1

uma função do PSF)	
Trabalho educativo (tanto para os profissionais quanto para os usuários) Necessidade de ações educativas Necessidade de uma parceria entre a Secretaria da Educação e a Secretaria da Saúde	1
Ter a noção de “Educação” Capacitação do funcionário sobre o “Educar” (transmitir informação, ir além da formação técnica, trabalhar em aspectos de saúde-doença, informar a comunidade na qual encontra-se inserido)	1

Nos *discursos* apresentados há, ao menos em tese, a possibilidade de aferirmos que há uma mudança de um modelo meramente assistencial (um modelo médico-assistencial) para um outro modelo baseado não somente na assistência, mas também na prevenção e na educação preventiva. A falta de clareza sobre o sentido, o significado e a finalidade (teórica ou prática) da “Educação em Saúde” se deve ao próprio contexto das *macropolíticas* do setor de saúde no país:

O sistema de saúde brasileiro é hoje, assim, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médicoassistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de modelos alternativos. (TEIXEIRA *et al*, 1998, p. 08).

Percebe-se a necessidade, por parte dos profissionais da saúde, de articular ações que promovam a prevenção e a reabilitação da saúde, isto é, propiciar as condições necessárias à saúde, tanto focadas no indivíduo quanto na comunidade: é a atenção à saúde com a finalidade de promover uma maior qualidade de vida. Há, portanto, a necessidade da

construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à

saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde. (Política de educação e desenvolvimento para o SUS, 2004, p. 11).

Observa-se, ainda que sem o rigor teórico de uma compreensão melhor elaborada, concepções de “educação em saúde” e de “trabalho em equipe” – dentro da perspectiva do homem em sua *totalidade* – que apontam para a necessidade da construção de estratégias para a promoção, a prevenção da saúde e um trabalho *interdisciplinar* entre os profissionais da área. Vejamos alguns exemplos: “**P**: Como você definiria ou o que você entende por saúde? - **E1**: Bom, acho assim: na área da saúde ah... Como no trabalho de técnica é você acolher o paciente, você dar as orientações para ele. É falar sobre a doença ah... que nem no caso onde eu tô trabalhando, que é no ambulatório de diabetes, são as orientações para ele, a adesão ao tratamento e assim, é gratificante quando você vê o paciente melhorando né.”; “**P**: Você considera que o trabalho na sua unidade de saúde deve ser feito em equipe? Se sim, por quê? - **E2**: Sim. Por quê? Porque eu acho os profissionais trabalhando juntos, eu acredito que a adesão ao tratamento é maior e, acredito que você dá um suporte maior também para o paciente em várias questões né: parte psicológica, parte médica, o conhecimento da enfermagem em esclarecer dúvidas. Então, assim, eu acho que é um conjunto que funciona bem, que teria que funcionar bem.”; “**P**: Como é desenvolvido o trabalho em equipe neste setor? Primeiro você deu a sua definição e segundo, você como estagiária de psicologia percebe o desenvolvimento do trabalho em equipe dessa unidade? - **E2**: Bom. O trabalho, a intenção do trabalho a ser desenvolvido com pacientes com diabetes, eu acredito que é um trabalho que tem assim como evoluir muito, é um serviço que nem toda cidade acha que nem tem mesmo, então, é uma coisa positiva. Só que assim, com o passar do tempo aqui como estagiária, eu acho que tem tido algumas falhas na equipe. Eu não vejo assim que a equipe... ela colabora, até tenta seguir o protocolo de atendimento, só que assim, eu acredito que tá falhando nas questões do paciente. Cada um tá isoladamente com seu paciente, sendo que o mesmo paciente é de todos. Acho que isto é uma falha. A comunicação acho que falta entre a equipe e um tempo disponível que as pessoas ainda não conseguiram definir realmente ver a importância disso. Alguns profissionais sim, outros eu acho que não tem ainda essa noção, entendeu?”; “**P**: O que você entende por educação em saúde? - **E3**: É você esclarecer todas as questões que permeiam a saúde da pessoa: a alimentação... esclarecer quais, o que é uma alimentação saudável para o paciente poder colocar em

prática. Para mim é sempre, eu sempre penso: educar é sempre deixar muito claro o que é importante para se fazer: esclarecer, adaptar para a vivência dele tá! Então educar é sempre nesse sentido de esclarecer os objetivos, o que deveria ser feito; P: Você considera que o trabalho na sua unidade de saúde deve ser feito em equipe? Se sim, por quê? - E3: Sim. Ah, por conta dos vários fatores que envolvem a diabetes né! Tem a adesão dos medicamentos, tem a adesão ao tratamento em geral que eu acho que a psicologia tem um papel muito importante, eu acho que acima de tudo na adesão, tá assim a parte da psicologia. Da nutrição, esclarecer a parte da alimentação, que é um dos tripés. A insulina, os medicamentos... Que não teria jeito de ser um outro trabalho.”; “P: O que você entende por educação em saúde? - E4: Para mim, como profissional, educação em saúde seria a continuação dos meus ensinamentos; então, pós. E, para paciente, seria a educação para prevenção de saúde, prevenção de doenças; P: Você poderia me dar algum exemplo de quando você falar “educar para prevenção de doenças”? - E4: Preventivas, assim... dando palestras é... folder e educação. Que nem no posto de saúde porque aqui não dá né. Em outros postos você vai, agente vai pegar o indivíduo como um todo, não só naquela sua área. Vai educar na saúde básica, cuidados pessoais, higiene, lavar as mãos. Eu acho que são cuidados básicos que dá para prevenir e, que seria uma educação de saúde; P: Você considera que o trabalho neste setor deve ser feito em equipe? Se sim, por quê? - E4: Sim. Porque o paciente aqui é visto como multidisciplinar. Não adianta só minha área, tem que ser todas as áreas: o médico, o enfermeiro, os técnicos... quer dizer, tem que ser a equipe toda, psicólogo, que tem que estar pronta para atender esse paciente.”; “P: Como você definiria educação em saúde? - E6: É... noções básicas de higiene, de alimentação é... de... é... de orientação né, com efeito de prevenção e promoção de doenças. Ah... não promoção e prevenção de doença mas, como promoção de saúde. Então, relacionado aquela primeira questão, na busca do bem-estar geral da pessoa, vendo ela como um todo né... Em vários aspectos, em várias áreas da sua vida; P: Você considera que o trabalho no setor deve ser feito em equipe? Se sim, por quê? - E6: Sim. Porque é um trabalho que envolve é... diversas dimensões, abrange diversas dimensões do ser humano como: social é... biológica, emocional, psicológica ah... física. Então, precisa de uma equipe que possa ter colaboração das diversas áreas da saúde e social.”; “P: E o que você ouviu falar e o que ficou de informação sobre educação em saúde? - E7: Eu acredito que deveria ter mais ações, mais estratégias dentro da saúde que sejam educativas, que a população, que os profissionais, que os usuários possam aprender com aquilo ou se beneficiar com

aquilo.”

As dificuldades relatadas dos profissionais da saúde referentes ao trabalho em equipe (interdisciplinar) é ainda o reflexo da mudança de um modelo pedagógico centrado em um trabalho linear, institucionalizado, hierárquico, com a utilização de técnicas específicas – fragmentadas, parciais e isoladas – de uma determinada área de formação (como a organização social de uma empresa visando suas metas de produção de forma que cada funcionária seja o *expert* em sua função específica). O que se propões atualmente em saúde pública é o reverso desse caminho: oferecer “certas competências e habilidades técnicas somadas a um conhecimento amplo” para “tornar o profissional apto a superar desafios e romper com uma visão de trabalho linear e previsível” (PINHO, 2006, p. 69).

O trabalho interdisciplinar (e *transdisciplinar*) exige mudanças e desafios (como as relatadas pelos entrevistados) inerentes à própria convivência social no local de trabalho: são as dificuldades da passagem de uma mentalidade de trabalho individualizado para a prática do profissional na perspectiva da coletividade. Todos os entrevistados reconheceram os benefícios de um trabalho em equipe interdisciplinar, percebendo a necessidade de partilharem os diferentes conhecimentos (técnicos ou científicos) para proporcionarem, mais eficazmente, o bem-estar do paciente. As falhas e as críticas referentes ao trabalho em equipe (pluridisciplinar) são também o reflexo do contexto vivenciado pelos profissionais da saúde no Brasil. Como ressalta Pinho, apesar de ainda existir “muitos modelos conceituais demonstrando a importância do trabalho em equipe, há ainda muita confusão acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes que compreendam a sua dinâmica.” (PINHO, 2006, p. 70). Ainda permanece um equívoco por parte de alguns entrevistados do que seria um trabalho em equipe interdisciplinar.

Alguns entrevistados mostram, em seus relatos, que o fato de existirem profissionais atuando no mesmo local e diante da mesma queixa não garante que haja um trabalho em equipe interdisciplinar. “Quando o trabalho de determinado profissional se resume às ações pertencentes ao seu núcleo profissional, sem que haja interação com os demais membros da equipe, resulta num trabalho fragmentado” (CAMOSSA, 2010, p. 158).

Eis alguns exemplos que, a partir das entrevistas, expressaram esta questão: “**P:** Como você definiria a proposta de trabalho em equipe interdisciplinar? **E1:** Ah, eu acho assim... O trabalho em equipe é o que você vai construindo no seu dia-a-dia, é o respeito com as pessoas, é o que você vai tendo....Como é a palavra que eu posso dizer? Você

vai construindo, ouvindo cada um da equipe, as orientações, cada um o que tem a falar, você dá sua opinião, o que tem que mudar.”“**P**: Como é desenvolvido o trabalho em equipe nesta unidade? **E2**: Cada um tá isoladamente com seu paciente, sendo que o mesmo paciente é de todos. Acho que isto é uma falha. A comunicação acho que falta entre a equipe e um tempo disponível que as pessoas ainda não conseguiram definir realmente ver a importância disso”; “**P**: Quais são as maiores dificuldades e facilidades para que ocorra um trabalho em equipe? **E4**: A dificuldade eu acho que talvez é a falta de engajamento dos profissionais, que tá, as vezes, desestimulado, por alguns motivos e, as vezes acaba tendo... você precisa daquele profissional, o profissional as vezes não te dá o respaldo né da função dele e, você tem que acabar fazendo a parte dele para você não prejudicar o paciente. No trabalho de equipe, o que é muito ruim é isso. E, as vezes assim, acaba perante os outros fazendo a função que não é sua então, aí tá tomando a frente da outra pessoa”; “**P**: Quando você fala em equipe multidisciplinar, como você compreende equipe multidisciplinar? **E4**: Para mim, eu acho que seria todas as áreas que o paciente necessita no local. Aqui eu ainda acho que faltam algumas coisas, mas seria abranger todas as dificuldades do paciente. Vários profissionais trabalhando numa mesma doença”. “**P**: Quais são as maiores dificuldades e as maiores facilidades que você encontra para que ocorra um trabalho em equipe **E6**: O que agente percebe muita dificuldade do pessoal usufruir desse espaço e se aproveitar desse espaço né, de uma forma mais adequada, no sentido de quando finalizada a reunião, levar para fora assim... não resolveu, não consegui falar, não consegui se expor para falar e, de repente, virar roda de conversa em momentos talvez não tão adequados. Essa é uma dificuldade interna. A questão da assertividade, muitas vezes do funcionário, um com o outro né para colocar o que está sentido, para até mesmo para receber críticas construtivas, para não levar para esse lado pessoal, mas muitas vezes pelo lado profissional, nisso existe uma certa dificuldade.” “**P**: Quais são as maiores dificuldades e facilidades para que ocorra o trabalho em equipe, tanto em nível macro quanto micro? **E8**: As maiores dificuldades? É... é trabalhar com as diferenças do próprio profissional da equipe. Cada profissional é um, cada profissional tem seu ponto de vista. Então, muitas vezes, agente precisa debater várias vezes para agente chegar no comum, no objetivo comum né. Agente tem essas dificuldades de cada profissional ter sua opinião”; “**E8**: É, muitas vezes, o trabalho ele acaba não sendo interdisciplinar”.

Para Pinho, outro problema para a realidade dos trabalhos *inter, multi* ou *transdisciplinares* está na própria falta de engajamento dos profissionais envolvidos, isto é, nos limites em se refletir e exercer o trabalho em equipe. “Eles não se sentem engajados com os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar.” (PINHO, 2006, p. 73). Alguns relatos, tais como: 1) falta de comunicação entre os integrantes da equipe, 2) falta de engajamento e envolvimento dos indivíduos na equipe – por possuírem mais de um emprego, 3) o trabalho isolado de integrantes, uma mentalidade hierárquica por parte de indivíduos (que sentem a necessidade de um líder no grupo), 4) dificuldade em aproveitar os espaços de debate (os espaços coletivos), 5) a dificuldade em lidar com os conflitos ou de gerenciá-los, podem representar outro limite prático ao bom funcionamento das equipes interdisciplinares, a saber, o de integrar-se à *voz do outro* no processo.¹¹ É claro que as barreiras (pessoais e institucionais são evidentes), mas este é um processo que deve ser assimilado cotidianamente, tanto pelos profissionais, pelos usuários quanto pelo poder público.¹²

O item “falta de comunicação entre os integrantes da equipe” pode ser visto no relato de **E2**: “Cada um tá isoladamente com seu paciente, sendo que o mesmo paciente é de todos. Acho que isto é uma falha. A comunicação acho que falta entre a equipe e um tempo disponível que as pessoas ainda não conseguiram definir realmente ver a importância disso. Alguns profissionais sim, outros eu acho que não tem ainda essa noção, entendeu?”.

Quanto ao item “falta de engajamento e envolvimento dos indivíduos na equipe – por possuírem mais de um emprego” segue o depoimento “**P**: No dia a dia, em

¹¹. Teixeira historia que a dificuldade em lidar com a alteridade não é apenas dos serviços públicos de saúde, mas ela também se encontra no cerne do processo de desenvolvimento tecnocientífico da moderna biomedicina. Segundo o autor, na segunda metade de século XX, as ciências sociais se fizeram mais engajadas no discurso médico-sanitário (com ideais desenvolvimentistas e “esquerdistas”) que, juntamente com o processo de democratização do país, procurou-se assimilar a idéia de “povo brasileiro” à de “cidadão com direitos”. A repercussão no campo da saúde, conseqüentemente, traduziu-se na formação de regulamentações jurídico-legais e no campo de políticas públicas. Daí as condições, no entender de Teixeira, para que o campo da saúde percebesse a necessidade de preocupar-se com as questões relacionadas à alteridade. Estariam, portanto, os gestores, os técnicos e os profissionais de saúde imbuídos ideologicamente na construção da cidadania e por um espírito democrático enquanto espaço de realização de políticas públicas.

¹² Como ressalta Vânia Sampaio Alves (2005, p. 40), “A construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde.”

especial, neste ambulatório, quais as maiores dificuldades e facilidades para que realmente ocorra na prática o trabalho em equipe? **E2:** “Eu acho que a vida particular de cada um, mas a vida particular profissional. Porque a maioria dos profissionais aqui dentro da equipe não tem aqui como um único emprego, então, acho que isto dificulta um pouco a qualidade de tá trabalhando outras coisas, então acho que isto dificulta”.

Com relação a necessidade de uma hierarquia, segue exemplo “**P:** Do atendimento, da equipe, da proposta da unidade... quais são as sugestões e críticas que você tem? **E3:** O que de fato acontece é que eu espero, é que agente acaba esperando que o médico tenha esse papel. Agora não sei direito se é papel dele mesmo, mas agente, eu, acabo esperando a liderança dele. Talvez seja até por falta de experiência de trabalho em equipe”.

Ainda acerca do trabalho em equipe, predomina nos entrevistados a concepção de que todos os profissionais devem ter a mesma opinião acerca de uma problemática, sendo a divergência de opiniões vista como algo impeditivo para que ocorra um trabalho em equipe interdisciplinar. Entende-se que os conflitos são positivos na medida em que contribuem para o amadurecimento da equipe. “O trabalho em equipe ‘provoca a escuta do outro’, o que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação” (CAMOSSA, 2010, p. 155).

Segue um exemplo da visão negativa sobre divergência de opiniões em equipes: “**P:** Quais são as maiores dificuldades e facilidades para que ocorra o trabalho em equipe, tanto em nível macro quanto micro? **E8:** “As maiores dificuldades? É... é trabalhar com as diferenças do próprio profissional da equipe. Cada profissional é um, cada profissional tem seu ponto de vista. Então, muitas vezes, agente precisa debater várias vezes para agente chegar no comum, no objetivo comum né. Agente tem essas dificuldades de cada profissional ter sua opinião, mas acho que, finalizando, agente sempre chega num... mesmo que não seja satisfatório para todos, mas acho que agente acaba alcançando aí durante as reuniões o que é melhor pro o paciente e nem sempre o que é melhor pra equipe”.

A prática, através de uma reflexão dialógica das equipes interdisciplinares, estabelece uma horizontalização de poder entre práticas e saberes populares, entre profissionais de saúde e comunidade (Backes *et al* (2005).

Trata-se de uma forma de promoção que valoriza o envolvimento dos sujeitos na tomada de decisões acerca do processo saúde-doença

e na luta por melhores condições de vida, o que nos leva ao conceito de autonomia. Diferentemente da ideia de promoção da saúde, como forma de prevenção primária de doenças, essa concepção parte de um conceito ampliado de saúde que inclui o coletivo, o social, o político, o econômico e o cultural. (IGLESIAS, DALBELLO-ARAÚJO, 2011, p. 292)

Exemplos de ações que se propõem dialógicas podem ser vistas no relato de alguns profissionais: “**P:** Fale um pouquinho deste passeio, como foi, qual a proposta? **E2:** Bom, a proposta era poder proporcionar as crianças que fazem tratamento no ambulatório, junto com os pais, proporcionar um momento deles com a equipe e dentro desse passeio, dessa programação, trabalhar questões sobre a diabetes e para a equipe poder também conhecer um pouco da vida pessoal de cada um. Porque foi feito um lanche comunitário e nesse lanche pode ter um pouquinho de noção de como as crianças se alimentam, como é com os pais. Então, assim, foi recíproca a troca, tanto para a equipe com os familiares e as crianças. Assim, as crianças, eu vejo que já tem um bom relacionamento independente do trabalho, do passeio com a equipe. Então, acho que isto facilitou muito e foi assim até muitos participaram mesmo, acho que teve uma falta... acho que por conta disso. Acho que isso é positivo, acho que se não tivesse esse entrosamento com a equipe, eu acho que não seria eficaz. “**P:** Vocês desenvolvem mais alguma atividade de educação em saúde? **E7:** Nesse momento, acontece uma vez por mês as assembléias que é um espaço aberto que agente tem para que eles possam colocar as opiniões, o que eles querem, o que eles gostariam de mudar, o que eles gostariam que acontecesse e, há algum tempo atrás agente tentou fazer educação em saúde montando uma assembléia de familiares, mas agente não teve muito sucesso devido a baixa aderência das famílias”.

De acordo com Iglesias e Dalbello-Araújo (2011) pode-se compreender promoção em saúde de duas diferentes formas. A primeira proposta, defendida por Leavell e Clark (*apud* Iglesias e Dalbello-Araújo, 2011) é sinônimo de prevenção primária, relaciona-se a fatores ligados a doenças; em que é papel do profissional transmitir conhecimentos técnicos para manter as pessoas livres das doenças. Concepção esta que pode ser vista nos seguintes trechos: “**P:** O que é o profissional educar em saúde? **E1:** Ah... É um trabalho feito assim, que nem no caso que tá tendo. Ah, educando em saúde é o tratamento, a adesão”. “**P:** Você poderia me dar algum exemplo de quando você falar “educar para prevenção de doenças? **E4:** Sim, tipo para

escabiose, o piolho; higiene; HIV, especialmente o uso de camisinha; gravidez, uso de anticoncepcional. Preventivas, assim... dando palestras é... folder e educação. Que nem no posto de saúde porque aqui não dá né. Em outros postos você vai, agente vai pegar o indivíduo como um todo, não só naquela sua área. Vai educar na saúde básica, cuidados pessoais, higiene, lavar as mãos. Eu acho que são cuidados básicos que dá para prevenir e, que seria uma educação de saúde.” “**P**: O que você compreende por educação em saúde? **E8**: Educação e saúde para mim é... além do profissional em saúde ter a noção do que é educação, porque muitos não sabem – eles sabem atuar no trabalho dele, no trabalho específico, na maioria das vezes como técnico. Acho que a educação em saúde, precisa ter a capacitação desse funcionário no que é educar, o que é levar educação, para que serve a educação. Porque muitas vezes, as pessoas acham que a educação só está no âmbito familiar, que educação está dentro da família. Então, a educação em saúde é o profissional estar capacitado a educar, a transmitir informação, ou seja, a informação que ele tem, ele leva ao público alvo dele, a comunidade em que ele tá inserido para trabalhar os aspectos de saúde e doença. Para mim, é isso educação”.

Fica clara a perspectiva filosófica individualista que condiciona a saúde e o bem-estar das pessoas a fatores individuais, deixando de abordar as questões sociais que envolvem a vida destes sujeitos. Tal perspectiva desconsidera a importância da ação conjunta para a construção de condições de vida favoráveis à saúde. (IGLESIAS, DALBELLO-ARAÚJO, 2011, p. 295)

A segunda proposta, de acordo com Iglesias e Dalbello-Araújo (2011) equipara promoção da saúde com educação em saúde e, promove saúde com a participação de profissionais de saúde e comunidade.

As ações educativas não são direcionadas à transferência de conhecimento, mas à criação das possibilidades para sua produção e construção nos espaços de debate e discussão de ideias para a resolução de problemas. Nesse movimento, os sujeitos são vistos como cidadãos portadores de direitos, e não como pessoas que devem ser ajudadas, socializadas e treinadas. (IGLESIAS, DALBELLO-ARAÚJO, 2011, p. 295)

Esta concepção aparece na fala de um entrevistado: “**P**: Essas ações, nesse momento, estão voltadas para os pacientes ou familiares? **E7**: Nesse momento, acontece uma vez por mês as assembleias que é um espaço aberto que agente tem para que eles possam colocar as opiniões, o que eles querem, o que eles gostariam de mudar, o que

eles gostariam que acontecesse e, há algum tempo atrás agente tentou fazer educação em saúde montando uma assembléia de familiares, mas agente não teve muito sucesso devido a baixa aderência das famílias”.

Percebe-se uma ausência de qualquer referência à política por parte dos entrevistados. Não há, pode-se dizer, através dos *discursos* contidos nas entrevistas, a compreensão do trabalho em equipe enquanto atuação política dos profissionais envolvidos (gestores, poder público, profissionais de saúde) ou do papel político dos usuários. O silêncio político pode ser o resultado de uma estrutura ideológica de dominação, em que “o dominador não tem outro caminho senão negar às massas populares a práxis verdadeira”. (FREIRE, 1987, p. 71). O processo de melhora (de humanização) dos problemas referentes à saúde tem de passar por uma práxis libertadora e pelo diálogo fundado na “co-laboração” (termo cunhado por Paulo Freire em *Pedagogia do oprimido*). Como ressaltado anteriormente, a saúde deixa de ser uma construção individual para tornar-se uma produção coletiva e política, um processo que se dá (e se dará) *processualmente*.¹³

Os processos de produção de saúde se fazem numa rede de relações que, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder e por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas, requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde que não cabem mais na redução do binômio queixa-conduta. Envolver-se com a produção do cuidado em saúde nos “lança” irremediavelmente no campo da complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, onde a opção excludente por um dos pólos não se sustenta para a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde. Deste modo, construir um processo de formação para trabalhadores de saúde implica estarmos atentos a esta complexidade e fazermos escolhas teórico-metodológicas que expressem um campo de interlocução entre os saberes, indissociado de um método, de um modo de fazer a formação. (PINHEIRO, 2010, p. 15)

Frente à análise dos dados coletados chegou-se a algumas considerações que complementam o trabalho no próximo item.

¹³ Ver “Constituição Federal de 1988, SEÇÃO II: DA SAÚDE, Artigo, 196”.

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do objetivo proposto inicialmente de investigar se há prática interdisciplinar no atendimento dos profissionais da saúde; se os profissionais estão cientes do que é educação em saúde e seus papéis como educadores em saúde considera-se que ainda há, por parte de alguns profissionais, uma confusão quanto ao papel de educador em saúde dentro de uma equipe interdisciplinar. Entende-se, pautada nas idéias de Paulo Freire, que: 1) o profissional da saúde deve ser aquele que se constitui enquanto pessoa, não apenas comprometido com teorias ou idéias, mas, sobretudo, comprometido com a vida e com o pensar sobre a vida, mergulhado na realidade e partindo dela; 2) como um esforço pessoal e coletivo de instaurar e promover uma prática organizada de promoção e reflexão do seu papel de profissional da saúde diante da comunidade em que se encontra: é o esforço de reconhecer seu potencial transformador. Todos são chamados, ou ao menos provocados de alguma forma, a optarem, decidirem e se comprometerem com a realidade

A pesquisa mostrou que, na maioria dos profissionais de saúde, predomina a concepção de promoção/educação em saúde como sinônimo de prevenção primária, sendo que o objetivo do profissional de saúde seria transmitir conhecimentos técnicos aos usuários dos serviços de saúde. A segunda concepção, que considera promoção em saúde como sinônimo de educação em saúde, com a participação ativa de profissionais de saúde e comunidade aparece, mas ainda em um discurso tímido da minoria dos profissionais entrevistados. A timidez do discurso da maioria dos profissionais tem sua origem no próprio movimento de produção de saberes e práticas da saúde, no movimento histórico em que se encontram inseridos, estimulando-os a se submeterem, sem consciência crítica, diante das condições que os constituem como profissionais da saúde. Mas, acredita-se que devem encontrar nas dificuldades o estímulo necessário ao enfrentamento dos desafios para a promoção da humanização do sistema de saúde no Brasil e, resgatarem a crença na capacidade coletiva e dialógica (sem eliminar os conflitos e as diferenças resultantes das múltiplas maneiras de apreender a realidade) de problematizar a realidade e, jamais pelo isolamento, reassumirem a capacidade de renovar e revitalizar as condições de diálogo. Afinal, a realidade é projeto de vida e qual é a vida que se quer defender por meio da prática de promoção a saúde que se tem hoje?

No entanto, ao mesmo tempo, na fala de alguns profissionais aparecem ações nos setores, que ainda estão isoladas, que objetivam educar em saúde com a participação ativa da comunidade. Apesar destas ações, a maioria dos profissionais ainda apresenta uma concepção superficial do seu papel político de educador social.

Com relação aos espaços de reuniões em equipe, a pesquisa mostrou que os profissionais consideram este um potencial espaço para aprimorar os estudos teóricos sobre saúde e educação. Ao mesmo tempo, os relatos mostram as dificuldades de se trabalhar em equipe, concomitantemente com o fato de considerarem o diálogo como elemento fundamental para que ocorra verdadeiramente o trabalho em equipe.

Considera-se que as entrevistas semi-estruturadas se tornaram um disparador para reflexão e questionamento por parte de alguns profissionais do que seria o trabalho educação sociocomunitária dentro da saúde.

Esta pesquisa mostrou-nos as concepções e as experiências de educação em saúde de equipes do setor de saúde do município de Leme. Considera-se que o trabalho de dissertação abriu espaço para debates acerca de educação em saúde nas equipes pesquisadas do CAPS e CIED; bem como outros setores do município que almejem seguir a proposta de educação sociocomunitária que vai ao encontro do Sistema Único de Saúde. Para que o assunto seja pauta de debates, seria adequado o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o assunto estudado e discussões teóricas com as equipes entrevistadas. Mas, acima de tudo, este trabalho quis mostrar que será a partir do mundo vivido pelos profissionais de saúde (deste mundo, desta realidade que é a matéria prima para o trabalho de *humanização*) e por aqueles que buscam seus serviços é que a intersubjetividade, com todos os seus desafios, a atitude (corajosa) crítica e a possibilidade de *reconstruir* poderão encontrar espaço concreto no movimento histórico das práticas e dos saberes da área de saúde em nosso país que incessantemente constroem-se dia a dia. O diálogo não é apenas sustentado por palavras, mas pela *praxis*, não necessariamente por grandes revelações ou grandes atos revolucionários, mas pela transformação diária da apreensão de si, do outro e de seu entorno. Afinal, existir é tomar posições!

Referências bibliográficas

ABC do SUS. In: *BRASIL, Ministério da Saúde*. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

ABUHAB, D. (et al). O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Ver. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2005 dez; 26(3): 369-80. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4567>. Acesso em: 15 jul 2011.

ALBUQUERQUE, C. M. S; OLIVEIRA, C. P. F. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*, 25, 2002. Disponível em: www.ipv.pt/millenium/millenium_25/25_27.htm. Acesso em 8/5/11. Acesso: 2 de jan de 2011.

ALMA-ATA. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 5 de fev de 2011.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde: Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. In: *Comunic, Saúde, Educ*. V9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), p. 455-464, 2007.

BACKES, D. S; LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. *Texto Contexto Enferm*; Florianópolis, v. 14, n. 3, Sept. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de mai de 2011.

BARBOSA, M.C. Efeito do treino discriminativo de eventos privados e públicos no controle do diabetes: intervenção educativa. Goiânia, 2005. 98 p. *Dissertação de mestrado apresentada* ao Programa de Pós- Graduação em Ciências Ambientais & Saúde da Universidade Católica de Goiás,

BRASIL, Ministério da Saúde. Brasil. 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 : Ministério da Saúde, 2009.

_____. *Caderno de Educação popular e saúde*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília. 2007. 160 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 64 p. (Série B: *Textos Básicos de Saúde*) (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 9).

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação que produz saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. A educação permanente na saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Sec. De Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios). Educação em Saúde.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 25 de jul 2011

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, nº 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100014&script=sci_arttext. Acesso em: 7 fev 2011.

_____. Promoção de saúde da família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 2, nº 6, p. 50-60, 2002.

Caderno de Debate Educação Popular e Saúde. Grupo de Pesquisa Educação Popular. Saúde e Cidadania. Centro de Ciências da Educação. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000. Disponível: <http://www.gices-sc.org/Edu.pdf>. Acesso em 6 jul 2011

CAMOSSA, A. C. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. Dissertação (Mestrado em

alimentos e nutrição) Universidade Estadual Paulista. Araraquara, 2010. 202 p.
Disponível em:

www.fcfar.unesp.br/posgraduacao/alimentosenutricao/Disertacao/2010/AnaCristinado.pdf. Acesso: 12 jun 2011.

CAMOSSA, D. A; CARO, S. M. P. Assembléia de usuários do CAPS: uma proposta de educação sócio comunitária. *Revista de Ciências da Educação*, ano 11, n 21, Unisal, 2009. Disponível em: http://www.am.unisal.br/pos/Stricto-Educacao/revista_ciencia/EDUCACAO_21.pdf. Acesso: 20 jul 2011.

CAMPOS, G. W. S. (et al). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CARO, S. M. P. Os fundamentos da educação social para uma educação sócio-comunitária. *Revista de Ciências da Educação*, ano 08, n 15, Unisal, 2006.
CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Seção II. DA SAÚDE. Art. 196. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf. Acesso em 2 jul 2011.

CHAVES, M. M. *Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor de saúde*. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: http://www.wservices.srv.br/public/projetos/a1educar/UserFiles/files/TRANS_TRANS_DISCIPLINARIDADE%20E%20complexidade%20NA%20SAUDE.pdf. Acesso em: 13 de março de 2012.

COELHO, C. R; WECHSLER, A.; AMARAL, V. L. A. R. Dizer e fazer: a prática de exercícios físicos em portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. bras.ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 10, n. 1, jun. 2008 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452008000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 5 ago 2011.

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>. Acesso em 15 mai de 2011.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental* – ano V – nº 8 – Barbacena – jun. 2007 – p. 107-124. Disponível: bvsaud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf. Acesso em 21 ago de 2011.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista Sociol. Polít.*, Curitiba, p. 49-71, jun. 2002.

DOMINGUES, I (org). *Conhecimento e transdisciplinaridade II: aspectos metodológicos*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=ZvHgARIP2fIC&oi=fnd&pg=PA12&dq=Conhecimento+e+Transdisciplinaridade+&ots=NheX6rJTd6&sig=iKVAKbqzkv iqw3geCcWrdag0n0#v=onepage&q=Conhecimento%20e%20Transdisciplinaridade&f=false>. Acesso em 11 de mar de 2012.

FAZENDA, I. C. A. *Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro – efetividade ou ideologia*. São Paulo: Loyola, 2002. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=peIJJBFtN4C&oi=fnd&pg=PA7&dq=+ivani+fazenda&ots=tdDFr11smQ&sig=cqGh6AIBMTE7zReOiZCIufr77M#v=onepage&q=ivani%20fazenda&f=false>. Acesso em 11 mar de 2012.

FAZENDA, I. C. A. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas, SP: Papyrus, 1994. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=IESxUJsjE9YC&oi=fnd&pg=PA9&dq=disciplinaridade+ivani+fazenda&ots=-7tUuagmgK&sig=UqVGsLs1SeSZhy5UbEzJTXC1VTA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 11 de mar de 2012.

FEITOSA, S. C. S. Método Paulo Freire: princípios e prática de uma concepção popular de educação. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999. 133 p.

FLEURY-TEIXEIRA, P; VAZ, F. A. C; CAMPOS, F. C. C; ALVARES, J; AGUIAR, R. A. T; OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Sup. 2): 2115-2122, 2008.

FORTUNA, C. M; MISHIMA, S. M; MATUMOTO, S; PEREIRA, M. J. B. O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13(2): 262-8, 2005.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. SP: Edições Loyola, 1996.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em http://www.4shared.com/document/y75PogpA/Pedagogia_do_oprimido.htm.

_____. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).

FREITAS, M. F. Q; SANTOS, Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Jun. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721998000100011>.

GADOTTI, M. O paradigma do oprimido. PTO IX – The 11 Annual *Pedagogy & Theatre of He Opressed* Internacional Conference – Los Angeles, from May 29 though 31, 2005. *Center for Theatre of the Opressed and Paulo Freire Institute*. Disponível em: www.paulofreire.org/pub/Institu/SubInstitucional120302491It003Ps002/O_paradigma_oprimido_2005.pdf. Acesso em: 1 jul 2011.

GARCIA, V. A. O papel da questão social e da educação não-formal nas discussões e ações educacionais. *Revista de Ciências da Educação – UNISAL*. Americana/SP. Ano X – nº 18 – 1º semestre/2008. P. 65-98. Disponível: http://www.am.unisal.br/pos/strictoeducacao/revista_ciencia/EDUCACAO_18.pdf.

Acesso: 29 jan 2011.

GARESCHI, P. Relações comunitárias. Relações de dominação. Em: CAMPOS, R. H. F (org). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. 13 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GATTÁS, M. L. B. *Interdisciplinaridade – formação e ação na área da saúde*. Ribeirão Preto: Holos, Editora, 2006. 200 p.

GATTÁS, M. L. B; FUREGATO, A. R. F. Interdisciplinaridade: uma contextualização. *Acta Paul. Enferm.*, v. 19, n. 3, p. 322-327, 2006.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar./abr. 2005 ou em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf>). Acesso em 16 de nov de 2011.

GOHN, M. G. Educação não formal e o educador social. *Revista de Ciências da Educação*. Unisal, ano X, nº 19, p. 121-140, 2º semestre/2008.

_____. *Educação não formal e cultura política*. São Paulo: Cortez, 1999.

GOMES, P. T. Educação sócio-comunitária: delimitações e perspectivas. *Revista de Ciências da Educação – UNISAL*. Americana/SP. Ano X – Nº 18 – 1º semestre/2008. P. 43-64.

_____. Filosofia e Educação Sócio-Comunitária. *Revista de Ciências da Educação – UNISAL – Americana/SP – Ano IX – nº 17*. 2º semestre/2007, p. 39-48.

HEIDEMANN, I. T. S. B. A promoção de saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2006. 296 p. *Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP*.

IGLESIAS, A; DALBELLO-ARAÚJO, M. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. *Cad. Saúde Colet.*, 2011, Rio de Janeiro, 19 (3): 291-8. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_291-298.pdf. Acesso: 15 nov. 2011.

IRIBARRY, I. N . Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2003, 16(3), p. 483-490.

KELL, M. C. G; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1): 1533-1541, 2010. Disponível: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232010000700065&script=sci_arttext. Acesso em: 3 mai 2011.

LEITE, M. A; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-am Enfermagem* 2005 março-abril; 13(2): 145-50. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 3 mai 2011.

Leme. *Site oficial da Prefeitura Municipal de Leme*. Disponível em: <http://www.leme.sp.gov.br/conhecaleme/index.php>. Acesso em: 26 jun. 2011.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al . Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, dez. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000600009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000600009>

LIMA, P. G; DIAS, I. C. G. Educação não-formal: um intertexto sobre sua caracterização. *Revista de Ciências da Educação*. Ano X, n 19. Unisal, 2008.

Disponível:

http://www.am.unisal.br/pos/StrictoEducacao/revista_ciencia/EDUCACAO_19.pdf#page=141. Acesso em: 15/4/11

LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de ‘transição democrática’ – anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1991, 1 (1). P. 77-96.

MATOS, E; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009, Abr-Jun; 18(2): 338-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>. Acesso em 15 jul. 2011.

MEDEIROS, P. F; BERNARDES, A. G; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, set.-dez. 2005, v. 21, nº 3, p. 263-269.

MENDES, J. M. R; LEWGOY, A. M. B; SILVEIRA, E. C. Saúde e transdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n.1, p. 24-32 jan/jun 2008.

MINAYO, M. C. S. (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23ª. ed. Petrópolis/RJ: Vozes; 2004.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*. São Paulo, v. 1 nº 3, 2º sem/1996.

OLIVEIRA, D. A.; GUEDES, H. H. S. Quando a educação alia-se à saúde: o desenvolvimento da estratégia de educação em saúde nas ações do Núcleo de Atendimento Especializado à criança escolar – NEACE/LESTE. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 110-138, jan – jun/2008. Disponível: www.uflf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigos_06_8.pdf. Acesso em 6 de jun de 2011.

OLIVEIRA, M. W. Educação popular e saúde. *Rev. Ed. Popular*, Uberlândia, v. 6, p. 73-83. Jan. /dez. 2007.

OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multidisciplinar. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(4): 723-33. Disponível: www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/25pdf. Acesso em: 3 mai 2011.

OLIVEIRA, D.L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 maio-junho; 13(3):423-31. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>. Acesso em: 5 mai 2011.

PINHEIRO, R. *et al*. Modos de formar, modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010, pp 14-27

PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007, 208 p.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciência e Cognição*, v. 8, p 68-87, jul. 2006. Disponível em: www.cienciasecognicao.org. Acesso em: 3 abr de 2011.

Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf.

QUEIROZ, Marcos S. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

RIBEIRO, P.G. Diabetes tipo 1: práticas educativas maternas e adesão infantil ao tratamento. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004. 115 p.

ROMANS, M; PETRUS, A; TRILLA, J. *Profissão educador social*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTANA, J. P; CAMPOS, F. E; SENA; R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde CADRAU. s/d. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf. Acesso em 15 de jun de 2011.

SAUPE, R; CUTOLO, L. R. A; WENDHAVSEN, A. L. P; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* v. 9, n. 18, p. 521-36, set/dez 2005.

SCHERER, M. D. A; PIRES, D; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 43(4): 721-725, 2009.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SEGRE, M; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde *Ver. Saúde Pública*, 31 (5), 1997. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/v31n3/2334.pdf. Acesso em: 5/ jul. 2011.

TAKAHASHI, O. C *et al.* Atendimento ambulatorial interdisciplinar ao paciente diabético. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, 1993, v. 6, nº 1/4, p. 43-47.

TAVARES, C. M. A; MATOS, E; GONÇALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2005 Abr-Jun; 14(2): 213-21.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Publicado em *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS- UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111. Disponível em <http://www.corposem.org/rizoma/acolhiconversa.htm>. Acesso em 17 de nov de 2011.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. *SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde*. IESUS, VII (2), Abr/Junh, 1998, pp. 07-28. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.

_____. Surgimento, crise e redefinição da educação popular em saúde. (s.d.) Disponível em: www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20070516222646.doc. Acesso em 1 de jul 2011.

8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em: conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatório_8.pdf. Acesso em 2 jul 2011.

ANEXOS

ANEXO 1 - DADOS CADASTRAIS DO PARTICIPANTE

1. Iniciais do nome:

2. Sexo:

3. Idade:

4. Categoria profissional:

5. Ano da formação profissional em que atua:

6. Fez ou faz pós- graduação?

7. Se sim, em que ano e qual(is)?

8. Unidade de saúde em que atua?

9. Já trabalhou em outra unidade de saúde?

10. Se sim, qual(is)?

11. Há quanto tempo atua nesta unidade de saúde?

12. Tem alguma formação específica na área de educação em saúde?

ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual a concepção que você tem de saúde?
2. O que você entende por educação em saúde?
3. Você considera que o trabalho na sua unidade de saúde deve ser feito em equipe? Por quê?
4. Como você definiria a proposta de trabalho em equipe interdisciplinar?
5. Como é desenvolvido o trabalho em equipe nesta unidade?
6. Como você vê a relação do usuário do serviço com os profissionais da equipe?
7. Quais são as maiores dificuldades e facilidades que você observa para que ocorra o trabalho em equipe?
8. Você conhece a proposta do governo federal de educação popular em saúde? Se sim, quais considerações você tem para fazer sobre a proposta?
9. O que a sua unidade de saúde já realizou na área de educação em saúde?
10. Como você avalia a efetividade destas ações?
11. Quais são as perspectivas do serviço com relação a educação em saúde?
12. Sob o seu ponto de vista, como a realidade da instituição em que você atua poderia ser melhorada?
13. Há algo que você gostaria de acrescentar?