



**UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA -**  
**RENASF**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF**

**ELIZABETE GONÇALVES MAGALHÃES FILHA**

**RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS**  
**NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CRATO –**  
**CE 2016**

**ELIZABETE GONÇALVES MAGALHÃES FILHA**

**RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Regional do Cariri (URCA).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ariza Maria Rocha

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde

**CRATO – CE**

**2016**

Magalhães Filha, Elizabete Gonçalves.  
M188r Reconstrução de saberes e práticas educativas na  
estratégia saúde da família/ Elizabete Gonçalves Magalhães  
Filha. – Crato-CE, 2016  
261p.; il.

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca  
de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da  
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF),  
Universidade Regional do Cariri – URCA; Área de  
Concentração: Saúde da Família  
Linha de Pesquisa: Educação na Saúde  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ariza Maria Rocha

1. Educação em Saúde; 2. Educação da População;  
3. Estratégia  
Saúde da Família; I. Título.

ELIZABETE GONÇALVES MAGALHÃES FILHA

**RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Regional do Cariri, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



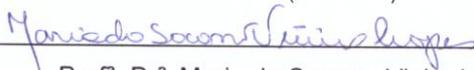
Profª. Drª. Ariza Maria Rocha - URCA

(Orientador)



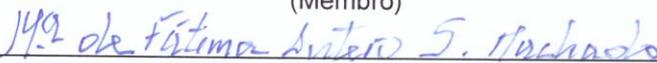
Profª. Drª. Alissan Karine Lima Martins - URCA

(Membro)



Profª. Drª. Maria do Socorro Vieira Lopes - URCA

(Membro)



Profª. Drª. Maria de Fátima Antero Sousa Machado - URCA

(suplente)

Crato, 14 de outubro de 2016.

Dedico este construto com carinho e admiração,  
Ao mestre Paulo Freire, patrono da educação,  
Que lançou a semente do diálogo e da reflexão,  
Instigando a ensinar e aprender com participação,  
Lutando com alegria e amor no coração,  
E hoje colhe os frutos do conhecimento e libertação.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus,  
Pelo esplendor da criação,  
Por fazer-me enxergar nas pequenas  
coisas, O seu poder e imensidão,  
Por fortalecer-me nas minhas buscas,  
Derramando-me bênçãos e iluminação.

Aos meus pais, Aldecob e Elizabete,  
Por concederem-me a existência,  
Por instruírem-me com amor,  
Cuidarem de mim com paciência,  
Guiarem-me para o caminho do bem  
Com honestidade e persistência.

Aos meus irmãos, Aldebete, Nefertiti e Aldecob Filho,  
Pelo estímulo e afeição,  
Por escutarem meus anseios,  
E auxiliarem-me na decisão,  
Com simplicidade e respeito,  
Demonstrando laços fraternos de união.

Ao meu amor, Mário, Pelo  
afeto e cumplicidade,  
Por brindar comigo minhas vitórias, E  
estar ao meu lado nas dificuldades,  
Permeiar meu caminho de alegria,  
Construindo comigo o amor e a felicidade.

Aos meus familiares e amigos,  
Por acreditarem no meu potencial,  
Incentivarem-me a seguir adiante,  
Por levantarem meu astral,  
Alegrarem-se com minhas conquistas,  
Demonstrando por mim carinho descomunal.

Aos meus amigos e companheiros de estudos,  
Lívia, Leilany, Moacir, Rosa Maria,  
Fernanda, Anailza, Viviane, Geórgia e Virgínia,  
Por compartilharem experiências e talentos,  
Foram tantas inquietações e conhecimentos,  
Que fizeram brotar em nós grandes sentimentos.

A todos os professores,  
Na pessoa do professor Antônio Germane Alves Pinto,  
Por contribuírem com a minha formação,  
Mostrarem-me novos caminhos,  
Para o desbravamento do saber,  
Participando, pesquisando e intervindo.

À professora Ariza Maria Rocha,  
Pela compreensão e paciência, Por  
acreditar na minha capacidade  
Quando eu duvidava de minha competência,  
Pelos ensinamentos e orientação  
Pela parceria e excelência.

À banca examinadora, professoras Alissan Karine Lima Martins,  
Maria do Socorro Vieira Lopes e Maria de Fátima Antero Sousa  
Machado, Pela generosidade e atenção,  
Por contribuírem com esse construto,  
Fazendo dele uma excelente dissertação,  
A vocês meu respeito e imensurável admiração.

À Universidade Regional do Cariri,  
À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família,  
Na pessoa da professora Maria de Fátima Antero Sousa  
Machado, Por esse mestrado que mudou minha vida,  
Que fez renascer a paixão e a vontade  
De continuar atuando na Estratégia Saúde da Família.

À Secretaria Municipal de Saúde  
Da cidade de Juazeiro do Norte,  
Na pessoa de Joana Berenice Garcia  
Leite, Pela liberação concedida,  
Para dedicar-me ao mestrado  
E tornar-me profissional mais instruída.

À minha equipe da ESF,  
Pelo apoio e participação,  
Por embarcarem comigo,  
Nessa ressignificação e reconstrução,  
De nossas práticas educativas,  
Primando pelo diálogo e reflexão.

À comunidade onde atuo como Enfermeira,  
Que me faz compreender,  
Que não existe ato maior,  
Que ensinar e aprender,  
Com esperança e amor,  
A libertação vai resplandecer.

“Educação não transforma o mundo.  
Educação muda as pessoas.  
Pessoas transformam o mundo.”  
(Paulo Freire)

## RESUMO

A Educação Popular em Saúde potencializa as práticas educativas na Estratégia Saúde da Família (ESF) por apresentar referencial caracterizado pelo diálogo, proporcionar humanização através da compreensão integral do ser humano, possuir matrizes pedagógicas participativas e problematizadoras apropriadas à formação de atores sociais empoderados e conscientes. Apresentou como objetivo ressignificar as práticas educativas em saúde da ESF, fundamentadas na Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Possui abordagem qualitativa, tratando-se de uma Pesquisa-intervenção, desenvolvida em março de 2016 na Unidade Básica de Saúde 33, Juazeiro do Norte-CE. Foram realizados três Círculos de Cultura para coleta de informações e intervenção. Contou com dez participantes: Médico, Técnica de Enfermagem, Agente Administrativa, Auxiliar de Serviços Gerais e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS); ressalta-se que a Enfermeira atuou como facilitadora. Utilizou-se para registro: filmagens, fotografias e observação estruturada; as informações foram ordenadas, classificadas e analisadas de acordo com o referencial teórico. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri sob o Parecer Nº 1.437.752. Quanto aos saberes e práticas acerca de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde no âmbito da ESF encontravam-se permeados pela educação autoritária e pela populista, perpetuando o caráter prescritivo para evitar doenças e ter saúde, convencendo o indivíduo de que faz parte do processo educativo; reconheciam a importância da educação dialógica libertadora, mas desconheciam os métodos e procedimentos para desenvolverem-na; percebiam que o modelo biomédico ainda vigorava na ESF, apontando a atuação sobre os determinantes sociais como imprescindíveis para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população; compreendiam o modelo centrado na pessoa como aquele que enxerga a pessoa doente e não a doença, percebendo os avanços proporcionados pela ESF, porém reconheciam a necessidade de transformação de mentalidades e comportamentos para reorganização do processo de trabalho sob essa perspectiva. Ao aproximar e trabalhar os princípios orientadores da PNEPS-SUS (diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático popular) com os trabalhadores de saúde percebeu-se que alguns aspectos eram desenvolvidos

intuitivamente no cotidiano da ESF, que apresentavam interesse em conhecer e sugestões de como sistematizá-los nas práticas educativas. Foi identificado o conhecimento e experiências dos participantes acerca das Técnicas Pedagógicas Participativas: vivenciais (descontração/animação, relaxamento, integração e formação participativa); atuação e musicalidade (apresentação teatral/teatro de bonecos, dança, repente e paródia musical); audiovisuais (filme/vídeo e exposição dialogada/roda de conversa); e visuais (recorte e colagem/produção de painel, desenho/pintura, texto/narrativa, cordel/poesia e panfleto/jornal), servindo como guia para o plano de ativação de mudanças das práticas educativas na ESF. O plano foi elaborado em formato de Oficinas, considerando a realidade dos sujeitos, saberes e vivências, interação científica e popular, desafios e possibilidades que circundam a comunicação, a criatividade e a habilidade, ressaltando o papel do trabalhador de saúde enquanto protagonista de práticas dialógicas-libertadoras. Considera-se que esse estudo proporcionou ressignificação das práticas educativas em saúde, potencializou a institucionalização da PNEPS-SUS e que o plano é importante ferramenta para reconstrução do processo de trabalho educativo na ESF.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Educação da População e Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Popular Health Education enhances the educational practices in the Family Health Strategy (FHS), by presenting benchmark characterized by dialogue, by providing humanization through understanding of human being, and by having pedagogical and problematizing matrix appropriated to formation of empowered and aware social actors. It presented as objective to resignify the educational practices in health of the FHS, based on National Popular Health Education Policy (PNEPS-SUS). It has a qualitative approach, in the case of a research-intervention, developed in March 2016 at Basic Health Unit 33 in Juazeiro do Norte-CE. It was performed crop circles for gathering information and intervention. It had participation of ten subjects: the Doctor, the Nursing technique, the Administrative Agent, the General Services Assistant and six Community Health Agents (CHS); It should be noted that the Nurse acted as a facilitator. For the record it was used: filming, photography and structured observation; the information was sorted, classified and analyzed according to the theoretical referential. It was approved by the Research Ethics Committee of the Regional University of Cariri under opinion nº 1,437,752. As for knowledge and practices about Health Education/Health Popular Education in the FHS, they were permeated by the authoritarian and populist education, perpetuating the prescriptive character to avoid diseases and have health, convincing the individual that it is part of the educational process; they recognized the importance of the liberating dialogical education, but they were unaware about methods and procedures to develop it; they realized that the biomedical model still existed in the FHS, pointing the action on social determinants as indispensable for the promotion of health and improving the population quality of life; they understood the model centered on the person as one who sees the sick person and not the disease, perceived the advances provided by the FHS, but recognized the need for transformation of mindsets and behaviors to work process reorganization from this perspective. When approaching and working on the guiding principles of PNEPS-SUS (dialogue, loveliness, problematization, shared construction of knowledge, empowerment and commitment to building the democratic popular project) with the health workers, it was noticed that some aspects were developed intuitively in the everyday life of the FHS, which showed interest in knowing and suggestions of how to systemize them in educational practices. It was identified by the participants ' knowledge and experiences about Participatory

Teaching Techniques: experiential (fun/animation, relaxation, integration and participatory training); performance and musicality (theatrical presentation/puppet theater, dance, improvisation and musical parody); audiovisual (film/video and exposure through dialogue/conversation circle); and visuals (cut and pasting/Panel production, drawing/painting, text/narrative, cordel/poetry and pamphlet/newspaper), serving as a guide for the activation of plan changes in educational practices at FHS. The plan was composed through workshop formats, considering the reality of the subjects, knowledge and experiences, scientific and popular interaction, challenges and possibilities that surround communication, creativity and skill, highlighting the role of health worker as protagonist of dialogical liberating practices. It is considered that this study provided resignification of the educational practices in health, enhanced the institutionalization of PNEPS-SUS and that the plan is an important tool for reconstructing the process of educational work in the FHS.

Keywords: Health Education, Popular Health Education, Family Health Strategy.

## LISTA DE TABELAS

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Tabela 01 | Caracterização dos artigos de acordo com o ano, modalidade, abordagem, instrumentos/técnicas e número de autores | 32 |
| Tabela 02 | Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, periódicos, base de dados e categorias temáticas       | 33 |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|               |  |     |
|---------------|--|-----|
| Fotografia 01 | Estátua do Padre Cícero, Juazeiro do Norte (CE).....               | 63  |
| Figura 01     | Educação tradicional ou autoritária (A) .....                      | 72  |
| Figura 02     | Educação tradicional ou autoritária (B) .....                      | 74  |
| Figura 03     | Educação populista ou manipulatória (A).....                       | 78  |
| Figura 04     | Educação populista ou manipulatória (B).....                       | 80  |
| Figura 05     | Educação dialógica-libertadora (A) .....                           | 84  |
| Figura 06     | Educação dialógica-libertadora (B) .....                           | 86  |
| Figura 07     | Modelo biomédico ou centrado na doença (A) .....                   | 87  |
| Figura 08     | Modelo biomédico ou centrado na doença (B) .....                   | 89  |
| Figura 09     | Determinantes Sociais da Saúde (A).....                            | 91  |
| Figura 10     | Determinantes Sociais da Saúde (B).....                            | 94  |
| Figura 11     | Modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa (A).....              | 99  |
| Figura 12     | Modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa (B).....              | 100 |
| Figura 13     | Diálogo (A).....   | 102 |
| Figura 14     | Diálogo (B).....   | 107 |
| Figura 15     | Amorosidade (A) .....  | 109 |
| Figura 16     | Amorosidade (B) .....  | 111 |
| Figura 17     | Problematização (A) .....  | 114 |
| Figura 18     | Problematização (B) .....  | 116 |
| Figura 19     | Construção compartilhada do conhecimento (A) .....                 | 118 |
| Figura 20     | Construção compartilhada do conhecimento (B) .....                 | 120 |
| Figura 21     | Emancipação (A) .....  | 122 |
| Figura 22     | Emancipação (B) .....  | 125 |
| Figura 23     | Compromisso com a construção do projeto democrático<br>popular (A) | 127 |
| Figura 24     | Compromisso com a construção do projeto democrático<br>popular (B) | 130 |
| Figura 25     | Descontração/ Animação .....                                       | 135 |
| Figura 26     | Relaxamento.....   | 137 |
| Figura 27     | Integração .....   | 139 |
| Figura 28     | Formação participativa .....                                       | 141 |
| Figura 29     | Apresentação Teatral.....  | 144 |
| Figura 30     | Teatro de bonecos .....  | 145 |
| Figura 31     | Dança.....   | 147 |
| Figura 32     | Repente .....  | 151 |
| Figura 33     | Paródia Musical .....  | 152 |
| Figura 34     | Filme/ Vídeo.....  | 155 |
| Figura 35     | Exposição dialogada .....  | 156 |
| Figura 36     | Exposição dialogada com roda de conversa .....                     | 157 |
| Figura 37     | Recorte e colagem.....   | 160 |
| Figura 38     | Produção de painel .....   | 161 |
| Figura 39     | Desenho/ Pintura .....   | 163 |
| Figura 40     | Texto/ Narrativa.....  | 164 |
| Figura 41     | Cordel/ Poesia.....  | 165 |
| Figura 42     | Panfleto/Jornal .....  | 167 |

## LISTA DE QUADROS

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| Quadro 01 | Plano de ativação de mudanças das práticas educativas em Saúde na ESF                | 170 |
| Quadro 02 | Quem sou eu e o que espero do encontro?.....   | 171 |
| Quadro 03 | Como aconteceu meu processo de aprendizagem? .....                                   | 172 |
| Quadro 04 | Como percebo as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas na minha ESF?            | 173 |
| Quadro 05 | Quais perspectivas para as práticas de Educação em Saúde no âmbito da ESF?           | 174 |
| Quadro 06 | Avaliando nossa trajetória: pontos positivos, negativos e perspectivas               | 176 |
| Quadro 07 | Embarcando na comunicação.....   | 176 |
| Quadro 08 | Comunicação nossa de cada dia.....   | 178 |
| Quadro 09 | Desenvolvendo habilidade para ensinar/aprender: criatividade e expressões artísticas | 179 |
| Quadro 10 | Técnicas Pedagógicas Participativas: construindo o conhecimento                      | 180 |
| Quadro 11 | Práticas educativas participativas: raízes, folhas e frutos.....                     | 181 |
| Quadro 12 | Cerimonial da participação, união e cooperação .....                                 | 182 |
| Quadro 13 | Conhecimento científico e conhecimento popular: opostos ou complementares?           | 184 |
| Quadro 14 | Cidadania, participação social e saúde: o que temos e o que queremos?                | 185 |
| Quadro 15 | Planejar ou improvisar: decisão que teremos que tomar! .....                         | 186 |
| Quadro 16 | Esse não é o final: apenas começamos .....   | 188 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|              |  |
|--------------|--|
| CNS          | Conferência Nacional de Saúde                                  |
| SUS          | Sistema Único de Saúde   |
| APS          | Atenção Primária à Saúde                                       |
| PSF          | Programa Saúde da Família                                      |
| PACS         | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                      |
| AB           | Atenção Básica   |
| MS           | Ministério da Saúde  |
| GM           | Gabinete Ministerial   |
| ESF          | Estratégia Saúde da Família                                    |
| PNAB         | Política Nacional da Atenção Básica                            |
| ACS          | Agentes Comunitários de Saúde                                  |
| PNEPS-SUS    | Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS          |
| UBS          | Unidade Básica de Saúde  |
| RENASF       | Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família                  |
| URCA         | Universidade Regional do Cariri                                |
| BVS          | Biblioteca Virtual em Saúde                                    |
| LILACS       | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde   |
| MEDLINE      | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> |
| SciELO       | <i>Scientific Electronic Library Online</i>                    |
| UVA          | Universidade Estadual Vale do Acaraú                           |
| AIDS         | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                         |
| SESP         | Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública                |
| EUA          | Estados Unidos da América                                      |
| OMS          | Organização Mundial de Saúde                                   |
| NOBs         | Normas Operacionais Básicas                                    |
| NOAS         | Normas Operacionais de Assistência à Saúde                     |
| ANEPS        | Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde              |
| REPS         | Rede de Educação Popular e Saúde                               |
| PEP          | Política de Educação Permanente                                |
| SGEP         | Gestão Estratégica e Participativa                             |
| ParticipaSUS | Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS |
| CNEPS        | Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde                   |
| ABRASCO      | Associação Brasileira de Saúde Coletiva                        |
| CIT          | Comissão Intergestores Tripartite                              |
| PET-Saúde    | Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde                |
| UNICAMP      | Universidade Estadual de Campinas                              |
| PUC-SP       | Pontifícia Universidade Católica de São Paulo                  |
| ESB          | Equipes de Saúde Bucal   |
| NASF         | Núcleos de Apoio à Saúde da Família                            |
| CRES         | Coordenadoria Regional de Saúde                                |
| UPA          | Unidade de Pronto Atendimento                                  |
| SAMU         | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                       |
| CEREST       | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador                   |
| CEO          | Centro de Especialidades Odontológicas                         |
| CAPS         | Centro de Atenção Psicossocial                                 |
| HAS          | Hipertensão Arterial Sistêmica                                 |
| DM           | <i>Diabetes Mellitus</i>                                       |
| CNS          | Conselho Nacional de Saúde                                     |

|        |  |
|--------|--|
| CEP    | Comitê de Ética em Pesquisa  |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                         |
| PNCTIS | Política Nacional de Conhecimento Tecnológico de Inovação em Saúde |
| CAPs   | Caixas de Aposentadoria e Pensões                                  |
| IAPs   | Institutos de Aposentadorias e Pensões                             |
| INPS   | Instituto Nacional de Previdência Social                           |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência Social                             |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social     |
| PIASS  | Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento          |
| AIS    | Ações Integradas de Saúde  |
| SAME   | Serviço de Atendimento Médico Especializado                        |
| DDS    | Determinantes Sociais da Saúde                                     |
| CSDH   | Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde                      |
| CNDSS  | Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde             |
| PNPS   | Política Nacional de Promoção da Saúde                             |
| RAS    | Rede de Atenção à Saúde  |
| UFPB   | Universidade Federal da Paraíba                                    |
| ISTs   | Infecções Sexualmente Transmissíveis                               |
| RCP    | Ressuscitação Cardíaca e Pulmonar                                  |
| LDB    | Lei de Diretrizes e Bases  |
| PNPS   | Política Nacional de Participação Social                           |

## SUMÁRIO

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>20</b>  |
| <b>2</b>   | <b>OBJETIVOS</b> .....  | <b>30</b>  |
| <b>2.1</b> | <b>Objetivo geral</b> .....   | <b>30</b>  |
| <b>2.2</b> | <b>Objetivos específicos</b> .....  | <b>30</b>  |
| <b>3</b>   | <b>REVISÃO LITERÁRIA</b> .....  | <b>31</b>  |
| <b>3.1</b> | <b>Evolução histórica e bases conceituais da Educação em Saúde/<br/>Educação Popular em Saúde</b> ..... | <b>34</b>  |
| <b>3.2</b> | <b>Saberes e práticas da Educação em Saúde/ Educação Popular<br/>em Saúde</b> .....                     | <b>39</b>  |
| <b>4</b>   | <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | <b>45</b>  |
| <b>4.1</b> | <b>Breve bibliografia de Paulo Freire</b> .....   | <b>45</b>  |
| <b>4.2</b> | <b>Princípios orientadores da PNEP-SUS</b> .....  | <b>47</b>  |
| 4.2.1      | Diálogo .....   | 47         |
| 4.2.2      | Amorosidade .....   | 51         |
| 4.2.3      | Problematização .....   | 53         |
| 4.2.4      | Construção compartilhada do conhecimento .....  | 55         |
| 4.2.5      | Emancipação .....   | 57         |
| 4.2.6      | Compromisso com a construção do projeto democrático e<br>popular .....                                  | 58         |
| <b>5</b>   | <b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....  | <b>60</b>  |
| <b>5.1</b> | <b>Tipo de estudo</b> .....   | <b>60</b>  |
| <b>5.2</b> | <b>Cenário da intervenção</b> .....   | <b>63</b>  |
| <b>5.3</b> | <b>Participantes</b> .....  | <b>65</b>  |
| <b>5.4</b> | <b>Estratégias e procedimentos</b> .....  | <b>66</b>  |
| <b>5.5</b> | <b>Considerações éticas</b> .....   | <b>69</b>  |
| <b>6</b>   | <b>ACHADOS E DISCUSSÕES</b> .....   | <b>71</b>  |
| <b>6.1</b> | <b>Saberes e práticas acerca de Educação em Saúde/Educação<br/>Popular em Saúde</b> .....               | <b>71</b>  |
| 6.1.1      | Educação tradicional ou autoritária .....   | 71         |
| 6.1.2      | Educação populista ou manipulatória .....   | 77         |
| 6.1.3      | Educação dialógica-libertadora .....  | 83         |
| 6.1.4      | Modelo biomédico ou centrado na doença .....  | 87         |
| 6.1.5      | Determinantes Sociais da Saúde (DSS) .....  | 91         |
| 6.1.6      | Modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa .....  | 98         |
| <b>6.2</b> | <b>Referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS</b> .....   | <b>102</b> |
| 6.2.1      | Diálogo .....   | 102        |
| 6.2.2      | Amorosidade .....   | 109        |
| 6.2.3      | Problematização .....   | 113        |
| 6.2.4      | Construção compartilhada do conhecimento .....  | 118        |
| 6.2.5      | Emancipação .....   | 121        |
| 6.2.6      | Compromisso com a construção do projeto democrático popular .....                                       | 127        |
| <b>6.3</b> | <b>Técnicas Pedagógicas Participativas</b> .....  | <b>133</b> |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 6.3.1      | Técnicas vivenciais.....  | 133        |
| 6.3.1.1    | Descontração/ Animação.....   | 134        |
| 6.3.1.2    | Relaxamento.....  | 136        |
| 6.3.1.3    | Integração.....   | 138        |
| 6.3.1.4    | Formação participativa.....   | 140        |
| 6.3.2      | Técnicas com atuação e com musicalidade.....  | 142        |
| 6.3.2.1    | Apresentação teatral/ teatro de bonecos.....  | 143        |
| 6.3.2.2    | Dança.....  | 147        |
| 6.3.2.3    | Repente.....  | 150        |
| 6.3.2.4    | Paródia Musical.....  | 152        |
| 6.3.3      | Técnicas audiovisuais.....  | 153        |
| 6.3.3.1    | Filme/Vídeo.....  | 154        |
| 6.3.3.2    | Exposição dialogada/Roda de conversa.....   | 156        |
| 6.3.4      | Técnicas visuais.....   | 158        |
| 6.3.4.1    | Recorte e colagem/Produção de painel.....   | 159        |
| 6.3.4.2    | Desenho/Pintura.....  | 162        |
| 6.3.4.3    | Texto/ Narrativa.....   | 164        |
| 6.3.4.4    | Cordel/Poesia.....  | 165        |
| 6.3.4.5    | Panfletos/Jornal.....   | 167        |
| <b>6.4</b> | <b>Plano de ativação de mudanças das práticas de Educação em Saúde na ESF</b>   | <b>169</b> |
| 6.4.1      | Repensando nossa trajetória: Como aprendemos? Como ensinamos? Como desejamos aprender-ensinar/ ensinar-aprender?...     | 170        |
| 6.4.2      | Comunicação, criatividade e habilidades para desenvolver técnicas pedagógicas participativas: desafios e possibilidades | 176        |
| 6.4.3      | Papel do educador em saúde para o fortalecimento do trabalho em equipe e construção do protagonismo popular             | 182        |
| <b>7</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | <b>190</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b>  | <b>197</b> |
|            | <b>APÊNDICE A- PLANEJAMENTO DO I CÍRCULO DE CULTURA</b>   | <b>217</b> |
|            | <b>APÊNDICE B- PLANEJAMENTO DO II CÍRCULO DE CULTURA</b>  | <b>218</b> |
|            | <b>APÊNDICE C- PLANEJAMENTO DO III CÍRCULO DE CULTURA</b>   | <b>219</b> |
|            | <b>APÊNDICE D- FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DO I CÍRCULO DE CULTURA</b>   | <b>220</b> |
|            | <b>APÊNDICE E- FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DO II CÍRCULO DE CULTURA</b>  | <b>223</b> |
|            | <b>APÊNDICE F- FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DO III CÍRCULO DE CULTURA</b>   | <b>226</b> |
|            | <b>APÊNDICE G- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>   | <b>231</b> |

|   |     |
|---|-----|
| <b>APÊNDICE H- TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO</b> .....   | 232 |
| <b>APÊNDICE I- O QUE SERIA EDUCAÇÃO EM SAÚDE?</b> .....   | 233 |
| <b>APÊNDICE J- EDUCAÇÃO EM SAÚDE/ EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: conhecendo a trajetória para reconstrução de suas práticas</b> ..... | 234 |
| <b>APÊNDICE K- ELEMENTOS E FUNÇÕES DA LINGUAGEM</b> .....   | 237 |
| <b>APÊNDICE L- CERIMONIAL DE PARTICIPAÇÃO, UNIÃO E COOPERAÇÃO</b> .....   | 239 |
| <b>APÊNDICE M- QUAL A SUA ARTE?</b> .....   | 240 |
| <b>APÊNDICE N- SABERES CIENTÍFICO E POPULAR</b> .....   | 241 |
| <b>APÊNDICE O- SLIDES EXPOSIÇÃO DIALOGADA COM RODA DE CONVERSA</b> .....  | 242 |
| <b>ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....  | 247 |
| <b>ANEXO B- DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA</b> .....  | 250 |
| <b>ANEXO C- HISTÓRIA DE MARCELO E CAIO</b> .....  | 251 |
| <b>ANEXO D- COMUNICAÇÃO VERTICALIZADA: MODELO TRADICIONAL OU AUTORITÁRIO</b> .....  | 253 |
| <b>ANEXO E- COMUNICAÇÃO MECANICISTA: MODELO POPULISTA OU MANIPULATÓRIO</b> .....  | 254 |
| <b>ANEXO F- COMUNICAÇÃO CIRCULAR: MODELO DIALÓGICO-LIBERTADOR</b> .....   | 255 |
| <b>ANEXO G- PANFLETOS COM TÉCNICAS PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS</b> .....   | 256 |
| <b>ANEXO H- CIDADANIA, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SAÚDE: o Que temos e o que queremos?</b> .....                                       | 260 |

## 1 INTRODUÇÃO

Os seres humanos sempre ensinaram e aprenderam mutuamente, convivendo em uma mesma cultura e partilhando as mesmas experiências, quando esse conhecer ainda era apenas intuitivo. A civilização ocidental desenvolveu a racionalidade técnica, uma forma de pensar e agir que concebe a ação educativa da escola tradicional moderna, que adota o autoritarismo ou a supremacia da transmissão do conhecimento baseado na experiência do professor, no qual papel do aluno era absorver esse conhecimento e reproduzir fielmente, definida como educação bancária ou verticalizada. Contrapondo esse tipo de educação, surge a educação dialética libertadora, que proporciona horizontalidade ao educador e educando na construção do saber, partindo da problematização da própria realidade (REIS et al., 2013; FREIRE, 2011a).

Segundo Pulga (2014) no campo da saúde não foi diferente, suas concepções metodológicas de práticas do conhecimento foram avançando ao longo do tempo acompanhando o processo histórico, ainda que não tenha ocorrido de forma linear.

O período Higienista (final do século XIX ao início do século XX), marcado pela concepção “autoritária” que servia aos interesses de uma classe dominante, estava centrada na saúde-doença ou modelo biomédico, visava à domesticação das pessoas através de normas impostas por autoridades sanitárias para controle de epidemias, cabendo à população obedecer e reproduzir o padrão de comportamento imposto tais como medidas preventivas de doenças, bons hábitos de higiene e vacinação (FERREIRA et al., 2014).

Seguido pelo período Sanitarista (início do século XX até o início de 1960), com a transição da concepção “autoritária” para a “populista”, quando se falava em Educação Sanitária. A concepção “populista” continuava o enfoque cartesiano de prevenção, mas fazia parecer que os sujeitos eram parte do processo de aprendizagem com o intuito de mantê-los dominados, perpetuando assim a relação de dependência e inferioridade do educando (REIS et al., 2013; PULGA, 2014).

Por fim, a concepção “dialética-dialogical-libertadora” (de meados da década de 1960 aos dias atuais), quando se começou a articulação da Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde com o objetivo de despertar o senso crítico e

promover o diálogo entre educador e educando para o processo de construção coletiva e solidária do conhecimento, atendendo assim aos pressupostos da filosofia que orienta os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde e ao modelo assistencial abrangente ou integral para enfrentar necessidades individuais e coletivas desencadeados pela Conferência de Alma-Ata em 1978, a qual preconizava “Saúde para todos no ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) (PULGA, 2014; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

De acordo com Cordoba (2013), nessa mesma época teve início o Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 teve suas propostas contempladas na Constituição Federal de 1988, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi regulamentado pelas Leis Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990 com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde, atendimento às necessidades de saúde da população, propondo também a promoção da saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações para que a população conheça seus direitos e os riscos à saúde, contando assim com as práticas educativas como aliadas (Cordoba, 2013).

Para garantia dos princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade, foi concebido em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), desencadeando a mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico curativista para o modelo preventivo assistencial, remontando à experiência exitosa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991. Este fato impactou de forma positiva por proporcionar assistência contínua através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação mais próxima da residência dos usuários, constituindo-se assim no primeiro contato da população com o sistema de saúde (SAITO, 2014a).

Segundo Braccialli e Vieira (2012), Heidemann, Wosny e Boehs (2014), em 2006, o PSF consolidou-se como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica (AB), com a Portaria MS/GM Nº 648. Esta foi revogada em 2011 pela Portaria MS/GM Nº 2.027, mudando a nomenclatura de PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo revisadas as diretrizes, normas e aprovada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) para a ESF e PACS (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, Giovanella e Mendonça (2012) afirmam que a ESF tornou-se a principal porta de entrada no sistema de saúde e conectada à rede de serviços mais complexos, proporcionando atenção integral às famílias de um território geográfico delimitado, recomendando-se a média de 3.000 pessoas por equipe mínima multiprofissional. Sendo esta composta por Médico (generalista, especialista em Saúde da Família ou de Família e Comunidade), Enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família), Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além dessa equipe mínima, pode ser acrescido o Cirurgião-dentista (generalista ou especialista em Saúde da Família) e o Auxiliar e/ou Técnico em Saúde Bucal (SAITO, 2014a).

O referido quadro de profissionais deve conhecer as famílias do seu território de abrangência e formar vínculo, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver práticas educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados, bem como protagonizar ações de participação social em prol do desenvolvimento de consciência crítica para a interferência e melhoria das condições de vida (BRACCIALLI; VIEIRA, 2012).

Nesse sentido, a Educação em Saúde é uma prática de promoção da saúde que se faz imprescindível na ESF, por ser capaz de produzir ação ou um processo de trabalho dirigido para atuar sobre a construção do conhecimento desses sujeitos, partindo da análise da sua realidade, objetivando desenvolver juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, ou seja, apropriação da existência como ser humano. Pode ainda ser considerada grande ferramenta para potencializar a criação de vínculo entre os trabalhadores e população, otimizando a qualidade dos serviços de saúde ofertados a partir da mobilização e participação dos usuários na definição de suas necessidades, priorizando estratégias a serem implementadas e formando sujeitos autônomos para interferir nas suas realidades (ALVES; AERTS, 2011).

De acordo com Pulga (2014), a Educação Popular em Saúde é pode ser utilizada para potencializar a Educação em Saúde no âmbito da ESF, por apresentar um referencial caracterizado pelo diálogo, proporcionar acolhimento e humanização através da compreensão integral do ser humano como sujeito constituído por várias dimensões, bem como possuir matrizes pedagógicas problematizadoras e

apropriadas à formação destes atores sociais. Nessa perspectiva, busca promover participação dos envolvidos, incentivando a reflexão, o diálogo e a expressão da afetividade, potencializando a criatividade e autonomia. Incorpora a perspectiva de protagonismo dos diversos atores sociais, a valorização das culturas locais nas suas organizações, suas expressões artísticas e as possibilidades de envolvimento de outros setores para o enfrentamento dos problemas cotidianos.

Para atender aos pressupostos citados acima, a Educação Popular em Saúde foi institucionalizada como Política Nacional no âmbito do SUS (PNEPS-SUS) através da Portaria MS/GM Nº 2.761/2013, retratando-se como ferramenta estratégica para reorientação das práticas educativas através da qualificação profissional, ampliando e diversificando as ações em saúde por incorporar os modos populares e tradicionais do cuidado, fortalecendo as diversidades culturais, apoiando os processos de redução das desigualdades e iniquidades sociais, potencializando a ampliação da participação popular e da gestão compartilhada, extremamente necessário nas relações entre os gestores e destes com os trabalhadores e usuários do SUS (BRASIL, 2013).

Baseando-se nos conceitos e importantes atributos da Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde para a Saúde da Família, bem como no impacto que a PNEPS-SUS poderá alcançar com sua implementação, surge como problemática a inquietação da pesquisadora, enquanto enfermeira de uma ESF de um município do interior do Ceará, ao perceber que em seu território de atuação as práticas educativas ainda ocorrem de modo pontual, a maioria na sala de espera da Unidade Básica de Saúde (UBS) enquanto os usuários aguardam consultas.

Nessas práticas educativas, geralmente utiliza-se a palestra que se resume em orientações básicas, prevalecendo assim características das metodologias tradicionais, alicerçadas na transmissão do conhecimento, como se os profissionais de saúde fossem os únicos detentores do saber e este tivesse que ser absorvido pela comunidade, ou ainda, marcado pela reprodução do caráter populista, na qual a participação popular é disfarçada pelo autoritarismo de normas e regras comportamentais. Destaca-se que muitas vezes os assuntos abordados são os que são convenientes para o serviço ou correspondentes a marcos do calendário da saúde, possuindo assim enfoque de prevenção imediatista ou ainda enfoque na saúde-doença.

Diante desse quadro, observa-se ainda o desinteresse da população em participar dessas práticas educativas e muitas vezes a indiferença da própria equipe perante a situação. Observa-se assim que a metodologia tradicional não favorece a participação dos atores envolvidos e conseqüentemente a construção do conhecimento através da interação do saber científico e do popular, que não há desenvolvimento do senso crítico-reflexivo que proporciona emancipação dos sujeitos, corresponsabilidade por sua saúde e melhoria de qualidade de vida, e ainda que, perpetuam-se os mesmos agravos e entraves na busca da promoção da saúde.

Uma atividade desenvolvida na equipe de atuação da pesquisadora, como prerrogativa do Módulo Educação em Saúde I desse Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Nucleadora Universidade Regional do Cariri (URCA) comprovou sua inquietação e questionamentos, bem como apontou desafios e perspectivas. O módulo citado destaca o desenvolvimento de competências do discente para atuar utilizando os pressupostos da Educação em Saúde, nesse contexto solicitou-se que fosse elaborado um Projeto de Educação em Saúde na ESF, e após discussão sobre as problemáticas para o desenvolvimento de práticas educativas segundo a concepção dos mestrandos, evidenciou-se a necessidade premente de ressignificação das práticas educativas (VIEIRA, 2014).

Foi reproduzido na equipe de atuação da pesquisadora o Círculo de Cultura vivenciado no Módulo Educação em Saúde I, com utilização de três frases geradoras: “Como vejo as práticas educativas na minha ESF? ”; “Minha concepção de educação em saúde é...”; “Minha prática se faz assim...”. Essas frases geradoras foram postas em cartolinas coloridas, cada frase representava uma cor. Foram distribuídas três tarjetas de cartolina para cada participante, cada uma correspondendo à cor da frase geradora. Solicitou-se que escrevessem suas respostas correlacionando as cores das tarjetas com as respectivas perguntas geradoras. As palavras dispostas pelos participantes foram apresentadas por eles, discutidas pelo grupo e fixadas em cartazes, estruturando um painel (VIEIRA, 2014).

Esse momento foi diagnóstico e de suma importância para a pesquisadora e sua equipe, pois a problematização e análise crítica-reflexiva mostrou que o modo como as práticas educativas eram vistas e realizadas pelos profissionais de saúde remetiam ao modelo tradicional centrado na saúde-doença;

reconhecimento de que essas práticas não aconteciam de forma ideal; havia tímido enfoque no diálogo, mas ainda traziam vinculação às orientações; mostrou o desestímulo frente à falta de apoio da gestão; que apesar das dificuldades encontradas, havia esforço da equipe para realizá-las; e que os profissionais de saúde apresentaram interesse de instrumentalizarem-se para o desenvolvimento de atividades educativas dentro da perspectiva dialógica-libertadora. Muitos questionamentos foram levantados, alguns foram elucidados e outros deixaram inquietação, por exemplo, a percepção de que as práticas educativas ainda aconteciam obedecendo ao modelo hegemônico curativista e a necessidade de transformação ou ressignificação da forma de planejar e construir Educação em Saúde.

Descrevem-se agora os problemas de pesquisa ou questões norteadoras dessa Pesquisa-intervenção: Quais são os saberes e práticas dos trabalhadores de saúde acerca de Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde? Os trabalhadores de saúde conhecem e apropriam-se dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS- SUS? Como seria uma proposta de ativação de mudanças das práticas de Educação em Saúde na ESF?

Estudos anteriores catalogados e apresentados na Revisão Integrativa deste estudo, realizada através de busca de periódicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e na *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), mediante os descritores “Educação em Saúde”, “Educação da População” e “Estratégia Saúde da Família”, proporcionou conhecer a fundamentação teórica de diversos autores sobre o assunto, evidenciando duas categorias temáticas acerca da Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde: “Historicidade e Bases Conceituais” e “Saberes e Práticas”. Estas mostraram as limitações constituídas ao longo do processo histórico, bem como os desafios e os caminhos que podem ser seguidos para a reconstrução de práticas educativas dialética-dialogical-libertadoras que serão apresentadas a seguir.

Esta Revisão Literária Integrativa evidenciou forte influência do modelo hegemônico hospitalocêntrico curativista e do modelo tradicional de transmissão do conhecimento, trazidos da formação deficiente da maioria dos profissionais de saúde e perpetuada nos dias atuais, retratando que as práticas educativas ainda são

guiadas pela prescrição de comportamentos adequados para ter saúde, onde inexistente o diálogo e a reflexão, carência de questionamento ou relação desses conteúdos com a realidade comunitária, proporcionando mínimas condições de criação de vínculos entre a equipe da ESF e usuários, não tendo assim como contribuir para a diminuição das iniquidades e edificação de novas perspectivas sociais e de saúde (OLIVEIRA et al., 2014; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014; MARIN et al., 2013; SANTANA et al., 2013; ALVES; AERTS, 2011; TESSER et al., 2011; PINAFO et al., 2011; FERNANDES; BACKES, 2010)

Alguns estudos incluídos na Revisão Integrativa demonstraram certa flexibilidade e entendimento dos profissionais de saúde da importância de um processo de trabalho educativo voltado para o aprendizado mútuo, respeito ao conhecimento prévio da população e à diversidade cultural, apesar dessa percepção encontrar-se presente apenas no discurso, necessitando assim ser incorporada à prática das equipes da ESF, e ainda que eram muitos os obstáculos que ocasionavam o distanciamento do que se diz e do que se faz, dentre eles, falta de capacitação profissional e apoio da gestão (FERREIRA et al., 2014; BRACCIALLI; VIEIRA, 2012; GOMES; MERHY, 2011)

E finalmente, outros estudos da Revisão Integrativa desvendaram experiências positivas, tais como: “Educação Popular em Saúde a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma Unidade de Saúde da Família” (MAXTA et al., 2010), “A instrumentalização da Educação em Saúde na Atenção Básica” (ARAÚJO; DIAS; BUSTORFF, 2011) e “Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em Estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal” (PRADO; SALES; NOMIYAMA, 2014), mostrando que apesar de complexo, devido à ruptura com paradigmas conservadores existentes, é viável e possível reconstruir saberes e práticas de Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde no âmbito da ESF, promovendo mobilização dos atores na transformação das injustiças vigentes em direção a uma sociedade mais igualitária e fraterna, ressignificando o papel de cidadãos, envolvendo não apenas os profissionais de saúde e usuários nesse processo, mas a gestão e outros setores da sociedade.

O envolvimento da pesquisadora com a temática deu-se a partir do período de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) em Sobral (CE), quando participou durante o primeiro ano da vida acadêmica, em 2000, de um Projeto de Extensão Universitária “Educação e Saúde” e durante os

dois anos seguintes, de 2001-2003 de outro Projeto de Extensão Universitária “AIDS: Educação e Prevenção”. Ambos projetos possuíam em suas matrizes pedagógicas técnicas de Educação em Saúde participativas, tais como o desenvolvimento de Oficinas com Dinâmicas de Grupo e Rodas de Conversa.

Importante destacar que entre 2004 e 2005 as Secretarias de Educação Básica e de Saúde do Ceará em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará e apoio do Banco Mundial desenvolveram o Projeto Educação com Saúde com o objetivo de melhoria do desenvolvimento integral e da qualidade de vida das crianças cearenses, promoveram um curso de capacitação para multiplicadores, possibilitando momentos de aprendizagem através de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que favoreceram o desenvolvimento pessoal e profissional da pesquisadora, propiciando subsídios para reflexão sobre os temas de Educação e Saúde abordados.

Nesse contexto, a pesquisadora atuou como multiplicadora desse projeto, trabalhando inicialmente com os professores e posteriormente com os ACS em Abaiara (CE), município no qual atuava como enfermeira/assistente de uma unidade referência para a ESF. Nesta cidade trabalhou até meados de 2008, e conseguia desenvolver práticas educativas participativas na área de atuação e percebia o quanto essas ações contribuíam para a melhoria da assistência e dos indicadores de saúde, da corresponsabilização dos sujeitos por sua saúde, bem como para o desenvolvimento da promoção da saúde e qualidade de vida.

Um marco importante para a pesquisadora foi a experiência enquanto especializanda do Curso Educação na Saúde para Preceptores do SUS entre 2013 e 2014, fruto da parceria do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa com o MS, proporcionando-lhe uma vivência mais aprofundada com as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Isso despertou-lhe para as práticas educativas tradicionais desenvolvidas no âmbito da ESF onde atua como enfermeira desde meados de 2008, causando-lhe grande inquietação por perceber o desacordo com os princípios do SUS, principalmente o de participação social, bem como a discordância com os pressupostos da PNEPS-SUS. Outro fator que lhe causava preocupação era a ineficácia dessas atividades de Educação em Saúde, por não causarem efeitos sobre os determinantes de saúde-doença, nem promoverem a saúde e a qualidade de vida da comunidade sob seus cuidados.

Durante a seleção do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/URCA a pesquisadora concorreu com o projeto de intervenção intitulado “Educação Popular em Saúde: o ACS como protagonista de práticas educativas em uma ESF do município de Juazeiro do Norte (CE) ” e tinha como objetivo geral: qualificar a atuação dos ACS para construção de práticas educativas em saúde baseadas na implementação da PNEPS-SUS. Como a área de atuação de sua equipe passou por processo de reterritorialização, culminando na diminuição do número de ACS de nove para seis, tornou-se, portanto uma amostra pequena para o desenvolvimento da Pesquisa-intervenção. A partir dessa constatação o projeto foi refeito considerando a importância de toda a equipe participar do processo de avaliação e análise crítica de como as atividades de Educação em Saúde têm sido realizadas.

Assim, o objeto de pesquisa é a ressignificação das práticas educativas vigentes na ESF, uma vez que estas ainda persistem na perspectiva prescritiva e transmissiva de conhecimentos, desconsiderando os saberes, linguagens e valores sociais, de modo que passem a adequar-se aos pressupostos da PNEPS-SUS, tais como o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e a criação de projeto democrático popular.

A justificativa para essa Pesquisa-intervenção encontra-se pautada pela necessidade de reconstrução dessas práticas educativas e pelas evidências de que as ideias e concepções freireanas trazem novo sentido e apontam outros rumos para a educação no campo da saúde. Esse modelo, oposto à concepção bancária de educação e pautado na educação problematizadora, reconhece que o diálogo se faz necessário para o desenvolvimento do processo educativo que propõem o educando como o principal responsável por seu processo de formação, contribuindo para a formação de cidadãos reflexivos e críticos. Em consonância com o modelo de saúde preconizado pelo SUS torna-se imprescindível repensar em medidas que sensibilizem os trabalhadores de saúde a desenvolverem ações educativas de forma dialógica, que instiguem a participação dos usuários no controle e planejamento da saúde da comunidade.

Com outras palavras, a Educação Popular em Saúde, enquanto referencial teórico e prático pode contribuir para abertura de diálogo entre trabalhadores da ESF e a comunidade, sendo um instrumento muito útil na incorporação de novas práticas, pois sua concepção teórica valoriza o saber do

outro, proporcionando espaços de reflexão, aprendizado e criatividade capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, ampliação e criação de diálogos, troca de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença, entendendo que o conhecimento é um processo em construção de responsabilidade de todos os atores envolvidos (PULGA, 2014).

A relevância parte da prerrogativa de que a Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde é uma prática que modifica a assistência, e que quando devidamente aplicada impacta e transforma. Também, pela sua importância para os trabalhadores da ESF, uma vez que se trata de ferramenta essencial na construção de uma atenção integral, pautada na educação permanente e reorientação do processo de trabalho. É imprescindível para o serviço por apresentar metodologias e tecnologias que colaboram com a ampliação da participação popular e do controle social na perspectiva da gestão participativa no SUS. Acredita-se que pode tornar-se instrumento de empoderamento para o indivíduo/ comunidade, quando pensada numa abordagem dialógica, emancipadora e participativa, visando à promoção da saúde e qualidade de vida. Por fim, a PNEPS-SUS somente alcançará impacto e transformações desejadas, se cada ator do SUS sentir-se parte e protagonizar este processo de implementação.

O tema encontra-se articulado com a Linha de Pesquisa Educação na Saúde, pois como afirmam Rodrigues e Santos (2010), esta é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS, principalmente na ESF. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como as ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários. Nesse sentido, tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população como também pela promoção da cidadania. Dessa forma, surge a necessidade de elencar os trabalhadores de saúde da ESF como protagonistas da Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Ressignificar as práticas educativas em saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), fundamentadas na Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS).

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer os saberes e práticas dos trabalhadores de saúde acerca de Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde;
- Aproximar os trabalhadores de saúde dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS- SUS;
- Construir uma proposta de ativação de mudanças das práticas de Educação em Saúde na ESF.

### 3 REVISÃO LITERÁRIA

Estudo de cunho bibliográfico desenvolvido por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura, procedimento que possibilita a síntese e análise do conhecimento científico existente sobre a temática investigada, de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, bem como permite que os leitores obtenham informações e avaliem a pertinência do processo empregado na elaboração da revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Por esse caminho, buscou-se conhecer as diferentes contribuições na área da Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde no âmbito da ESF, analisar os resultados em evidências sobre seu processo histórico e os saberes e práticas prevalentes na sua implementação a partir desta década.

Seguiu-se a descrição das fases de sistematização da Revisão Integrativa da Literatura proposto por Souza, Silva e Carvalho (2010), ou seja, elaboração de pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Todas as etapas da pesquisa aconteceram durante o mês de março de 2015.

A pergunta norteadora adotada foi a seguinte: quais as evidências científicas quanto às contribuições da Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde no âmbito da ESF a partir desta década?

A busca na literatura foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em razão da amplitude no que tange à abrangência dos periódicos, especificamente nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A seleção do material para estudo foi realizada mediante os descritores “Educação em Saúde”, “Educação da População” e “Estratégia Saúde da Família”, inicialmente separados e em cada uma das bases de dados, e posteriormente combinados dois a dois com o mediador booleano “and”.

A amostragem foi refinada utilizando os critérios de inclusão para a seleção da amostra: artigos publicados e indexados nas referidas bases de dados; textos completos que abordassem a temática em questão, com enfoque multiprofissional; e idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão

foram produções anteriores ao ano de 2010. Inicialmente, selecionaram-se o total de 402 produções científicas, que foram limitadas para 52 através da leitura do título, passando para 22 após a leitura dos resumos, e após leitura dos textos completos apenas 14 atendiam adequadamente aos critérios selecionados e foram incluídos. Vale ressaltar que alguns textos foram encontrados em mais de uma das bases de dados selecionadas e os da MEDLINE foram descartados por não corresponderem com o objetivo do estudo.

Para apresentar os resultados foram utilizadas duas tabelas, a primeira para mostrar a caracterização das produções de acordo com o ano, modalidade, abordagem, instrumentos/técnicas e número de autores (Tabela 1), e a segunda para mostrar a distribuição dos estudos de acordo com o título, autores, periódicos, base de dados e categorias de abordagem temática (Tabela 2). Os resultados foram discutidos a partir da interpretação das categorias temáticas, comparando-os aos dados evidenciados na análise das produções e ao referencial teórico.

TABELA 01- Caracterização dos artigos de acordo com o ano, modalidade, abordagem, instrumentos/técnicas e número de autores.

| <b>Caracterização das Produções</b>                               | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---|-----------|----------|
| <b>Ano</b>  |           |          |
| 2014  | 04        | 28,5     |
| 2013  | 02        | 14,3     |
| 2012  | 01        | 7,14     |
| 2011  | 05        | 35,7     |
| 2010  | 02        | 14,3     |
| <b>Modalidade</b>   |           |          |
| Revisão Teórica   | 02        | 14,3     |
| Exploratória  | 03        | 21,4     |
| Descritiva  | 01        | 7,14     |
| Exploratória/ Descritiva  | 03        | 21,4     |
| Relato de Experiência   | 01        | 7,14     |
| Pesquisa-Ação   | 02        | 14,3     |
| Pesquisa-Participante   | 01        | 7,14     |
| Revisão Teórica/ Exploratória                                     | 01        | 7,14     |
| <b>Abordagem</b>  |           |          |
| Quantitativa  | 01        | 7,14     |
| Qualitativa   | 11        | 78,6     |
| Não Especificou   | 02        | 14,3     |
| <b>Instrumentos/ Técnicas</b>                                     |           |          |
| Integrativa   | 02        | 14,3     |
| Questionário  | 01        | 7,14     |
| Entrevista Semiestruturada  | 03        | 21,4     |
| Entrevista/ Diário de Campo/ Arquivo de Áudio, Vídeo e Fotografia | 01        | 7,14     |
| Entrevista/Observação   | 01        | 7,14     |
| Entrevista/ Questionário Aberto                                   | 01        | 7,14     |
| Oficina/ Dinâmicas  | 02        | 14,3     |
| Grupo Focal/Observação/Diário de Campo                            | 01        | 7,14     |
| Círculo de Cultura  | 01        | 7,14     |
| Não Especificou   | 01        | 7,14     |
| <b>Número de autores</b>  |           |          |
| 2   | 05        | 35,7     |
| 3   | 02        | 14,3     |
| 4   | 04        | 28,5     |
| 5   | 02        | 21,4     |
| 6   | 01        | 7,14     |
| 10  | 01        | 7,14     |

Fonte: a autora.

TABELA 02 - Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, periódicos, base de dados e categorias temáticas.

| <b>Título</b>   | <b>Autores</b>   | <b>Periódicos</b>   | <b>Base</b>                | <b>Categorias Temáticas</b>  |
|---|--|---|----------------------------|--|
| 1. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa.  | Ferreira, VF; Rocha, GOR; Lopes, MMB; Santos, MS; Miranda, SA.   | Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 363- 378, mai./ago. 2014. | SciELO                     | Educação em saúde: historicidade e bases conceituais; e educação popular como geradora de cidadania.   |
| 2. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. | Oliveira, LC; Ávila MMM; Gomes, AMA; Sampaio MHLM.   | Interface- Comun. Saúd. Educ. v.18, n.2, p.1389-1400. 2014.                 | LILACS<br>SciELO           | Ações de educação em saúde realizadas de forma pontual e metodologias tradicionais; e abordagens individuais não favoráveis à participação da população.                           |
| 3. Eu vivi, ninguém me contou: educação popular em ESF na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil.    | Prado, EV; Sales, C; Nomiya, S.  | Interface- Comun. Saúd. Educ. v.18, n.2, p.1441-1452. 2014.                 | SciELO                     | Evolução no processo de cuidado; humanização das relações entre profissionais e usuários; e compreensão do fazer em AB e satisfação profissional.                                  |
| 4. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família.      | Oliveira, SRG; Wendhausen, ALP.  | Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014.  | SciELO                     | Dificuldades em diferentes aspectos do agir educativo em suas práticas; e fortes resquícios de uma prática bancária, preventiva e medicalizada.                                    |
| 5. Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde.  | Marin, MJS; Moracvick, MYAD; Rodrigues, LCR; Santos, SC; Santana, FHS; Amorin, DMR.                                      | REME Rev Min Enferm. v.17, n.3, p.500-504, jul./set. 2013.                  | LILACS                     | Dificuldade em exercer a cidadania; desinteresse da população e a ênfase no modelo biomédico; e indicações para desenvolver tais ações.  |
| 6. Ações de saúde na ESF no município goiano na perspectiva da integralidade.                               | Santana, FR; Santana, FR; Anjos, GV; Campos, TV; Lima, PCT; Lopes, MM; Lima, RP; Oliveira, NS; Weirich, CF; Fortuna, CM. | Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v.15, n.2, p.422-429, abr./jun. 2013.          | LILACS<br>SciELO           | Ações dos trabalhadores e articulação entre elas; a ESF não funciona como Estratégia Saúde da Família; e atualização das equipes de saúde da família.                              |
| 7. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos.  | Bracciali, LAD; Vieira, TQ.  | Rev APS. v.15, n.4, p.412-420, out./dez. 2012.                              | LILACS                     | Grupos educativos voltados para a reprodução/ construção; dificuldades da realização dos grupos educativos; e concepção de reprodução dificulta a consciência crítica das pessoas. |
| 8. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.   | Alves, GG; Aerts, D.   | Ciência & Saúde Coletiva. v.16, n.1, p.319-325. 2011.                       | SciELO                     | As práticas educativas em saúde obedecem a metodologias tradicionais, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população.                                      |
| 9. A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica.   | Araújo, VS; Dias, MD; Bustorff, LACV.  | Revista de Enferm. Referência. v.3, n.5, p. 7-17, dez. 2011.                | LILACS                     | Ações educativas participativa; multiplicações de informações; grupos educativos ativos; dificuldades na implementação educativa.  |
| 10. ESF e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. | Tesser, CD; Garcia, AV; Vendruscolo, C; Argenta, CE.   | Ciênc. saúde coletiva. v.16, n.11, p.4295-4306, nov. 2011.                  | LILACS<br>SciELO           | Promoção da saúde confundida com prevenção de doenças; e educação permanente com educação continuada; enfoque preventivo com transmissão unidirecional do conhecimento.            |
| 11. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família.   | Pinafo, E; Nunes, EFPA; González, AD; Garanhani, ML.   | Trab. educ. saúde. v. 9, n.2, jul./out. 2011.                               | LILACS<br>SciELO           | Modelos curativos e tradicional na concepção e práticas de ES; os trabalhadores sentem-se educadores, e considera o aprendizado mútuo, presente apenas no discurso.                |
| 12. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura.                                     | Gomes, LB; Merhy, EE.  | Cad Saude Publica. v. n.1, p.7-18, jan. 2011.                               | LILACS 27,<br>SciELO 2011. | Contribuições da EPS para a ES; EPS - redes de apoio; e para fazer avançar a EPS nos serviços.   |
| 13. EPS a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma unidade de saúde da família.                           | Maxta, BSB; Almeida, AB; Silveira, LB; Soleman, C; Opat, MN.   | Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 155-166, mar./jun. 2010.  | SciELO                     | Política de humanização e da EPS; reconhecendo usuários e trabalhadores como atores de práticas; valorizada a cooperação.  |
| 14. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe de ESF sob a óptica de Paulo Freire.                      | Fernandes, Backes, VMS. da   | MCP; Rev Bras Enferm. v.63, n.4, p.567-573, jul./ago. 2010.                 | LILACS<br>SciELO           | Educação em saúde é reconhecida pelos como uma responsabilidade, contudo sua prática se depara com entraves culturais e ainda recebe pouco destaque no cotidiano de trabalho.      |

Fonte: A autora.

A análise das evidências permitiu identificar duas categorias relacionadas à Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde: evolução histórica e bases conceituais; e saberes e práticas.

### **3.1 Evolução histórica e bases conceituais da Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde**

Para contextualizar os aspectos históricos da Educação em Saúde, faz-se necessário abordar as bases conceituais e a evolução ocorrida ao longo do tempo ao redor do mundo. Os primeiros conceitos apareceram na Europa, na segunda metade do século XIX, com a presença de epidemias relacionadas às condições de vida, quando realizavam ações disciplinares de difusão de regras de higiene e condutas morais destinadas às classes populares menos favorecidas. Nos Estados Unidos, em 1919, surge o termo Educação Sanitária, no qual as noções de higiene apresentavam caráter comportamentalista, propostas através de medidas preventivas, imunizações e cuidados individuais. No Brasil, do final do século XIX até meados do século XX, a prática educativa em saúde era coercitiva, também relacionada às normas de prevenção de doenças, orientados através do discurso higienista e intervenções normalizadoras destinadas ao controle de epidemias (REIS et al., 2013; GOMES; MERHY, 2011; SILVA et al., 2010).

Segundo Ferreira et al. (2014), Alves e Aerts (2011) e Silva et al. (2010), entre 1903 e 1909, com a crescente urbanização das cidades proporcionada pela industrialização, emerge o movimento higienista brasileiro liderado por Osvaldo Cruz, apresentado caráter “autoritário”, utilizou recursos como a vacinação compulsória, confinamento de enfermos em desinfectório e a vigilância sobre as atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças e epidemias. A Educação em Saúde era colocada em segundo plano, resumida a memorização de versos de higienização e atribuía ao indivíduo total responsabilidade por sua saúde, mostrando que eles eram os únicos culpados pelas doenças que sofriam.

De acordo com Alves e Aerts (2011) e Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2010) na década de 1920, lideradas por Carlos Chagas, as ideias de Educação Sanitária trazidas dos Estados Unidos da América (EUA) resultaram na redução do poder de polícia, reforma dos serviços de saúde pública de São Paulo e na

transmissão de consciência sanitária. As práticas educativas eram verticalizadas, não havendo interação entre educador e educando, fundamentavam-se no referencial biologicista do processo saúde-doença e intervenção curativista.

Nessa concepção de educação, o pensar e a ação são controlados, levando os homens ao ajustamento ao mundo, desfavorecendo-os de criar e de atuar, pois os educandos não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo narrado pelo educador, comprometendo a qualidade do conhecimento. Os educandos são levados a enxergar a sua realidade sob a ótica do educador e não com a sua, por meio da invasão cultural, que é indiscutivelmente alienante, e assim, quanto mais alienados tornarem-se os educandos, melhor para a estabilidade dos educadores (FREIRE, 2011b).

Com a criação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) em 1942, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolver os indivíduos no processo educativo, com a criação de grupos de Educação Sanitária específicos, apesar de continuar tendo como foco a prevenção de doença e esta como fenômeno individual. Mais um avanço foi a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1945, o conceito de saúde deixou de ser ausência de doença, passando para o mais completo bem estar físico, mental e social (GOMES; MERHY, 2011; ALVES; AERTS, 2011).

Em 1960, com o advento da medicina comunitária, observava-se o mesmo discurso de culpabilidade, mas passando do indivíduo para a coletividade e camuflado pela concepção “populista”, que visava manipular o educando, perpetuando a relação de dependência e inferioridade do educando (ALVES; AERTS, 2011; SILVA et al., 2010; FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2010; FREIRE, 2011b).

De acordo com Gomes e Merhy (2011), Oliveira et al. (2014), e Ferreira et al. (2014), na década de 1970 eclodiram muitos movimentos nos quais os profissionais de saúde se engajaram, baseados em uma relação menos vertical entre os profissionais e a sociedade, inspirados nos conceitos da educação popular, sistematizados inicialmente por Paulo Freire e depois por uma área de produção de conhecimentos vinculados às suas práticas, denominada Educação Popular em Saúde.

Contrapondo a ideia bancária de transmissão do conhecimento, tem-se a educação problematizadora, a Educação em Saúde deixa de ser informar para a

saúde através da imposição do saber técnico-científico e passa a ser transformar saberes existentes, visando autonomia e responsabilidades dos atores sociais através de práticas emancipatórias, dialógica e de construção do conhecimento para promoção, manutenção e recuperação da própria saúde (FREIRE, 2011a).

Segundo Gomes e Merhy (2011) a década de 1980 trouxe uma importante abertura política e proporcionou um grande marco nas políticas de saúde do Brasil que aconteceu em 1990, com a regulamentação do SUS, culminado pela 8ª CNS de 1986 e desencadeado pela Constituição Federal de 1988. A década de 1990 foi de lutas pela efetiva implementação e expansão do SUS e foi marcada por várias conferências de saúde municipais, estaduais e nacionais, além do detalhamento da estrutura e do funcionamento do sistema de saúde por meio de inúmeras portarias e leis, das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS).

Em 1991, no campo da Educação Popular em Saúde, profissionais de saúde, lideranças de movimentos sociais e pesquisadores envolvidos em diversas experiências, organizaram-se em torno da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS), que foi constituída no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, ocorrido em São Paulo. Em 1998, a ANEPS muda de nome para Rede de Educação Popular e Saúde (REPS), a qual passa a representar um espaço importante de articulação política, de troca de experiências e de formulação de teorias e de propostas alternativas para o funcionamento dos serviços de saúde (GOMES; MERHY, 2011).

Para garantir os princípios do SUS e a reestruturação da APS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, remontando ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, passando a família a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Em 2006 o PSF consolida-se como ESF e em 2011 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) teve a revisão de suas diretrizes e normas, retratando-se como ações de promoção e proteção da saúde, de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (OLIVEIRA et al., 2014; SANTANA et al., 2013; BRASIL, 2012a).

A PNAB caracteriza e define as especificidades da ESF, tais como ser composta por equipe multiprofissional com atribuições comuns e específicas, responsável por número determinado de famílias sob sua adscrição, considerando a

dinamicidade do território, e auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético do acolhimento (BRASIL, 2012a; OLIVEIRA et al., 2014).

Dentre as atribuições comuns a todos os trabalhadores da ESF encontram-se realizar ações de Educação em Saúde para a população adscrita, que devem ser trabalhadas de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, pois a presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe (FERNANDES; BACKES, 2010; SANTANA et al., 2013; BRASIL, 2012a).

Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no usuário, no qual o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (SANTANA et al., 2013; BRASIL, 2012a).

O ano de 2003 destaca-se como aquele em que inaugurou a aproximação da Educação Popular em Saúde da gestão federal. Esteve articulada inicialmente à Política de Educação Permanente (PEP) para o SUS, coordenada pela Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SGETS), tendo papel de contribuir com a qualificação da participação popular e com a formação para o trabalho em saúde. Foi tema e um dos assuntos deliberados durante a 12ª CNS em 2004, contribuindo para sua inserção em 2005, na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), proporcionando assim mudanças significativas no campo institucional por meio da participação social, fortalecendo sua identidade com a democratização do SUS, através da formulação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) (ALVES; AERTS, 2011; BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2014).

Segundo Alves e Aerts (2011), e Bonetti, Chagas e Siqueira (2014), com o intuito de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de Educação Popular em Saúde, bem como de fortalecer o apoio e a visibilidade de suas práticas no contexto do SUS, para uma gestão participativa de fato, a SGEP instituiu o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), composto por

sociedade civil com 28 membros titulares e respectivos suplentes, com representação de 13 movimentos populares, duas entidades dos movimentos representativos dos gestores e nove representações de áreas técnicas do MS. Durante o processo, reuniões regionais congregaram mais de mil participantes em todo o país, com forte participação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Com o objetivo de estimular a institucionalização das práticas e os princípios da Educação Popular em Saúde, contribuindo assim com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, seja pela agregação de valores culturais, pela incorporação de práticas e saberes que estão na sociedade e nos movimentos populares a SGE/MS publicou a Portaria Nº 2.979/2011 que repassa recursos federais às gestões estaduais para implementação da ParticipaSUS, estabelecendo como uma das metas a implementação de Comitês de Educação Popular em Saúde e Promoção da Equidade em Saúde (BRASIL, 2011).

Na 14ª CNS em 2012, o Espaço Paulo Freire destacou-se como um dos ambientes mais propícios à liberdade de expressão e à construção de conhecimento em saúde a partir da integração dos diversos saberes, da promoção da cultura popular e principalmente de partilha de experiências e discussão de temas relevantes para a garantia do direito à saúde e o desenvolvimento participativo do SUS. Destaca-se no seu relatório final, na diretriz relacionada à gestão participativa e controle social sobre o estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS, a deliberação da necessidade de implementação da PNEP, com a criação de comissões estaduais (BRASIL, 2012b).

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 28 de maio de 2013, a Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS. A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013; OLIVEIRA et al., 2014).

A PNEPS-SUS tem como objetivo implementar a EPS âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. Desta forma, pretende-se promover o diálogo e a troca de práticas e saberes populares e técnico-científico, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras. Seis princípios orientam a PNEP-SUS: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação, e compromisso com a construção do projeto democrático e popular. E conta com quatro estratégicos: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013).

### **3.2 Saberes e práticas da Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde**

O processo histórico demarcou as características definidoras dos saberes e práticas da Educação em Saúde, iniciando pela hegemonia do poder das classes sociais privilegiadas e pelos interesses econômicos estabelecidos, e tem sido permeado pelas lutas socioeconômicas e culturais dos atores envolvidos para o respeito ao direito universal da saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado garantido pela Constituição, bem como aos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Ferreira et al. (2014) afirmam que atualmente, ainda vivencia-se a herança do modelo cartesiano, o qual influencia o pensamento médico, desenvolvendo um enfoque reducionista e mecanicista que defende a ideia de que educar é apenas para prevenir. Diante desse paradigma biomédico, as práticas educativas em saúde tendem a reduzir-se a atividades preventivas, de cunho informativo e coercitivo, pois ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Freire (2011b) refere que os profissionais baseiam-se em uma educação bancária, na qual se percebe uma metodologia de ensino verticalizada e não problematizadora. O educador possui visão alienante, o que o leva a exercer posições fixas, invariáveis e imutáveis, impedindo que a prática e o conhecimento sejam processos de busca permanente.

Estudo realizado por Pinafo et al. (2011) em um município do norte do Paraná entre abril e julho de 2009, utilizando a observação e a entrevista como técnicas para coleta de informações, intitulado “Relações entre concepções e práticas de Educação em Saúde na visão de uma equipe de Saúde da Família” mostrou que os modelos curativos e de transmissão do conhecimento encontram-se fortemente arraigados na concepção e nas práticas de Educação em Saúde, prevalecendo uma relação vertical, impositiva, superior, na qual o profissional é o detentor do saber; esses trabalhadores sentem-se educadores, e observa-se uma postura que considera o processo de trabalho educativo voltado para o aprendizado mútuo e o respeito aos conhecimentos prévios da população, porém essa percepção encontra-se presente somente em seu discurso, sendo vários os entraves para isso, dentre eles a formação profissional e a falta de apoio da gestão.

Outra pesquisa, do tipo investigação-ação em cinco Centros de Saúde da Família de Fortaleza (CE), no período 2009 a 2011, que objetivou analisar a participação popular nas ações de Educação em Saúde na ESF, com trabalhadores de saúde e usuários, identificou-se que essas práticas eram realizadas de forma pontual, na maioria com metodologias tradicionais e abordagens individuais que não favoreciam a participação da população, evidenciando a falta de qualificação adequada para o desenvolvimento dessas ações, bem como a sobrecarga de trabalho dos trabalhadores como um dos principais fatores para a perpetuação das práticas normativas (OLIVEIRA et al., 2014).

De acordo com Ferreira et al. (2014), para a efetivação de uma Educação em Saúde que contribua para o desenvolvimento de práticas críticas reflexivas, é preciso considerar a necessidade de definir campos de ação para a promoção da saúde, tais como construção de políticas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; desenvolvimento de habilidades individuais; e reforço da ação comunitária, por meio da responsabilidade social. Essa opção deve estar fundamentada na análise da realidade que se faz mediante a identificação de problemas e das necessidades de saúde da população, para então estimular a reflexão crítica da realidade, sendo imprescindível desenvolver ações de Educação em Saúde voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Marin et al. (2013) mostra o desdobramento de atividades realizadas por um grupo de estudantes, tutores e preceptores, que compõe uma proposta do

Projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Faculdade de Medicina de Marília (SP) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, revelaram os motivos da não adesão de uma comunidade às ações educativas, através de entrevistas realizadas com usuários que, convidados para ações educativas em grupo, não compareceram, possibilitando a análise de núcleos de sentido, os quais revelaram a dificuldade em exercer a cidadania e o desenvolvimento de ações incompatíveis com os desejos e possibilidades da comunidade; o desinteresse da população e a ênfase no modelo biomédico permeando as ações de saúde e indicações para desenvolver tais ações; possibilidades de se obter maior adesão às ações educativas, tais como aumento do número das reuniões, ampliar a divulgação, melhor comunicação e diversificação das temáticas discutidas.

Evidencia-se a importância de profissionais conscientes de seu papel social e político, sendo imprescindível visualizarem-se como educadores em saúde, mediadores na compreensão dos indivíduos como seres que têm o poder de modificar sua realidade (FERREIRA et al., 2014). Frente aos desafios a serem enfrentados pelos profissionais de saúde ao se vislumbrarem mudanças no modelo de atenção, acredita-se na necessidade de rever o processo de trabalho da equipe e reconhecer que as mudanças acontecem, além de reflexão e sensibilização para o desenvolvimento de práticas educativas transformadoras e reconhecimento de que a Educação Permanente é indispensável para ampliar as habilidades dialógicas (MARIN et al., 2013; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Uma pesquisa realizada por Bracciali e Vieira (2012), através de entrevistas semiestruturadas, aplicadas aleatoriamente em vinte profissionais (Médico, Enfermeiro e Dentista) das ESFs das quatro regiões do Município de Marília (SP), no período de março a maio de 2011, intitulada “A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos” apontaram diferentes concepções de grupos educativos, na visão da Educação em Saúde, uma mais voltada para a concepção de reprodução e outra para a de construção do saber. As grandes dificuldades da realização dos grupos educativos apontadas pelos profissionais de saúde estão presentes desde a formação até a execução da prática profissional nos serviços. Por outro lado, os profissionais que tiveram experiências de grupos educativos em sua formação, lidaram melhor com as dificuldades encontradas no seu cotidiano profissional.

Reafirmando essa situação, outro estudo realizado por Oliveira e Wendhausen (2014) no período de março a junho de 2010, com trabalhadores de três equipes de ESF de um município do litoral paranaense, objetivando conhecer a concepção e vivência deles sobre Educação em Saúde, revelaram as dificuldades dos sujeitos em diferentes aspectos do agir educativo em suas práticas e como são fortes os resquícios de uma prática bancária, preventiva e medicalizada.

A formação dos profissionais de saúde, na sua maioria, no ensino tradicional, sustenta que conhecimentos e valores sociais sejam repassados de forma linear, com verdades absolutas inquestionáveis por meio de exposições e demonstrações. Após a formação, esses profissionais reproduzem o mesmo método, principalmente divulgando informações através de palestras e fazem dos grupos, um reduto onde o educador ensina e o educando aprende. A concepção de reprodução de Educação em Saúde dificulta o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas. O trabalho em grupo é um processo que possibilita o desenvolvimento da autonomia da pessoa que, de alguma forma, encontrará o melhor momento e forma de se cuidar (BRACCIALLI; VIEIRA, 2012).

Segundo Freire (2011a) é necessário perceber que educar é mais que passar informação, o profissional/educador deve ser capaz de testemunhar seu gosto pela vida, sua esperança num mundo melhor, atestar sua capacidade de luta, seu respeito pelas diferentes realidades, sua consciência da presença que assume no mundo. A Educação Popular em Saúde tem como objetivo a comunicação bilateral que envolve educador e educando num processo dialógico, no qual ambos devem contribuir para a construção do conhecimento, auxiliando a libertação dos sujeitos, para que possam ser atores sociais capazes de realizar opções construtivas para si e para a sociedade de maneira em geral.

Estudo realizado por Santana et al. (2013), em 2010 com profissionais de saúde de duas ESF de um município goiano mostrou que a ESF não funciona como deveria; que as ações desenvolvidas pelos trabalhadores não partem de projeto em comum construído frente às necessidades de saúde da comunidade; e ainda que a atualização de conhecimento acontece de forma isolada, por categoria profissional, e não possibilita mudança e articulação com o processo de trabalho.

Outro estudo desenvolvido junto a profissionais da ESF entre 2007 e 2009 na Grande Florianópolis (SC) por Tesser et al. (2011), evidenciou dentre outros problemas que Educação Permanente tem sido confundida com Educação

Continuada, que seria atualizar conteúdos para qualificação da prática e torná-los fiéis transmissores do conhecimento, estando ambas pouco presentes no trabalho desses profissionais e ainda que desconhecem a proposta da primeira, produzida pela saúde coletiva e adotada pelo SUS.

A Educação Permanente com embasamento da educação dialogical-libertadora pode ser uma importante ferramenta para realinhar a formação deficiente, devendo embasar-se num processo pedagógico que contemple toda a equipe, desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores e que seja significativa, ou seja, considere elementos que façam sentido para os atores envolvidos (BRASIL, 2011).

Alguns estudos mostraram avanços, tais como este “Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire” de Fernandes e Backes (2010) realizado em uma ESF de Cachoeira do Campo (MG), desenvolvido através de círculos de cultura demonstraram que o trabalho em equipe é um ponto primordial, que a Educação em Saúde é uma responsabilidade, que se consideram agentes promotores dessa educação e que o respeito mútuo entre usuários e equipe é importante, apesar de sua prática ainda deparar-se com entraves culturais e receber pouco destaque no cotidiano de trabalho.

A consciência da importância do trabalho em equipe, do respeito entre equipe e usuários e que a Educação em Saúde é uma responsabilidade que o profissional de saúde precisa assumir e trata-se de grande passo para a libertação e enfrentamento dos entraves encontrados para reorganização da ESF embasada nos princípios de transformação da realidade. Freire (2011a) afirma que a libertação é um parto doloroso, entretanto sua viabilidade é através da superação da realidade que oprime e que mesmo limítrofe o homem é capaz de vencer os obstáculos através do diálogo e da conscientização, objetivando formar cidadãos transformadores da ordem social, econômica e política injusta.

Maxta et al. (2010) apresenta a atividade “Bingão da saúde” como proposta diferenciada de gestão participativa e cuidado numa ESF de São Carlos (SP), articulada com os pressupostos da política de humanização e da Educação Popular em Saúde, com foco na democratização e na descentralização da gestão e

cuidado, reconhecendo os usuários-cidadãos e os sujeitos-trabalhadores como atores de práticas coletivas no âmbito comunitário. É valorizada a cooperação e a disposição coletiva que permitem partilhar saberes e práticas de saúde, através do jogo denominado “bingo”, onde são destacados temas, falas, pensamentos e interações como meio comum de expressões e significações comunitárias para os momentos da unidade de saúde. Esse processo vem permitindo o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e usuários, a troca de saberes para a gestão em saúde em seus conselhos locais, e principalmente mostrando que é possível fazer acontecer de forma diferente.

Temos outras experiências exitosas, tais como mostra Araújo, Dias e Bustorff (2011) através de pesquisa exploratória e quantitativa realizada em uma ESF de Campina Grande (PB), objetivando apresentar a atuação dos profissionais de saúde nas ações educativas e identificar como os mesmos as instrumentalizam, os resultados evidenciaram que as ações educativas são praticadas numa perspectiva participativa e agregada a multiplicações de informações, que os grupos ativos recebem apoio necessário, que as informações são bem compreendidas e os instrumentos metodológicos diversificados, colaborando para o seu sucesso.

Outro estudo, realizado em Rio Negro (MS) que investigou a contribuição da Educação Popular para a reorganização da APS, através de entrevistas com usuários e profissionais de uma ESF, diários de campo, arquivos de fotografias, áudio, vídeo, publicações, relatórios e informações de um blog. A análise dos dados evidenciou evolução no processo de cuidado, humanização das relações entre profissionais e usuários, compreensão do fazer em APS e satisfação profissional, constatando que a Educação Popular é coerente e positiva para a ESF atingir seus pressupostos (PRADO; SALES; NOMIYAMA, 2014).

A Educação Popular em Saúde propicia o encontro entre profissionais de saúde e usuários, fomenta o diálogo e a troca de experiência, oportuniza momentos de reflexão que possibilitam o aprendizado consciente. As práticas de saúde decorrem de experiências de ensino-aprendizagem, de construções do saber, da valorização de aspectos culturais, sociais e políticos. Os profissionais de saúde devem utilizá-la como instrumento de reconstrução dos seus saberes e práticas, perpassando todos os aspectos do viver humano, consolidando assim a ESF como caminho de reestruturação da APS, e assegurar os direitos Constitucionais e os princípios do SUS.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O marco teórico adotado para o percurso deste estudo possui como base substancial o pensamento encontrado nas obras de Paulo Freire, ou seja, aqueles que estão relacionadas aos princípios orientadores da PNEPS-SUS (diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático popular), por favorecerem a transformação dos seus objetivos em ações de intervenção e transformação da realidade a curto, médio e longo prazo, reafirmando que “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 2011c, p. 24). Isto se encontra aglutinado à proposta de reconstrução e ressignificação dos saberes e práticas educativas no âmbito da ESF.

Antes da abordagem de cada um dos princípios orientadores da PNEPS-SUS, faz-se imprescindível descrever um pouco a gênese de Paulo Freire, grande educador nordestino, que deixou como legado não apenas um método de alfabetizar mundialmente conhecido, mas uma proposta pedagógica e política que rompe paradigmas, reside no aprender a partilhar o conhecimento transformando vidas pessoais e mundo sociais por meio de um saber tornado ação, de forma significativa e humanizadora.

### 4.1 Breve bibliografia de Paulo Freire

Paulo Reglus Neves Freire nasceu no dia 19 de setembro de 1921 em Recife (PE), filho caçula de uma família tradicional cristã da classe média, sendo seu pai militar e sua mãe dona de casa, aprendera a ler com eles sob as sombras das mangueiras no quintal de sua casa, escrevendo no chão com um graveto, retratava o que ele percebia do mundo, como o mundo se mostrava ante seus olhos e não o mundo que mostravam a ele, fato este que influenciou drasticamente sua atuação e sua obra anos depois (FREIRE, 1989 apud CAVALCANTE, 2014).

Freire entrou para a Universidade do Recife em 1943, para cursar a Faculdade de Direito, mas nunca exerceu a profissão, preferindo trabalhar como professor numa escola de segundo grau lecionando língua portuguesa. Em 1961 tornou-se diretor do Departamento de Extensões Culturais da Universidade do

Recife, quando realizou junto com sua equipe as primeiras experiências de alfabetização popular que levariam à constituição do Método Paulo Freire, que tinha como pré-requisito o estudo de palavras geradoras, as quais faziam parte do contexto dos próprios estudantes a fim de que uma alfabetização consciente fosse consolidada, a partir do próprio contexto sócio histórico dos alfabetizados (REIS, 2012).

Em 1963 obteve a consagração de seu método, quando em Angico (RN), ensinou 300 cortadores de cana a ler e a escrever em 45 dias. Em resposta aos eficazes resultados, o governo brasileiro, sob a presidência de João Goulart, aprovou a multiplicação dessas primeiras experiências num Plano Nacional de Alfabetização, chamando Freire à Brasília para coordenar, no Ministério da Educação e Cultura, a criação do Programa Nacional de Educação (BORGES JUNIOR, 2015).

Reis (2012) mostra que a carreira de Freire no Brasil foi interrompida pelo golpe militar de 31 de março de 1964. Acusado de subversão, passou 72 dias na prisão e, em seguida, exiliou-se no Chile, trabalhando por cinco anos no Instituto Chileno para a Reforma Agrária (ICIRA), quando escreveu seus principais livros: “Educação como prática da liberdade” (1967) e “Pedagogia do oprimido” (1968).

Em 1969, lecionou na Universidade de Harvard (EUA), e, na década de 1970, foi consultor do Conselho Mundial das Igrejas (CMI), em Genebra (Suíça). Nesse período, deu consultoria educacional a governos de países pobres, a maioria no continente africano, que viviam na época um processo de independência, mas apenas no final de 1971, fez sua primeira visita a Zâmbia e Tanzânia. Em seguida, passou a ter uma participação mais significativa na educação de Guiné-Bissau, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe. Também influenciou as experiências de Angola e Moçambique (ANTUNES, 2015).

Em 1980, depois de 16 anos de exílio, retornou ao Brasil para “reaprender” seu país. Lecionou na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Em 1985, morreu sua primeira esposa, Elza Freire com que teve cinco filhos. Paulo ficou extremamente depressivo, mas após dois anos de viuvez casou-se com Ana Maria Freire, sua ex-aluna e antiga amiga (REIS, 2012).

Segundo Antunes (2015) em 1989, tornou-se Secretário de Educação no Município de São Paulo, maior cidade do Brasil. Durante seu mandato, fez um

grande esforço na implementação de movimentos de alfabetização, de revisão curricular e empenhou-se na recuperação salarial dos professores. Nesse período escreveu dois livros tidos como fundamentais em sua obra: “Pedagogia da Esperança” (1992) e “À Sombra desta Mangueira” (1995).

Em 1997, tanto o Brasil quanto o mundo perdem uma importante figura histórica no cenário da Educação, Freire morreu em 2 de maio de 1997, em São Paulo, de infarto agudo do miocárdio. Em vida, recebeu 39 títulos Doutor Honoris Causa devido a sua grande importância como educador nacional e também, mundial (BORGES JUNIOR, 2015). Em 13 de abril de 2012 foi sancionada a Lei Nº 12.612 que declara o educador Paulo Freire Patrono da Educação Brasileira (BRASIL, 2012c).

Cavalcante (2014) afirma que o legado educacional de Paulo Freire perpassa décadas na história do Brasil e de outros países mundo afora, sempre impulsionando profissionais e cientistas a realizar as mais diversas experimentações educativas, sendo estes, chamados pelo grande mestre à ousadia da inovação no campo educacional e em tantas outras áreas às quais couberem seus preceitos.

O educador apresentou uma síntese inovadora das mais importantes correntes do pensamento filosófico de sua época, como o existencialismo cristão, a fenomenologia, a dialética hegeliana e o materialismo histórico que aliados ao talento como escritor o ajudou a conquistar um amplo público de pedagogos, cientistas sociais, teólogos e militantes políticos (BORGES JUNIOR, 2015).

O discurso de Paulo Freire, por ter um forte engajamento político e social, buscou despertar no povo uma ação transformadora a partir do conhecimento formal, através da escrita e da leitura, propiciando assim grande contribuição como educador por tratar o ensino como um fato de linguagem, como circunstância política, aliando conhecimento à consciência cidadã, isso não apenas no âmbito da educação, mas nas mais diversas áreas, inclusive no campo da saúde (REIS, 2012).

## **4.2 Princípios orientadores da PNEPS-SUS**

### **4.2.1 Diálogo**

Em “Educação como prática da liberdade” (1967), Freire faz uma retrospectiva da ausência de diálogo durante o Brasil colônia, assolado pela

exploração; passando ao império, marcado pela inexperiência política das camadas inferiores da população brasileira; às primeiras experiências democráticas, retratadas pelas soluções paternalistas que nega a “comunicação” e, oferece “comunicados”, resultantes de compulsão ou “doação”, fazendo-se “muda” sem que isso seja propriamente inexistência de resposta, mas resposta que falta teor marcadamente crítico. Aborda ainda a transitividade da consciência ingênua para a crítica, aquela marcada por explicações fabulosas, falta de argumentação e com forte teor de emocionalidade, a outra por sua vez, muito mais dialogal e ativa, voltada para a responsabilidade social e política, caracterizando-se pela profundidade na interpretação dos problemas (FREIRE, 2011a).

Esse processo histórico da falta de diálogo repercute ainda hoje nas práticas educativas no âmbito da ESF, perpetuando assim a Educação em Saúde de forma normativa, seja pela continuidade do modelo biomédico (FERREIRA et al., 2014), pela formação conservadora dos profissionais de saúde (BRACCIALLI; VIEIRA, 2012), ou ainda pela falta de qualificação adequada para o desenvolvimento dessas ações, bem como devido a sobrecarga de trabalho dos profissionais (OLIVEIRA et al., 2014).

Confirmando a necessidade do desenvolvimento da criticidade através do diálogo e com base na realidade vivenciada por cada indivíduo, a PNEPS-SUS aborda o ser humano como sujeito em constante construção e aprendizado, que não há quem tudo sabe, nem quem nada sabe, mostrando a importância dos valores desse sujeito, bem como do diálogo para a edificação do conhecimento:

Dialogar é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, portanto, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade. O diálogo acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade contribuindo com os processos de transformação e humanização. Contrapõe-se assim, à visão de mundo estática e pessimista, ao afirmar que o mundo e os sujeitos que dele fazem parte e o constroem estão em permanente transformação. (BRASIL, 2013, p. 14).

Freire (2011a) reiterava a preocupação com uma educação para o desenvolvimento e para a democracia, que oferecesse ao educando instrumentos de resistência e “desenraizamento” da civilização industrial, ampliando as condições de existência do homem viabilizado pelo diálogo:

Uma educação que possibilitasse ao homem a discussão corajosa de sua problemática. De sua inserção nesta problemática. Que o advertisse dos perigos de seu tempo, para que, consciente deles, ganhasse a força e a coragem de lutar, ao invés de ser levado e arrastado à perdição de seu próprio “eu”, submetido às prescrições alheias. Educação que o colocasse em diálogo constante com o outro. Que o predispusesse a constantes revisões. À análise crítica de seus “achados”. A uma certa rebeldia, no sentido mais humano da expressão. Que o identificasse com métodos e processos científicos. (FREIRE, 2011a, p.97).

Nesse sentido, para superação da escola autoritária e tradicional, Freire lançou o Círculo de Cultura, que em lugar do professor, com tradições fortemente “doadoras”, tem-se a figura do coordenador de debates; em lugar do aluno, com tradições passivas, tem-se o participante de grupo; em vez de “pontos” e de programas alienados, tem-se a programação compacta, “reduzida” e “codificada” em unidades de aprendizado; aponta ainda o diálogo como condição essencial, fazendo parte da tarefa do coordenador viabilizá-lo, essa matriz que atribui sentido a uma prática educativa só pode alcançar efetividade e eficácia na medida da participação livre e crítica dos educandos, sendo peça fundamental no movimento de educação popular (FREIRE, 2011a).

Marinho (2009) ao estudar o “Círculo de Cultura: origem histórica e perspectivas epistemológicas” apresenta como esse movimento iniciado no Recife em 1960 por Paulo Freire, impulsionou a articulação das organizações populares em direção da transformação das realidades sociais opressoras, tendo como base a comunicação, especialmente nas possibilidades do diálogo, pois as ideias freireanas sobre o homem e a vida são marcadas pelo princípio dialógico, constituidor da existência humana, de que a interação entre os sujeitos é o princípio fundador tanto na linguagem quanto na consciência. Nessa perspectiva dialógica, a PNEPS-SUS parte para a realidade desafiadora, problematiza-a para contribuir com a elaboração de estratégias que superem dos desafios e ampliem a capacidade crítica através do diálogo, definindo-o:

O diálogo é colaboração, troca, interação e se faz numa relação horizontal em que a confiança de um no outro é consequência. Implica um respeito mútuo que o autoritarismo não permite que se constitua. O pensamento crítico de um, não anula o processo de construção do pensamento crítico do outro e os conflitos são explicitados e não silenciados. Não nivela, não reduz um ao outro, não é bate-papo ou conversa desinteressada; a palavra traz a riqueza da história de vida de cada um e seu posicionamento, avaliação e coerência entre o pensar e o agir frente à realidade. (BRASIL, 2013, p. 15).

Em “Pedagogia do oprimido” (1968), Freire faz algumas considerações em torno da essência do diálogo, aprofundando as afirmações da dialogicidade como prática libertadora feitas em “Educação como prática da liberdade” (1967), destacando a palavra como o fenômeno humano que revela algo que se pode dizer ser ele mesmo, mas na análise do diálogo essa palavra é mais que um meio, impõe buscar seus elementos constitutivos, apresenta ação e reflexão solidárias entre si em uma interação tão radical que uma delas se ressentir imediatamente a outra, afirmando assim que “Não há palavra verdadeira sem práxis. Daí, que dizer que a palavra verdadeira é transformar o mundo”. (FREIRE, 2011b, p.44).

É preciso que isso aconteça na ESF para ressignificação das práticas educativas, que o diálogo proporcione mais que simples palavras, mas uma prática libertadora contrapondo-se à prescritiva, numa perspectiva crítica de construção do conhecimento, de novos saberes, que parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes e iniciativas, como destacado na PNEPS-SUS: “Implica escuta interessada, humildade para aprender, amorosidade para o encontro, esperança na mudança de si, do outro e da realidade”. (BRASIL, 2013, p. 15).

Com base na quebra com os paradigmas tradicionais, Freire (2011a) chama atenção para a violência do antidiálogo presente no assistencialismo que, impõe ao homem mutismo e passividade, sem oferecer-lhe condições especiais para o desenvolvimento ou a “abertura” de sua consciência, ressaltando que, nas democracias autênticas, esta há de ser cada vez mais crítica, fazendo então um chamado:

Opúnhamo-nos a estas soluções assistencialistas, ao mesmo tempo em que não aceitávamos as demais, porque guardavam em si uma dupla contradição. Em primeiro lugar, contradiziam a vocação natural da pessoa — a de ser sujeito e não objeto, e o assistencialismo faz de quem recebe a assistência um objeto passivo, sem possibilidade de participar do processo de sua própria recuperação. Em segundo lugar, contradiziam o processo de “democratização fundamental” em que estávamos situados. (FREIRE, 2011a, p. 63).

Freire (2011a) continua argumentando que importa realmente, é ajudar o homem a ajudar-se, bem como aos povos. É fazê-lo agente de sua própria recuperação, pondo-o numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas através do encontro com o outro mediatizado pelo diálogo. Isso se apresenta como uma perspectiva da PNEPS-SUS:

O diálogo não torna as pessoas iguais, mas possibilita nos reconhecermos diversos e crescermos um com o outro; pressupõe o reconhecimento da multiculturalidade e amplia nossa capacidade em perceber, potencializar e conviver na diversidade. (BRASIL, 2013, p. 15).

O diálogo torna-se imprescindível para o novo modelo de práticas educativas na ESF, pois a Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde apresentam-se favoráveis à comunicação, troca de experiência, reflexão crítica e construção do conhecimento.

#### 4.2.2 Amorosidade

A amorosidade esteve presente em todo o contexto vivenciado por Freire ao longo de sua vida, marcando positivamente suas vivências de diálogo amoroso com sua mãe, seu pai, sua professora, seus amigos e de todos que fizeram parte dessa trajetória, bem como com o mundo ao seu redor, proporcionando assim a experiência do vivido que o constituiu cidadão do planeta, demonstrando que é necessário preservar o que há de bom, e o mesmo tempo tornar-se autor de suas próprias histórias, desenvolvendo a capacidade de pensar, de julgar e de cuidar do mundo (TONIOLO, 2010).

Freire como educador, assumiu a posição de quem apresenta a educação diante do mundo e das novas gerações com amorosidade, considerando-a um ato de amor, sentimento em que homens e mulheres veem-se como seres inacabados e, portanto, receptivos para aprender, e ao mesmo tempo afirmando que não pode haver diálogo se não houver um profundo amor ao mundo e aos homens, e que se o amor é fundamento para o diálogo, esse amor é também diálogo (FREIRE, 2011b).

A PNEPS-SUS valoriza a amorosidade para a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, favorecendo assim que essa comunicação perpassa conhecimentos e argumentações lógicas, que o saber científico seja complementado pelo conhecimento popular, sendo uma dimensão importante na superação de práticas desumanizantes (BRASIL, 2013).

Dessa forma, a amorosidade e o diálogo constituem-se como elementos indispensáveis para que ocorra, no processo educativo, o acolhimento do outro

enquanto sujeito portador de direitos e construtor de saberes, cultura e história, proporcionando ainda que o afeto se torne elemento estruturante da busca pela saúde, da criação de vínculo, que a emoção influencie simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade (BRASIL, 2013).

Esses aspectos supracitados foram ressaltados por Freire ao caracterizar o amor como uma intercomunicação íntima de duas consciências que se respeitam, onde cada um tem o outro como sujeito, não propriedade, de seu amor:

Daí que seja essencialmente tarefa de sujeitos e que não possa verificar-se na relação de dominação. Nesta, o que há é patologia de amor: sadismo em quem domina; masoquismo nos dominados. Amor, não, porque é um ato de coragem, nunca de medo, o amor é compromisso com os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa de sua libertação. Mas, este compromisso, porque é amoroso, é dialógico. (FREIRE, 2011b, p. 45).

Constata-se que a amorosidade para Freire não se inspira num sentimentalismo vago, mas na radicalidade de uma exigência ética. Não se trata, portanto, de um amor romantizado, permissivo, sufocante. Ao contrário, este amor liberta, sem ser dominador, constituindo-se como compromisso entre os seres humanos.

A PNEPS-SUS corrobora o pensamento freireano ao pontuar o afeto e a humildade, como constituintes da amorosidade, diferenciando-se das situações de submissão presentes nas relações de dependência emocional, não podendo ser confundida com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado. Ao contrário, fortalece o compromisso com a superação de situações de sofrimento e injustiça, e enquanto referencia para a ação política, pedagógica e de cuidado, a amorosidade amplia o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais em situação de iniquidade, por criar laços de ternura, acolhimento e compromisso que antecedem às explicações e argumentações (BRASIL, 2013).

A Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde quando perpassadas pela afetividade, amorosidade e dialogicidade, oportuniza o desenvolvimento da educação como prática de liberdade e de humanização: “o encontro amoroso entre os homens que, mediatizados pelo mundo, o ‘pronunciam’, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de

todos” (FREIRE, 2010, p. 43). É indispensável o reconhecimento da dimensão pedagógica das relações humanas como parte constitutiva do trabalho em saúde:

Educar é antes de tudo um processo de humanização. Humanizar é situar os processos e práticas educativas no cerne, nos anseios, e nas lutas dos setores populares. A educação problematiza a própria vida humana e busca a construção de sentidos para qualificá-la e fortalece-la em todas as suas dimensões. (BRASIL, 2013, p. 126).

A PNEPS-SUS retrata que a amorosidade traz um novo significado ao cuidado em saúde, fortalecendo processos inovadores já em construção no SUS como a humanização, o acolhimento, a participação social e o enfrentamento das iniquidades em saúde (BRASIL, 2013).

#### 4.2.3 Problematização

Na teoria de Freire (2011b), o ensino problematizador opõe-se ao ensino tradicional, este é instrumento de dominação, enquanto aquele busca constantemente a libertação. Na educação tradicional o professor ministra aulas expositivas, adotando uma postura conceituada como “depositária”, daí ser também chamada de “bancária”, ao entender-se a si mesmo como alguém que transmite o conhecimento narrando fatos e conceitos, e não como facilitadores do aprendizado do educando, mas sim como obrigação (MORETTI-PIRES et al., 2010). Quanto ao papel do educador e educando no ensino problematizador, Freire relata:

A tarefa do educador, então, é a de problematizar aos educandos o conteúdo que os mediatiza, e não a de dissertar sobre ele, de dá-lo, de estendê-lo, de entregá-lo, como se se tratasse de algo já feito, elaborado, acabado, terminado. Neste ato de problematizar os educandos, ele se encontra igualmente problematizado. A problematização é a tal ponto dialética, que seria impossível alguém estabelecê-la sem comprometer-se com seu processo. Ninguém, na verdade, problematiza algo a alguém e permanece, ao mesmo tempo, como mero espectador da problematização. (FREIRE, 2010, p. 56).

Moretti-Pires et al. (2010) descrevem que, paralelamente, a problematização supõe a reflexão como ação transformadora inseparável do ato cognoscente mediatizado pelo objeto cognoscível e, como ele, inseparável das situações concretas, mesmo que ocorra sobre os conteúdos já elaborados, e o espaço educacional é construído a partir das situações vividas pelos educandos e,

com isso, implica em um retorno crítico a essas, produzindo conhecimento e cultura em um mundo e com o mundo:

Esta problematização, que se dá no campo da comunicação em torno das situações reais, concretas, existenciais, ou em torno dos conteúdos intelectuais, referidos também ao concreto, demanda a compreensão dos signos significantes dos significados, por parte dos sujeitos interlocutores problematizados. Esta inteligência dos signos vai-se dando na dialogicidade que, desta forma, possibilita a compreensão exata dos termos, através dos quais os sujeitos vão expressando a análise crítica do problema em que se acham empenhados. (FREIRE, 2010, p. 56).

A PNEPS-SUS adota a problematização enquanto um de seus princípios, considerando a existência de relações dialógicas na experiência prévia dos sujeitos, alicerçada na leitura crítica da realidade, de situações desfavoráveis presentes no seu cotidiano, de suas potencialidades para transformação e superação através de ações:

Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Contudo, não apenas identifica problemas, mas sim, no processo de superação das situações limite vivenciadas pelos sujeitos, são resgatadas potencialidades e capacidades para intervir. (BRASIL, 2013).

Todos são capazes de fazer uma leitura boa ou ruim do mundo que os rodeia, mas essa análise e compreensão da realidade não pode seguir um processo mecânico de decodificação de signos, impõe desafio, requer estímulo e provocação, ou seja, necessita de problematização. O ato de conhecer e o conhecimento provêm da ação-reflexão-ação baseada na experiência de vida articulada dialógica e dialeticamente, e adquirem sentido no processo de realização do ser humano, concernente com sua vocação ontológica de “ser mais” (FREIRE, 2011e). Corroborando essa concepção freireana, a PNEPS-SUS ressalta que:

A ampliação do olhar sobre a realidade com base na ação-reflexão-ação e o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização permite que homens e mulheres se percebam sujeitos históricos, configurando-se em um processo humanizador, conscientizador e de protagonismo na “busca do ser mais”. (BRASIL, 2013, p.127).

A problematização nas ações de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde é um ponto de transformação do processo de trabalho da ESF, a partir

das vivências cotidianas, através do diálogo e da dialética apresenta potencial para a modificação dos espaços, ressignificação dos sujeitos e suas práticas via interlocução de saberes, desenvolvimento do trabalho coletivo, oportunizando um movimento instituinte de novas relações e formas de fazer saúde.

#### 4.2.4 Construção compartilhada do conhecimento

A construção compartilhada do conhecimento é a consequência da ruptura com a transmissão do saber da educação “bancária”, acontece mediante o estabelecimento de provocações, aumentando assim a capacidade do sujeito participar como agente de transformação social mediante a detecção de problemas e busca por soluções originais para esses (MITRE et al., 2008 apud MARINHO, 2014).

As técnicas pedagógicas do método freireano favorecem a participação dos sujeitos envolvidos na exploração crítica do mundo ao seu redor, considerando o processo histórico e cultural, a realidade que os circunda e na qual eles se reconhecem, conscientizam-se, constroem o conhecimento, elaboram projetos de recriação desse mundo e comprometem-se com esses planos através da ação (FREIRE, 2011b).

A PNEPS-SUS define “conhecer” e “construção compartilhada do conhecimento” como:

Conhecer é um processo histórico e cultural socialmente construído. Construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. Incorpora sonhos, esperanças e visões críticas e os direciona na produção de propostas de enfrentamento e superação dos obstáculos historicamente constituídos em situações limites para a vida cotidiana de forma a desenvolver novas práticas, procedimentos e horizontes. (BRASIL, 2013, p. 16).

Para essa construção do conhecimento, o diálogo faz-se essencial, sendo a base do processo de mediação dos seres humanos e do caráter histórico social. Freire (2011b, p. 79) afirma: “[...] o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado [...]”. Gadotti (2004) apud Cavalcante (2014) afirma que

foi assim que Freire idealizou um método de educação construído sob o diálogo entre educador e educando, em que cada um contribui com uma parcela na produção do conhecimento, revelando aspectos do mundo vivenciado pelos sujeitos, que é sistematizado em questões referentes à prática social para o exercício da cidadania, na perspectiva da participação política, buscando soluções para problemas da vida e do trabalho.

Assim, o diálogo constitui-se condição para a mediação dos conhecimentos, pois é a partir da tomada de consciência sobre os fatos do cotidiano que o homem, interage com a realidade, reelabora e até mesmo desconstrói saberes, visando assim uma nova construção, alicerçada em parâmetros cognitivos, aspectos motivacionais, reflexão e criticidade, podendo assim intervir como agente transformador de si mesmo e dessa realidade (COUTINHO; LISBOA, 2011).

Corroborando as ideias supracitadas, a PNEPS-SUS considera também a construção compartilhada do conhecimento como resultante do diálogo, envolve a integração e articulação de saberes e práticas de forma participativa, protagônica e criativa para a conquista da saúde:

O compartilhamento de um grupo ou coletivo na produção de ideias, intenções, planos e projetos na esfera da teoria, da técnica ou da sabedoria prática tem como base a prática do diálogo que acontece no encontro com formas diferentes de compreender os diversos modos de andar a vida, nas rodas de conversa com os coletivos sociais, na complementaridade entre as tecnologias científicas e populares e nos amplos sentidos que a saúde apresenta. (BRASIL, 2013, p. 16).

É imperativo destacar a participação dos sujeitos no processo de construção do conhecimento mediatizados pelo diálogo na ESF, não se restringindo aos trabalhadores de saúde, mas também com a participação dos usuários, superando assim a condição de seres passivos, meros receptores do conhecimento como algo pronto e acabado, resultante de uma relação de saber verticalizada, ao contrário proporciona, condição de sujeitos ativos, capazes de construir respostas coletivas para os problemas advindos da prática, do cotidiano da comunidade.

#### 4.2.5 Emancipação

Freire apresenta a educação problematizadora como um recurso emancipatório para a opressão “[...] Para a educação problematizadora, enquanto um quefazer humanista e libertador, o importante está, em que os homens submetidos à dominação, lutem por sua emancipação” (FREIRE, 2011b, p. 43), entendendo assim a emancipação social como um fazer cotidiano inventivo e histórico permeado de desafios e possibilidades, vivenciado em meio às contradições, nos múltiplos lugares e nas mais variadas dimensões da vida social (LOPES, 2011).

Emancipação é definida pela PNEPS-SUS enquanto:

[...] um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. (BRASIL, 2013, p. 17).

Nesse sentido, a coletividade é fortalecida na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos, sejam protagonistas das transformações sociais por meio de alguns fundamentos do processo educativo freireano que foram adotados pela Educação Popular em Saúde, tais como o diálogo, a reflexão, a amorosidade, a criatividade e autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro, através do reconhecimento de que os sujeitos são os agentes de sua história, trajetória, cultura e valores (BRASIL, 2013).

Assim, emancipação é o processo de resgate da humanidade roubada por fatores como a fome, o desemprego, as condições desumanas e as injustiças que os setores populares enfrentam (FREIRE, 2011b).

A Educação Popular em Saúde com suas matrizes problematizadoras reconhecem a dimensão pedagógica das relações humanas como parte constitutiva do trabalho em saúde. Educar é antes de tudo humanizar, situando os processos e práticas educativas no cerne, nos anseios e nas lutas populares, problematizando a própria vida humana na busca de construção de sentidos, qualificando-a e fortalecendo-a em todas as suas dimensões, isso é emancipação, dignidade e justiça (BRASIL, 2013).

A PNEPS-SUS ressalta a importância da emancipação como referencial na prática cotidiana da saúde:

[...] pressupõe a construção de processos de trabalho onde os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo de saúde e doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas e radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde em busca do inédito viável. (BRASIL, 2013, p.17).

Em “Pedagogia do Oprimido” Freire (2011b) trata do "inédito-viável", partindo do pressuposto que mulheres e homens como corpos conscientes sabem bem ou mal de seus condicionamentos e de sua liberdade, e encontram no cotidiano as “situações-limites” que são obstáculos que precisam ser vencidos, podendo ser bastante variada as atitudes deles diante dessas barreiras. Quando essas “situações-limites” são percebidas criticamente, sentem-se desafiados a agir para resolução do problema da melhor maneira possível, com esperança e confiança. As ações necessárias para isso são chamadas “atos-limites”, implicando dessa forma uma postura decidida frente ao mundo. Os que servem aos dominantes consideram que nada há que fazer perante as “situações-limites”, restando adaptarem-se a elas. Os oprimidos quando passam a ser “percebidos-destacados”, mediatizados pelo diálogo e reflexão, sentem mobilizados a agir e a descobrirem o "inédito-viável", transpondo assim a "fronteira entre o ser e o ser-mais". Essa práxis libertadora que passa pela teoria da ação dialógica freireana pode ser chamada a emancipação dos sujeitos.

#### 4.2.6 Compromisso com a construção do projeto democrático popular

Os princípios filosóficos, políticos e pedagógicos freireanos foram sempre referenciados no desejo de liberdade, justiça, ética e autonomia do ser humano. Freire (2011b; 2011c) chama a atenção para a necessidade de uma educação emancipadora, dialógica, participativa e democrática, refletindo sobre a importância de conhecer a maneira como mulheres e homens interpretam o mundo e agem sobre ele para transformá-lo. Estava preocupado em elaborar uma pedagogia comprometida com a melhoria das condições de existência das populações oprimidas, partindo da realidade em que estavam inseridos os educandos e

contando com a intensa participação de todos que dela faziam parte (FREIRE, 2011b).

O compromisso de construção do projeto democrático popular é reafirmado pela PNEPS-SUS, ou seja, trata-se da edificação de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados, ou seja:

A construção desse projeto democrático e popular pressupõe a superação da distância entre o país que temos e o que queremos construir, superando as diversas formas de exploração, alienação, opressão, discriminação e violência ainda presentes na sociedade que desumanizam as relações, produzem adoecimento e injustiças, visando à transformação da realidade, com vistas à emancipação. (BRASIL, 2013, p. 17).

A Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde proporcionam a formação humana de cunho emancipatório para a construção do sonhado projeto democrático popular, capacita os sujeitos para serem atores de políticas públicas com forte consciência de que são sujeitos de direitos, com capacidade de leitura crítica da realidade e de tomada de decisão, capazes de organizarem instituições de direito, que honrem o bem público, tenham responsabilidade no exercício do poder, respeitem as regras decididas em processos participativos, e reconheça e valorizem a diversidade humana (BRASIL, 2013).

A PNEPS-SUS apresenta o projeto democrático e popular como promotor de vida e saúde, caracterizando-o por princípios como a valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia participativa; organização solidária da economia e da sociedade; e acesso e garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS como parte constitutiva deste projeto (BRASIL, 2013).

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.1 Tipo de estudo

O estudo possui abordagem qualitativa por trilhar caminhos de compreensão e interpretação social. De acordo com Minayo (2014), o método de abordagem qualitativo tem a capacidade de incorporar questões inerentes do significado e da intencionalidade dentro das estruturas sociais, tanto no seu advento quanto na sua transformação, para os sujeitos estudados, como construções humanas significativas, partindo da necessidade de compreender e comprovar a existência de fenômenos, tendo como foco de interesse o homem dentro de todo seu universo de razões e emoções, um ser subjetivo, particular e com toda sua complexidade. Neste sentido, utiliza-se das inquietações do pesquisador, como força motriz da origem do questionamento frente aos fenômenos, sendo esta uma luta interior para busca da compreensão das questões humanas, análise e descrição de vivências, partindo dos significados, das representações, das simbolizações, das percepções e do ponto de vista dos sujeitos estudados considerando assim seu aspecto êmico (TURATO, 2010).

Esse estudo é do tipo Pesquisa-intervenção, que consiste em uma tendência das pesquisas participativas. Estas representam uma crítica à política positivista de pesquisa, caracterizando-se pelo envolvimento dos pesquisadores e dos pesquisados no processo de pesquisa, que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, de modo que o conhecimento produzido esteja permanentemente disponível para todos e possa servir de instrumento para ampliar a qualidade de vida da população. A Pesquisa-intervenção aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais da pesquisa, ampliando as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta transformadora da realidade sócio-política, propondo uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social (GIL, 2010; SANTOS, 2010).

De acordo com Pezzato e L'Abbate (2012), a gênese da Pesquisa-intervenção está ligada ao movimento institucionalista surgido na França em 1960 e trazido para o Brasil em 1970, que trabalhava com a contradição, seguindo uma lógica dialética. Instituição é definida como um movimento dinâmico e dialético: do instituído (do que é estabelecido, ou seja, normas e leis), do instituinte (exprime a

particularidade, a negação do instituído; coloca em questão o que ainda não é instituído, mas pode vir a ser) e a institucionalização (é o resultado entre os movimentos instituído e instituinte, ou seja, o equilíbrio metaestável, não sendo síntese definitiva; instituição é então um objeto virtual, produzido pela análise, que a elabora ao mesmo tempo em que a interpreta, sendo mais que um objeto real, apesar de imaterial; a instituição pode ser apreendida por intermédio da materialidade da organização).

Partindo deste pressuposto, pode-se considerar a Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde uma instituição fortemente estabelecida, apesar das contradições da hegemonia do modelo de educação tradicional que vigora nas práticas educativas da ESF, mas com potencialidade de ser compreendida e transformada, integrando-a ao contexto de vida da comunidade. É nesse contexto que a Pesquisa-intervenção e o Método Paulo Freire interligam-se, pela perspectiva transformadora que parte da investigação de temas intrínsecos da realidade dos autores envolvidos, do diálogo entre pesquisador e participantes que proporciona a reflexão acerca de fatores implícitos que podem propor novas ações sobre o cotidiano das práticas pedagógicas humanizadoras, que primam pela dignidade humana integral, tendo a educação como processo de produção e construção de conhecimento individual e coletivo, mediatizada pelo mundo (FREIRE, 2011a).

Damiani et al. (2013) defendem a pertinência de considerar essas intervenções como pesquisa, chamando a atenção para seu caráter aplicado, ou seja, têm como finalidade contribuir para a solução de problemas práticos. A importância das pesquisas aplicadas ou pesquisas no mundo real dar-se por serem realizadas sobre e com pessoas fora do ambiente protegido de um laboratório, diminuindo assim a distância e entre o conhecimento tradicionalmente produzido no mundo acadêmico e a prática do que se faz, pois subsidiam tomadas de decisões acerca de mudanças, promovem melhorias nos sistemas já existentes e proporciona a avaliação das inovações.

Freire (2011c) relata que o ato de pesquisar é indissociável do fazer, do educar, compreendendo a pesquisa como fundamental ao crescimento do pensamento crítico:

Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses quefazer se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino, continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me

indago. Pesquisa para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade. (FREIRE, 2011c, p. 30).

As intervenções também podem ser consideradas como pesquisas por se assemelharem aos experimentos, no sentido de que ambos estão ocupados com a tentativa de inovar e observar o que acontece (DAMIANI, 2013). Os experimentos, no entanto, são regidos primordialmente pelo paradigma de pesquisa quantitativa, que de acordo com Gil (2010), consistem em determinar um objeto de estudo, selecionando variáveis capazes de influenciá-lo, bem como as formas de controle e de observação que estas produzem sobre aquele, sendo esses procedimentos que lhes conferem confiabilidade científica.

Enquanto que nas pesquisas interventivas regidas pela abordagem qualitativa não há preocupação com controle de variáveis, pois não objetiva estabelecer causa e efeito, nem fazer generalizações ou previsões exatas a partir dos seus achados. Nas intervenções, a intenção é descrever detalhadamente os procedimentos realizados, avaliando-os e produzindo explicações plausíveis, sobre seus efeitos, fundamentadas nos dados e em teorias pertinentes. Os cruzamentos de dados coletados por meio de diferentes instrumentos, a reflexividade e a validação comunicativa são os aspectos que imputam boa qualidade às pesquisas qualitativas (DAMIANI et al., 2013).

Damiani et al. (2013) discorrem que a classificação da intervenção como pesquisa é apoiada pelas convergências com a Pesquisa-ação de Thiollent (2011), que possui procedimento metodológico consagrado, por compartilharem os mesmos paradigmas investigativos, tais como o intuito de produzir mudanças, a tentativa de resolução de um problema, o caráter aplicativo, a necessidade de diálogo com um referencial teórico e a possibilidade de produzir conhecimento. Apontam também as divergências entre a Pesquisa-intervenção e a pesquisa-ação, ressaltando que muitos partidários desta, atribuem-lhe objetivos emancipatórios de caráter político social, o que não necessariamente ocorrerá naquela. A principal diferença entre elas está no quesito participação dos sujeitos envolvidos na fase de planejamento, obrigatoriamente presente na Pesquisa-ação, sendo que na Pesquisa-intervenção o pesquisador é quem identifica o problema e traça o planejamento para tentar solucioná-lo, embora esteja aberto para receber críticas e sugestões como contribuições dos sujeitos-alvo, caso específico desse estudo.

## 5.2 Cenário da intervenção

A Pesquisa-intervenção desenvolveu-se na Unidade Básica de Saúde (UBS) 33/ Pio XII 04 em Juazeiro do Norte (CE), onde a pesquisadora atua como Enfermeira da ESF 33.

Juazeiro do Norte localiza-se na região do Cariri, no sul do estado do Ceará, a 533 km da capital Fortaleza e com área é de 248,558 km<sup>2</sup>. Tem na figura do Padre Cícero Romão Batista um marco cultural e é uma cidade que atrai milhares de fiéis durante as romarias pela sua característica do turismo religioso. A população do município em 2015, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 266.022 habitantes (JUAZEIRO, 2015; IBGE, 2015).

FOTOGRAFIA 01- Estátua do Padre Cícero, Juazeiro do Norte (CE)



Fonte: (TENÓRIO, 2015).

No âmbito da Saúde Juazeiro do Norte (CE) pertence a 21<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). Em 1997 o município desencadeou um processo de reorientação do modelo de atenção à saúde em substituição ao tradicional de assistência centrado nas ações meramente curativas e individualizado. Na organização do sistema de saúde de Juazeiro do Norte (CE), de acordo com os princípios da hierarquização do SUS, a ESF foi a principal proposta para compor a

APS como a porta de entrada do usuário no sistema. Sua APS conta com 67 equipes de ESF e com 12 PACS, garantindo cobertura de 85% da população. A essas equipes, juntam-se 522 ACS. Conta também com 35 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e com cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (JUAZEIRO, 2015; CARNEIRO, 2015).

Na atenção especializada, o município dispõe de Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Infantil Maria Amélia Bezerra de Menezes, Hospital Municipal e Maternidade São Lucas (serviço terceirizado), Assistência Médica Especializada (funcionando no antigo prédio do Hospital Tasso Ribeiro Jereissati), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO Municipal e Regional), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS AD III 24 Horas) e Centro de Dermatologia. Outros estabelecimentos de saúde oferecem suporte a estes, tais como Central de Regulação de Serviços de Saúde, Central de Abastecimento Farmacêutico, Unidade de Vigilância em Saúde e Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapia. A Policlínica e o Hospital Regional atendem a região metropolitana do Cariri (CARNEIRO, 2015).

Após o processo de reterritorialização a ESF 33/ PIO XII 04 ficou prestando assistência a 815 famílias, totalizando cobertura de 2.673 pessoas. Desenvolvia além de Consulta Médica e de Enfermagem à população de sua área adstrita, ações dos programas pontuais do MS, tais como Saúde da Mulher (Assistência Pré-Natal, Planejamento Familiar, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e Mamário, etc.), Saúde da Criança (Puericultura; Suplementação de Ferro e Vitamina "A", etc.), Acompanhamento de Patologias Específicas (Assistência ao Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, *Diabetes Mellitus*- DM, Osteoporose, Dislipidemias, Tuberculose, Hanseníase, etc.), Saúde do Adolescente, do Homem, do Idoso e do Trabalhador, Visitas Domiciliares, dentre outros atendimentos. Realiza ainda Procedimentos de Enfermagem, tais como Aferição de Sinais Vitais, Medidas Antropométricas, Curativos, Retirada de Pontos, Aerosolterapia, Glicemia Capilar, Imunização, Terapia de Reidratação Oral, dentre outros.

A ESF 33/ PIO XII 04 possuía colaboração do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) II (que auxiliava outras 10 Equipes) e era composto por Psicóloga, Fisioterapeuta, Assistente Social, Farmacêutico e Profissional de

Educação Física. Esses profissionais auxiliavam na maioria das vezes, atividades de Educação em Saúde com grupos específicos, por exemplo, o Grupo de Idosos existente há mais de sete anos e Grupo de Gestantes, reativado no ano anterior a partir de uma prática de promoção da saúde preconizada pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/URCA. Com a reterritorialização a ESF 33 passou a receber colaboração do NASF I, encontrando-se em reestruturação do seu processo de trabalho.

### **5.3 Participantes**

Os participantes desse estudo foram os dez trabalhadores da ESF 33/Pio XII 04 composta por um Médico, uma Técnica de Enfermagem, uma Agente Administrativa, uma Auxiliar de Serviços Gerais e seis ACS, sendo que a Enfermeira atuou como mobilizadora do processo. Ressalta-se que, apesar da Agente Administrativa e a Auxiliar de Serviços Gerais, possuíam formação de Auxiliar de Enfermagem e sempre contribuíam nas práticas educativas desenvolvidas da UBS, por isso o estudo foi realizado com todos os trabalhadores e não apenas com os que atuam como profissionais de saúde.

Turato (2010) discorre que amostragem em pesquisas qualitativas, dentre elas as participativas, como a Pesquisa-intervenção, ocorre de forma intencionada, ou seja, é uma busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco e têm conhecimento sobre ele, não sendo necessário um grande número de sujeitos que representem as características do todo populacional como nas pesquisas quantitativas, mas poucos sujeitos que representem as características de uma população específica.

Destaca-se também que a Enfermeira da equipe é a pesquisadora e que atuou como mobilizadora da intervenção, como dito anteriormente. Quanto à participação do pesquisador nas pesquisas participativas, remete-se a uma impossibilidade de neutralidade por também ser ator nessa engrenagem que move a produção do conhecimento em meio às práticas sócio históricas e transformação da realidade indesejada, justificando dessa forma possíveis conflitos de interesse (MINAYO, 2010).

Pesquisador e pesquisados enquanto agentes que estão implicados nesse processo de aquisição de conhecimentos e transformação proposto na

Pesquisa-intervenção para a reconstrução de práticas de Educação em Saúde, corrobora o pensamento de Freire (2011c, p. 28), que afirma “[...] nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo”, portanto “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (FREIRE, 2011c, p.25).

Os critérios de inclusão foram os seguintes: que fossem trabalhadores da ESF 33/ Pio XII 04; que estivessem atuando no período de desenvolvimento da pesquisa; e tivessem participado de pelo menos dois encontros da Pesquisa-intervenção.

Quanto aos critérios de exclusão foram: acontecimentos que suspendessem as atividades da ESF 33/Pio XII 04, tais como greve ou catástrofes; e que estivessem de atestado médico ou férias durante a coleta de informação. Registra-se que esses fatos não ocorreram, porém apenas um dos trabalhadores encontrou-se impossibilitado de participar de um dos Círculos de Cultura devido falecimento de ente querido.

#### **5.4 Estratégias e procedimentos**

Para o desenvolvimento deste trabalho foram utilizadas as orientações de Damiani et al. (2013), sobre Pesquisa do tipo Intervenção Pedagógica, defendendo a pertinência de atribuir *status* investigativo a esse tipo de pesquisa, por entendê-la capaz de produzir conhecimento educacional. Dividem a Pesquisa-intervenção nas fases de planejamento, implementação de inferências e avaliação dessas inferências.

A fase de planejamento contemplou a adequação do projeto em parceria com os participantes, quando aconteceu a pormenorização das técnicas que foram utilizadas para investigação ou levantamento de informações, bem como para o desenvolvimento da ação interventiva; forma como foram registradas; como foram ordenadas, classificadas e analisadas, embasando-as no referencial teórico. Enquanto que a implementação de inferências apreciou as mudanças ou inovações que foram destinadas a produzir avanços e melhorias nos processos de aprendizagem dos sujeitos que dela participaram, tendo sido constituída da intervenção propriamente dita. A avaliação dessas inferências foi contemplada

através dos resultados do componente investigativo durante a análise e discussão do processo de intervenção que proporcionou busca de solução para os problemas inicialmente detectados. Por fim, a Pesquisa-intervenção em sua totalidade orientou a elaboração de uma proposta para reconstrução das práticas educativas que posteriormente será validada por especialistas, pois devido ao curto intervalo de tempo exigido para a realização desse estudo, a validação não pôde ser desenvolvida nesse período.

Para o desenvolvimento da Pesquisa-intervenção utilizou-se o Círculo de Cultura, que de acordo com Dantas e Linhares (2014) possui sistematização e fundamentação freireana, é uma proposta pedagógica democrática e libertadora, propõe aprendizado integral, rompendo assim com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto. Essa concepção promove horizontalidade na relação educador-educando, proporciona escuta e oralidade/ diálogo, considera a experiência dos atores/ sujeitos e valoriza as culturas locais, contrapondo-se em seu caráter humanístico, à visão elitista de educação (FREIRE, 2011a).

Freire (2011a) divide o método do Círculo de Cultura em três momentos: investigação (educador/animador e educandos buscam juntos as palavras e os temas mais significativos da vida destes, dentro de seu universo vocabular e da comunidade onde vivem, sendo que essas palavras ou temas são chamados geradores, e é a partir deles que se desencadeia o processo de diálogo e reflexão crítica); teorização/tematização (momento da tomada de consciência do mundo, por meio da análise dos significados sociais das palavras e temas geradores, quando acontece a construção de situações desafiadoras, codificadas e carregadas de elementos que serão decodificados pelo grupo com a mediação do educador/animador); e problematização (partindo da análise e reflexão crítica dos problemas identificados, busca-se possíveis soluções para eles; é nesse momento que o educador/animador desafia e inspira o educando a superar a visão mágica e acrítica do mundo, para uma postura conscientizada e transformadora) (DANTAS; LINHARES, 2014).

Foram realizados quatro encontros, sendo que o primeiro aconteceu em 11 de março de 2016 para apresentação e adequação do projeto partindo da investigação do universo vocabular, precisando de readequação da programação e de alguns pontos para que a necessidade dos participantes fosse atendida. Nos três

encontros seguintes foram desenvolvidos os Círculos de Cultura com duração média de três horas cada um. O primeiro aconteceu em 15 de março de 2016 e apresentou como objetivo conhecer os saberes e práticas dos trabalhadores da ESF acerca de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde viabilizado pela discussão de conceitos e ações educativas dentro do contexto histórico da assistência em saúde (APÊNDICE A). O segundo foi desenvolvido em 22 de março de 2016 e objetivou aproximar esses trabalhadores dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS com abordagem dos princípios orientadores dessa política (APÊNDICE B). E o terceiro ocorreu em 29 de março de 2016 e orientou a construção da proposta de ativação de mudanças das práticas de Educação em Saúde na ESF através da abrangência de Técnicas Pedagógicas Participativas (APÊNDICE C).

Para descrição e registro das informações utilizou-se a observação estruturada, que de acordo com Polit e Beck (2011) representa uma tentativa de descrever de modo sistemático, comportamentos, eventos, dados ou informações levantadas em um ambiente, necessitando de planejamento e elaboração prévia de documento para registro adequado. Para isso foram produzidos formulários específicos para cada Círculo de Cultura (APÊNDICE D, E F) de acordo com seus objetivos. Foram treinados previamente para o manejo desses instrumentos dois observadores, sendo ambos profissionais de saúde de nível superior atuantes na APS e com experiência em práticas educativas. Considerou-se como relevante para essa pesquisa a concordância entre os dados e informações preenchidas por eles.

Os Círculos de Cultura foram fotografados e filmados para facilitar o registro das informações e a transcrição desses momentos com riqueza de detalhes, sintonizando com o que foi registrado no formulário da observação estruturada. Minayo (2010), afirma que fotografias e filmagens se apresentam também como recursos de registro aos quais se pode recorrer, pois esse registro visual amplia o conhecimento do estudo e proporciona documentar momentos ou situações que ilustram o cotidiano vivenciado, permitindo reter vários aspectos do universo pesquisado, assumindo assim um papel complementar ao projeto como um todo.

Para a análise e tratamento do material empírico e documental, que é descrita como o conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar as informações empíricas, articulando-as com a teoria que fundamentou o projeto, ordenando-as, classificando-as, para depois seguir com a análise propriamente dita, foram utilizadas as fases de ordenação, classificação e análise (MINAYO, 2010).

De acordo com Minayo (2010), a fase de ordenação exige leitura do material no sentido de tomar contato com sua estrutura, descobrindo orientações para análise e registro de impressões sobre a mensagem, organizando o material que será analisado de acordo com os objetivos e questões de estudo, definindo as unidades de registro e de contexto, trechos significativos e categorias. A fase de classificação é a mais longa, sendo o momento de aplicação do que foi definido na fase anterior e pode haver necessidade de várias leituras de um mesmo material. A fase da análise das informações corresponde ao desvelamento do conteúdo subjacente ao que foi manifestado, buscando ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos que estão sendo analisados.

Para a construção do Plano de ativação de mudanças das práticas de Educação em Saúde no âmbito da ESF utilizou-se o formato de Oficina, que de acordo com Pulga (2014), constitui-se num espaço privilegiado de criação e descobertas, lugar de vida, trabalho, transformação, processo de construção, onde o processo e o produto constituem-se uma unidade dialética, cujos objetivos e passos são pactuados com os participantes, portanto pode-se dizer que é um espaço pluridimensional, criativo, coletivo, planejado e coordenado criativamente. Sendo uma técnica correspondente ao ideário da PNEPS-SUS, pois todos os participantes fazem-se essenciais e corresponsáveis pela produção do que se deseja obter, potencializando suas habilidades e criatividade, desenvolvendo as diversas dimensões do ser humano, tais como o sentir, o pensar, o agir, a intuição, a cognição, o gesto e a palavra, usando todo o corpo e não só a razão para a produção de novos conhecimentos.

## **5.5 Considerações éticas**

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, esta Pesquisa-intervenção pautou-se na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo o projeto previamente encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA), tendo recebido aprovação em 04/03/16 sob o Parecer Nº 1.437.752 (ANEXO A) (BRASIL, 2013).

O projeto de pesquisa fora encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde do Juazeiro do Norte-CE, solicitando o consentimento para realização da

pesquisa junto aos trabalhadores da ESF 33/ Pio XII 4, sendo emitida Declaração de Anuência assinada por representante competente da instituição (ANEXO B), conforme orientação do CNS (BRASIL, 2013).

Os trabalhadores da ESF 33/ Pio XII 04 foram convidados para participar da Pesquisa-intervenção, sendo explicados verbalmente os objetivos, a justificativa e os métodos que foram utilizados, bem como através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G), que traz também a explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do TCLE contendo endereço, e-mail e telefone do pesquisador e do CEP, para esclarecimento de possíveis dúvidas. Todos concordaram em participar da Pesquisa-intervenção e assinaram o Termo de Consentimento Pós-Informado (APÊNDICE H), declarando ciência e concordância em participar desse processo (BRASIL, 2013).

Foram adotados os quatro princípios éticos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, para assegurar os direitos dos participantes (BRASIL, 2013).

Mantido o compromisso em desenvolver o projeto conforme o delineamento apresentado ao CEP; apresentar relatório anual e final desta pesquisa; apresentar dados solicitados a qualquer momento; manter em arquivo, por um período de 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e demais documentos recomendados; encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e participantes do projeto (BRASIL, 2013).

## 6 ACHADOS E DISCUSSÕES

### 6.1 Saberes e práticas acerca de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde

O primeiro Círculo de Cultura teve como tema “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2011b, p. 68). Apresentou como objetivo conhecer os saberes e práticas dos trabalhadores da ESF acerca de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde.

Seguindo os passos da ferramenta Círculo de Cultura, conforme descrito na metodologia, chegaram-se aos temas geradores: educação autoritária ou tradicional; educação populista ou manipulatória; educação dialógica libertadora; modelo biomédico ou centrado na saúde-doença; e determinantes sociais; modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa. Estes foram codificados através de figuras (selecionadas do Google imagens) e decodificados durante a tematização, seguida pela problematização, ou seja, discussão dos problemas surgidos na observação da realidade buscando possíveis soluções para eles.

#### 6.1.1 Educação tradicional ou autoritária

Inicialmente, foi apresentada a Figura 01 para tematização e perguntado qual a interpretação que faziam dela:

“A figura mostra que ele não quer ver e nem quer falar” (P10).

“Eu vejo que a pessoa falou e ele não quis nem ouvir o que a pessoa estava dizendo, ele tem a opinião dele e não vai mudar, aquilo está pronto na cabeça dele e ele está com as mãos nos olhos porque não quer ver e não adianta falar e falar” (P06).

Nesse sentido, as falas apresentam a culpabilidade do sujeito, ou seja, para os educadores tradicionais, o indivíduo deve estar apto para receber seus ensinamentos e quando há fracasso na aprendizagem, o único responsabilizado é o próprio educando por não seguir o que fora ensinado (FREIRE, 2011b).

FIGURA 01- Educação tradicional ou autoritária (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016a).

Ao solicitar que relacionassem a figura a uma das palavras ou temas geradores, relacionaram-na a educação autoritária ou tradicional, destacando a falta de autonomia do sujeito:

“Vejam que aquelas mãos não são dele, pois tem três mãos [...] ele é obrigado a ouvir e tem seus olhos fechados pra não ver, é obrigado a ficar calado, tem apenas que aceitar, trata-se de uma educação autoritária” (P05).

“Educação autoritária, pois ele quer falar e quer ver, ele quer questionar ou tirar alguma dúvida, mas está impossibilitado porque muitas vezes o modelo não deixa ele sugerir, não deixa ele tirar suas dúvidas, não há autonomia” (P01).

Freire (2011c, p.34) afirma que “ensinar exige respeito à autonomia do ser do educando”, sendo que esse respeito não se trata de um favor, mas de um imperativo ético, pois a curiosidade e a inquietude do aluno precisam ser consideradas e cabe ao professor estar respeitosamente presente a essa experiência formadora, viabilizando a dialogicidade, momento de crescimento, no qual os sujeitos aprendem e crescem na diferença.

Durante a problematização essa relação assimétrica entre educador e educando presente na educação tradicional também foi relatada pelos participantes, remetendo-se em alguns momentos às próprias experiências:

“Na educação autoritária, apenas uma pessoa fala, no caso o professor, que era o dono do conhecimento, enquanto os outros, no caso os alunos, apenas ouviam e absorviam o conhecimento” (P01).

“Eu vejo isso como quando eu estudei, era colocada pra nós a carta do ABC e a tabuada, então você fazia tudo aquilo que era dito pra você fazer, você tinha que absorver aceitando ou não todo aquele modelo em símbolos que era jogado naquela época para aqueles alunos” (P07).

O modelo tradicional de educação adotava a supremacia da experiência do educador, cabendo-lhe transmitir o conhecimento e esperava-se que o educando absorvesse o conteúdo e reproduzisse-o com fidelidade. Essa forma de educar ficou conhecida como educação bancária, considerando que o educador depositava o saber, enquanto o educando deveria ser passivo e a educação servia para moldá-lo ao mundo (FREIRE, 2011b).

De acordo com Rodrigues e Santos (2010) no âmbito da área da saúde essa falta de autonomia dos sujeitos e a transmissão do conhecimento pelos profissionais de saúde é decorrente da evolução sociocultural relacionado ao processo saúde-doença, com a manutenção do caráter normativo e prescritivo, voltados à incorporação de hábitos de higiene impostos pelas autoridades sanitárias à população.

Esse mesmo raciocínio pode ser observado nas falas dos participantes durante a decodificação da Figura 02:

“A vassoura e o balde retratam o período higienista, eles faziam isso pra combater as epidemias onde havia aglomerado de pessoas, e vacinavam mesmo à força pra prevenir as doenças, ficando o episódio conhecido como a revolta da vacina porque as pessoas não queriam ser vacinadas com medo de ser uma armadilha do governo contra elas” (P01).

“Quando Oswaldo Cruz assumiu a saúde, ele impôs a vacinação pra prevenir a varíola [...] e a limpeza para combater as pestes” (P05).

Os participantes remeteram-se ao que aconteceu em novembro de 1904 na cidade do Rio de Janeiro, conflitos entre populares e forças governamentais, comandadas pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, devido à campanha da vacinação obrigatória contra a varíola, historiada como Revolta da Vacina, pois a

grande maioria da população pobre e desinformada renegou-se à coerção dos agentes públicos que administravam a vacina, depredando prédios públicos e virando bondes, mas que com o poder de polícia conseguiu-se contornar a situação e dar seguimento à vacinação. O Estado possuía a função de impor moral e fazer com que a população obedecesse às normas higienistas (SILVA et al., 2010).

FIGURA 02- Educação tradicional ou autoritária (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016a).

De acordo com Reis et al. (2013), essa concepção autoritária e as práticas coercitivas se estenderam até meados do século XX, através de intervenções normalizadoras e de combate às epidemias de varíola, febre amarela e tuberculose, dentre os problemas de saúde que se disseminavam e se agravavam, marcando o período com o discurso sanitarista. Durante a problematização alguns participantes mencionaram vivências de práticas como essas:

“Naquela época as pessoas eram tratadas como animais. Quando iam pras escolas com a vacina da tuberculose era assim, algumas mães não queriam que vacinassem por causa da pústula que ficava e não deixavam os filhos irem pra escola quando sabiam que ia ter vacinação, não tinham o direito de dizer eu não quero que vacine meu filho, se eles fossem eram vacinados, então essa falta de autonomia não era boa” (P08).

“Você não tinha o direito de recusar-se, era obrigado a vacinar-se, entendeu? As pessoas andavam nas casas, nas escolas, nas ruas e não perguntavam a você se queria ser vacinado ou vacinar o seu filho, eles chegavam, mandavam fazer uma fila e vinha de um em um, se fosse na escola, porque aconteceu comigo, e vinham com uma pistola com uma

agulha que queimavam num candeeiro e enfiavam em você, você não tinha o direito de dizer não” (P07).

A observação sistemática apontou que alguns participantes reconheciam essas práticas coercitivas como benéficas, idealizando que poderiam fazer parte do processo de trabalho em saúde na atualidade, considerando essas ações como eficazes para atingir algumas finalidades, como no caso, melhoria dos indicadores vacinais e êxito no combate ao mosquito *Aedes aegypti*:

“Naquela época, algumas coisas eram boas, obrigavam as pessoas a fazerem o que era melhor para a maioria, tudo tinha mais rédeas [...]. Na verdade, eu acho que com algumas mães deveria ser assim, chegar na casa delas e vacinar porque elas não aceitam, e assim a criança seria protegida” (P10).

“Às vezes acho que antes era melhor, o que está acontecendo hoje, por exemplo, no caso da dengue, a população é orientada, mas faz se quiser, por isso não temos conseguido, se eu faço e você não faz, não é só você que vai ser atingido, quem faz também vai. Existem as pessoas que querem aprender e querem fazer e existem as que não querem aprender, nem querem fazer e nesse caso, deveria ser obrigado. Essa liberdade de escolha custa caro, muitas pessoas acabam prejudicadas por causa de outras, é o que tem acontecido” (P05).

Esses casos foram retrucados por outros participantes como não sendo sensato que acontecesse de forma coercitiva como outrora, mas que é papel do profissional de saúde viabilizar o conhecimento por parte dos sujeitos, de forma que tenham autonomia para fazer escolhas conscientes:

“Não acho que naquela época era melhor, por experiência própria, no âmbito da saúde não foi tão bom assim, tudo era muito desumano, havia muito sofrimento [...]. Acontece dessa forma porque falta a consciência dessas mães [...]. As pessoas têm o direito de conhecer, de saber e decidir se vão querer ou não. Nós temos a obrigação ou o dever de conscientizar, essa responsabilidade é nossa” (P07).

“Hoje nós temos a liberdade de escolher, a lei assegura ter o direito de escolha, mas em alguns locais, em caso de calamidade pública, como dengue, *zika* e *chikungunya*, a lei pode obrigar também a fazer o que for preciso pra não prejudicar os outros, mas o ideal seria que as práticas educativas conscientizassem as pessoas” (P01).

A Educação em Saúde precisa ser compreendida como um recurso que além de prevenir doenças e promover saúde, é um espaço para valorização dos sujeitos envolvidos, integração do conhecimento científico e popular, reflexão crítica proporcionada pelo diálogo, viabilizando a compreensão e conscientização dos

atores acerca do papel que possuem na história, motivando-os para serem protagonistas, mobilizarem forças que gerem o enfrentamento das iniquidades e mudanças nas suas condições de vida, contribuindo assim para a melhoria da saúde da população (FREIRE, 2011c; REIS et al., 2013).

Continuando com a problematização, ao serem questionados quanto à finalidade da Educação em Saúde e causas das limitações encontradas no alcance desses objetivos, foi relatado pelos participantes que a falha pode estar na forma como essas práticas educativas têm acontecido, fato também pontuado através da observação sistemática:

“Acho que a questão educativa, a educação dessas pessoas com relação a discernir o que é bom ou não pra saúde delas, não está sendo atingida [...]. Tem que saber onde está o erro, se não é a forma como orientamos [...]” (P01).

“Trazendo pra nossa realidade, muitas vezes ainda acontece essa prática educativa autoritária, quando nós dizemos o que as pessoas devem fazer e queremos que elas façam, mas nem sempre elas fazem. Elas escutam, fazem de conta que escutaram e acabam fazendo o que querem [...]. Talvez seja esse o problema, a maneira como está chegando a informação até a pessoa pode influenciar na adesão da pessoa ou não” (P05).

Perguntaram-se quais outros fatores poderiam influenciar a adesão da população às práticas educativas na área da saúde, tendo sido citado os valores culturais, que dependendo do caso podem favorecer ou dificultar o bom êxito dessas atividades de Educação em Saúde:

“Outra coisa que influencia são os valores culturais das pessoas que podem ser auxiliar ou prejudicar bastante a adesão [...]” (P08).

“Um exemplo desse valor cultural é no caso da proliferação do mosquito da dengue e a utilização dos potes, as pessoas podem continuar usando seus potes, mas é importante saber que devem lavar por dentro com uma escovinha pelo menos uma vez por semana, tem que colocar toucas, além de tampas, essa água deve pelo menos ter sido coada [...]” (P07).

A Educação Popular em Saúde, enquanto referencial teórico, afirma que a identidade cultural como base do processo educativo, reitera que o respeito ao saber popular implica essencialmente reverência ao contexto cultural. A cultura encontra-se fortemente relacionada ao modo de cuidar de um povo, que acaba fazendo saúde a partir do saber acumulado tradicionalmente, denominado práticas populares de cuidados. Enquanto método social integra saberes, posturas, crenças, valores,

temores e desejos constituídos por meio da apropriação e interpretação do mundo da sua ancestralidade, das experiências e condições de vida em distintos espaços, desde o familiar, permeando o comunitário, até o institucional (FREIRE, 2011b; SANTOS; WIMMER, 2013).

Outro fator citado pelos participantes que pode obstar essa adesão da população às práticas educativas são as inovações tecnológicas, devido insegurança perante o desconhecido:

“As práticas novas também influenciam a adesão das pessoas porque elas não conhecem bem aquilo, então podem não aderir” (P07).

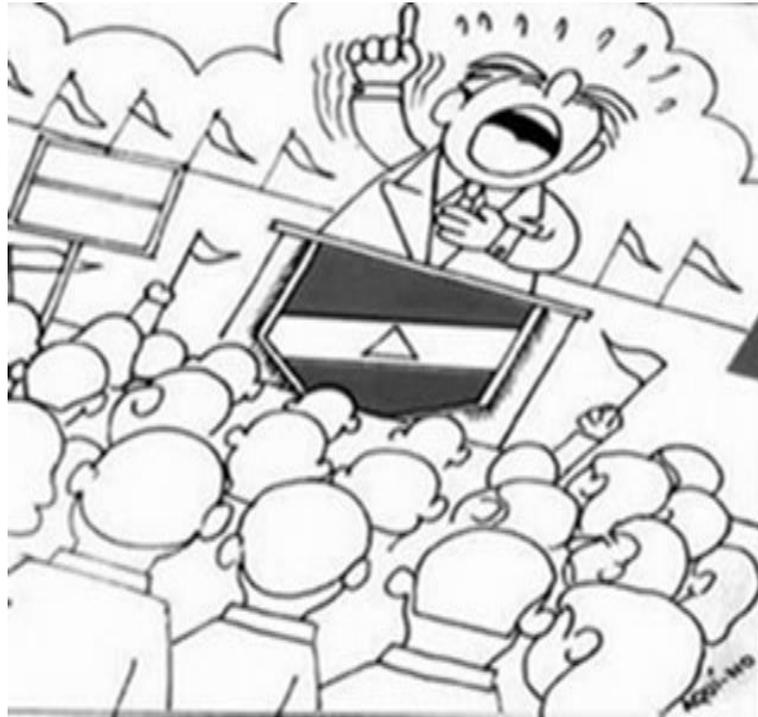
“Quando surgiu a vacinação contra rubéola teve que ser obrigatória pra conseguir que fosse eliminada [...]. No caso da vacinação contra HPV é um problema porque as mães temem o que pode acontecer, mesmo depois de tanta educação em saúde, de tanta orientação, continua a resistência porque tudo é muito novo pra elas” (P10).

Os grandes avanços tecnológicos e científicos no setor da saúde são inquestionáveis e refletem diretamente o compromisso que a ciência possui de aproximar-se dos problemas reais e potenciais de saúde pública, identificando temas prioritários para a pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico proporcionando benefícios a toda população. Nesse contexto, o setor saúde se depara com uma série de desafios, dentre eles a construção de diretrizes que se adiante às necessidades de novos conhecimentos exigidos pela transformação rápida e permanente do mundo moderno, ou seja, base técnica para incorporação de melhores ferramentas e evidências em saúde, que tenham sido sistematizadas e avaliadas de acordo com a Política Nacional de Conhecimento Tecnológico de Inovação em Saúde (PNCTIS), garantindo além de maior eficiência e eficácia, melhor aceitação por parte dos profissionais de saúde e da população em geral, fazendo-se imprescindível para isso atualização e disseminação desse conhecimento em tempo hábil (QUILICI; STADLER, 2011; STADLER, 2013).

#### 6.1.2 Educação populista ou manipulatória

A decodificação da Figura 03 e a relação com o tema gerador durante a tematização evidenciou que se tratava da educação populista ou manipulatória:

FIGURA 03- Educação populista ou manipulatória (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016b).

“Tem um líder aí na frente, não é? Ele está estimulando esse povo tudim, fazendo a cabeça pra que sejam seguidores dele, acho que é educação populista ou manipulatória” (P06).

“É populista porque ele deve estar ali prometendo um bocado de coisa praquela massa, e aquelas pessoas acreditam nele, e dessa forma as pessoas acabam sendo manipuladas por ele, através dessas promessas as pessoas acabam fazendo o que ele quer” (P07).

Laclau (2013) afirma que na América Latina, o populismo consistiu-se como um poderoso mecanismo articulado por líderes carismáticos com a finalidade de integrar à vida política as massas populares usualmente excluídas, fazendo com que se sentissem representadas, no entanto esse enquadramento era estritamente elitista. A educação foi uma magnífica forma de mediatizar os ideais populistas através do auxílio de professores que legitimaram a difusão da imagem de governantes atentos para com as crianças ou de suas biografias em materiais didáticos, tais como livros, cartilhas e revistas, propagando que o bom governo cuidava como pai, e estava no comando da modernização e do progresso, manipulando assim a opinião da população (REIS, 2010).

No Brasil, o populismo foi registrado em dois momentos da história, o primeiro de 1930 a 1945, com destaque no âmbito educacional para dispositivos legais de base liberal, tais como o tecnicismo pedagógico e as teorias não-críticas

da educação, ambas voltadas para a formação escolar favoráveis ao autoritarismo e paternalismo da sociedade herdeira da tradição colonial escravocrata que passaria a servir ao capitalismo abrolhado. O segundo de 1945 a 1964, quando a educação ressurgiu através da constituição como direito de todos, e com o processo de industrialização e o crescimento do setor de serviços, fortalecendo as camadas médias nos centros urbanos, esperava-se da educação uma nova mentalidade, uma pedagogia libertadora que impulsionasse o povo brasileiro para engajar-se na luta política frente aos problemas nacionais (SCANDELAI, 2011; PASINATO, 2013; FREIRE, 2011a).

Durante a problematização os participantes mostraram-se cientes dessas estratégias populistas presentes na conjuntura histórica brasileira, tanto no campo político quanto no educacional, considerando-os não apenas como processos vivenciados no passado, mas como ainda presentes e ativos na atualidade, episódio também registrado pela observação sistemática:

“São assuntos passados, mas que não deixam de ser atuais. Será que esse povo ao redor era consciente ou não? Muitas vezes só porque um aplaude, os outros aplaudem também levado pelo momento, sem questionar, manipulado [...]. Os políticos prometem e não cumprem” (P08).

“É o que acontece na nossa política, as pessoas ficam levantando bandeira, faz o que o que o candidato quer, se deixa levar pelo que ele diz” (P04).

Esse fato acontece na maioria das vezes devido os candidatos desconhecerem suas futuras atribuições, bem como os eleitores ignorarem a viabilidade de execução dessas promessas, por isso faz-se imprescindível à formação de consciência política, fruto do protagonismo e da participação social, um dos ideais da Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013).

Miranda (2011) afirma que promessas políticas realizadas em período eleitoral fazem parte dos princípios da boa-fé e de proteção à confiança de interesses de coletividades e devem ser assegurados juridicamente através de contrato instituído entre candidato a cargo político e a coletividade mediante apresentação de instrumento público, cobrado desde 2010 pela Justiça Eleitoral, devendo ser formalizado em sua plataforma eleitoral e homologado por um juiz togado. Dessa forma, o candidato eleito que não cumprir suas promessas constituídas na sua plataforma de campanha deverá responder civilmente por isso,

podendo ter o seu mandato encerrado, ressalta-se que tais medidas legais não têm sido observadas na atualidade.

Continuando a discussão sobre a educação populista ou manipulatória, apresentou-se a Figura 04, gerando as seguintes expressões:

FIGURA 04- Educação populista ou manipulatória (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016b).

“Essa figura mostra uma marionete, alguém manipulando alguém [...] é o que o médico, a enfermeira, nós fazemos com as pessoas quando queremos que elas façam o que é certo” (P07).

“No âmbito da saúde da família, ainda fazemos uma educação manipulatória, no caso das palestras educativas, tentamos convencer as pessoas do que é melhor pra elas, é por uma boa causa, mas de qualquer forma fazemos isso” (P01).

Percebe-se que persistem no processo de trabalho da ESF o repasse de informações por parte dos profissionais de saúde, como se fossem os únicos detentores do conhecimento, para a população que deve seguir as prescrições referentes à mudança de hábitos ou estilo de vida (FERREIRA et al., 2014; SANTOS; WIMMER, 2013).

Durante a problematização, a observação sistemática ressaltou que esse paradigma enfrenta mudanças históricas, passando a ter sua eficácia questionada pelos próprios profissionais e em alguns momentos, dividindo opiniões:

“Apesar de achar que não tem muito êxito nossas orientações é importante falar pra o hipertenso que ele não pode comer com muito sal, que o diabético não pode usar açúcar, que tem que diminuir massas e óleos, fazer exercício, se eles não fazem, mas pelo menos foram orientados” (P07).

“Não tem êxito [...]. A cardiologista falou pra minha irmã que ela não podia comer com sal e quando ela chegou em casa disse que não aguentava comer comida sem gosto, não adiantou nada dizer. Acabam fazendo o que querem” (P05).

“Eu acho que tem futuro sim, muitas pessoas que são orientadas pelo menos tentam fazer o que foi orientado, é que realmente não é fácil, e nem todos conseguem fazer” (P10).

Freire (2011c, p.47) assegura que “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. Partindo dessas discordâncias entre os participantes, relacionadas à eficácia das práticas educativas usualmente desenvolvidas na ESF, baseadas na transmissão de conhecimento, surgiram alguns questionamentos quanto à participação da população no processo de aprendizagem, bem como quanto ao fundamento que os profissionais de saúde possuem para desenvolverem ações de Educação em Saúde:

“Quando a gente está dizendo às pessoas, orientando como deve ser a alimentação, damos o direito de fazerem perguntas? Sabemos dizer a elas como substituir o sal adequadamente pra que não fique sem sabor? Sabemos que muitas vezes só tem o arroz com feijão” (P07).

“O questionamento que fica é se a gente tem buscado esse fundamento pra promover saúde ou se tem sido suficiente as orientações que damos” (P10).

Freire (2011a) afirma que educar é mais que informar, precisa favorecer reflexões acerca das reais necessidades e encaminhar mudanças nas trajetórias de vida. As práticas educativas normativas detentoras de pensamento curativistas precisam dar espaço para ações educativas participativas que reorientem o processo de trabalho dos serviços de saúde, proporcionem o desenvolvimento de habilidade dos profissionais, favoreçam a criação e fortalecimento de vínculo entre profissional e usuário, valorizem experiências individuais e coletivas, estimulando a autonomia e o protagonismo desses sujeitos para identificação dos seus problemas partindo de análise crítica reflexiva e desenvolvimento de responsabilidade social para solucioná-los (OLIVEIRA et al., 2014; PRADO, SALES, NOMIYAMA, 2014).

Continuando a problematização, a busca pelo conhecimento para o enfrentamento das limitações encontradas no desenvolvimento de práticas educativas na ESF foi citada como fundamental pela maioria dos trabalhadores de saúde:

“No âmbito profissional, temos que buscar o conhecimento, se não buscarmos não saberemos dar esclarecimentos, não saberemos como fazer [...]. É preciso educação continuada, a nossa formação não basta [...]” (P01).

“No âmbito da educação em saúde, acho que todos devemos buscar conhecimentos e estar preparados pra dar essas orientações, pra tentar fazer as coisas de forma diferente, buscar educação continuada” (P05).

A formação acadêmica e dos cursos técnicos são insuficientes para a aquisição de competências dos profissionais enquanto educadores em saúde, fazendo com que vinculem educação em saúde a “esclarecimentos” ou “orientações”, e se sintam despreparados ou inaptos para desenvolverem práticas educativas em consonância com as diretrizes do SUS. Possivelmente, o aporte teórico e prático relacionado à Educação em Saúde no decorrer da formação desses profissionais respeitou a medicina científica flexeneriana seguida pela maioria das instituições de ensino, reforçando o perfil de especialistas, em detrimento das necessidades de saúde da população (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Outro fator marcante nas falas é a “educação continuada”, que pode ser caracterizada pelas capacitações pontuais direcionadas por categorias profissionais para atualização de conhecimentos específicos, em detrimento da educação permanente, presente há algum tempo no processo educativo dessa equipe de ESF específica, que possibilita o aperfeiçoamento do conhecimento daqueles que trabalham na saúde com base na problematização da realidade cotidiana e das necessidades vivenciadas, construído de forma dinâmica e reflexivamente entre profissionais, usuários/comunidade e gestão (MOREIRA, 2010; TESSER et al. 2011).

Ainda enfocando os aspectos manipulatórios no contexto da ESF, os participantes conseguem enxergar manejos partindo não apenas dos profissionais de saúde para com os usuários/ comunidade, mas também da gestão e dos usuários/ comunidade para com os próprios trabalhadores de saúde, evidenciando que a manipulação acontece entre os diversos atores, entrecruzando-se a partir de

diversas perspectivas, principalmente sob os aspectos do modelo biomédico, episódio registrado pela observação sistemática:

“É o que a secretaria faz com o trabalhador, só cobrança, tem que atender, que consultar, fazer o que gera informação” (P10).

“Acontece essa manipulação da gestão com a gente e da gente com a comunidade” (P09).

“Depende, tem muita gente na comunidade que quer manipular a gente, que quer que a gente faça o que é mais cômodo pra eles, no caso ser consultado, receber o remédio e ter seu exame marcado” (P05).

“Muitas vezes nos incomodamos quando achamos que querem mandar na gente, acho que da mesma forma os pacientes se incomodam quando acham que queremos mandar neles” (P03).

Oliveira e Wendhausen (2011) apontam o não envolvimento da gestão como importante obstáculo para a ressignificação e transformação do modelo de saúde curativista hegemônico pelo novo modelo de saúde proposto pelo SUS. A sensibilização dos gestores é fundamental para o alcance da mudança do modelo assistencial e para a reorganização do setor saúde, fazendo-se necessárias ferramentas de avaliação compatíveis com o perfil epidemiológico da comunidade, considerando seu impacto sobre o nível de saúde da população, bem como a estruturação de informações, proporcionando assim o enfrentamento de problemas organizacionais da Atenção Básica (CAMPOS; COSTA, 2011).

Quanto à manipulação dos trabalhadores de saúde por parte dos usuários, remete-se à preocupação com a obtenção da cura, restringindo a própria saúde à solicitação de exames e prescrição de medicamentos, desconsiderando os determinantes socioeconômicos do adoecimento, bem como a perspectiva da participação e da cidadania para superação de entraves, busca de qualidade de vida e promoção da saúde (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

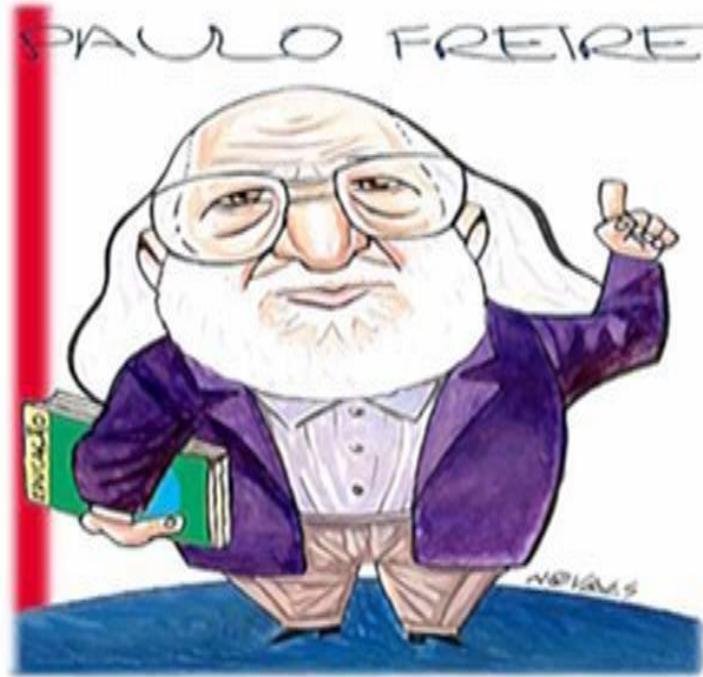
### 6.1.3 Educação dialógica-libertadora

Apresentou-se a Figura 05 para decodificação, pedindo que a relacionassem com seu respectivo tema gerador:

“Paulo Freire foi um educador muito inteligente, a cabeça dele na figura está mostrando o tamanho da sua inteligência” (P07).

“Paulo Freire se encaixa na educação dialógica-libertadora” (P06).

FIGURA 05- Educação dialógica-libertadora (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016c).

Seguindo com a problematização, interrogou-se qual a importância que Paulo Freire apresentava para a educação, sendo apontado como revolucionário por ter inovado na forma de ensinar-aprender:

“Paulo Freire foi revolucionário na educação” (P09).

“Ele tinha uma forma diferente de educar, através do diálogo fazia as pessoas pensarem” (P05).

Paulo Freire desenvolveu na década de 1960 um ideário de experiências que ficou conhecido como educação popular, com relevante valorização para o diálogo e fundamentos de libertação do educando, elaborando assim uma proposta conscientizadora de alfabetização de adultos, cuja leitura e experiências de mundo eram princípios básicos, sistematizando dessa forma os círculos cultura. O Método Paulo Freire pode ser dividido em três momentos entrelaçados, sendo o primeiro a investigação do universo vocabular do educando, quando são levantados palavras ou temas geradores relacionados à vida cotidiana do alfabetizado. O segundo é a tematização, quando acontece a codificação e decodificação desses temas buscando a consciência do vivido. O terceiro é a problematização, descoberta de

limites e possibilidades para a superação da realidade opressiva, quando a libertação desemboca na práxis transformadora (REIS, 2012; FREIRE, 2011d).

Investigou-se qual a concepção dos participantes acerca de educação dialógica-libertadora, sendo ressaltada a participação dos envolvidos através do diálogo e o caráter reflexivo que induz à libertação:

“Dialógica porque as pessoas dialogam, as pessoas pensam e falam, não é imposto nada, eu digo o meu ponto de vista, ela diz o dela, outro diz as possibilidades, e assim se chega a um denominador comum” (P07).

“Porque ao fazer com que as pessoas pensem, reflitam, faz com que libertem-se, lutem, o saber passa a ser libertador” (P04).

O diálogo apontado por Freire (2011d) não se trata de diálogo ingênuo ou romântico entre oprimidos e opressores, mas força de barganha dos oprimidos frente ao opressor para superação da condição opressora. É sob essa perspectiva que a PNEPS-SUS considera o diálogo, que os sujeitos utilizem a dialética ou arte de argumentar para promover a reflexão e a problematização das ações em saúde, superando as relações verticalizadas e arraigadas entre profissionais de saúde e usuários, possibilitando construção coletiva de novas relações e práticas (BRASIL, 2013).

Continuando a tematização acerca da educação dialógica-libertadora, apresentou-se a Figura 06 para decodificação, solicitando que a explorassem e perscrutou-se a opinião que possuíam acerca do processo de aprender a partir da construção coletiva do conhecimento, sendo reconhecida como proveitosa devido envolver conhecimento pregresso, experiências e compartilhamento de saber:

“É uma capacitação de uma forma diferente, que não é apenas uma pessoa que ensina, mas todos dizem o que sabe [...] É melhor, porque não é só o meu conhecimento, a minha experiência, eu pego a dela, a dele e de todos, é um saber compartilhado” (P10).

“Pode ser um círculo de cultura, igual ao que estamos fazendo aqui [...]. É uma forma mais proveitosa porque envolve todos, cada um tem seu saber” (P05).

A Educação Popular em Saúde considera a importância da participação dos sujeitos na construção do conhecimento, partindo do princípio que cada indivíduo tem um saber prévio, proveniente da sua história de vida, prática social e

cultural, e que deve ser ponto de partida para a obtenção de novos aprendizados (BRASIL, 2013).

FIGURA 06- Educação dialógica-libertadora (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016c).

Continuando com a problematização e embasando-se nas próprias vivências, os participantes compararam a educação tradicional com a dialética-libertadora, enxergando nesta, seu potencial participativo-reflexivo e a horizontalidade entre seus partícipes, episódio reiterado através da observação sistemática:

“Lembro que quando estudava, ficava ouvindo o professor falar e não estava absorvendo nada do que ele estava dizendo, ficava ali só de corpo presente, então não conseguia aprender. Dessa forma, não tem como não se envolver, porque tem que dizer o que pensa sobre o assunto, induz mais a pensar” (P07).

“Acho que todo mundo era assim, ainda hoje quando vamos pra um curso chato, que não gostamos do assunto, não aprendemos nada [...]. Dessa forma temos aquela sensação de igualdade, ninguém sabe mais que o outro, diferente das cadeiras em fila, que geralmente quem senta na frente quer saber mais” (P06).

Esse momento de discussão proporcionou questionamentos e reflexões acerca das práticas educativas desenvolvidas no âmbito da ESF, percebendo-se a mudança de postura, principalmente por parte de alguns participantes que no início

do Círculo de Cultura apresentavam em seus relatos uma visão centrada na educação autoritária, fato também destacado pela observação sistemática:

“Quando fazemos as nossas palestras, será que o povo está realmente prestando atenção? Se gostarem do assunto, talvez sim, mas se não gostam não levam nada daquilo que foi dito” (P07).

“Por isso que no lugar da gente passar informação é importante perguntar pra eles, pra saber o que conhecem sobre o assunto, complementar quando for preciso, tem que ser uma troca de experiência” (P10).

No processo de construção do conhecimento em saúde é fundamental que os temas surjam do contexto dos sujeitos, da compreensão inicial que possuem acerca de determinado problema e que através da relação dialógica esses saberes possam ser reconstruídos, lembrando que “[...] ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2011b, p.68).

#### 6.1.4 Modelo biomédico ou centrado na doença

Apresentou-se a Figura 07 para tematização, solicitando que fosse decodificada e relacionada ao seu respectivo tema gerador:

FIGURA 07- Modelo biomédico ou centrado na doença (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016d).

“Ao biomédico, centrado na doença porque o foco é medicamentoso, um homem formado por comprimidos e ainda tomando um comprimido” (P07).

“Modelo biomédico porque trata a doença que já se instalou, o foco é curativo, a pessoa quer tratar o problema dela apenas com medicamento” (P01).

O modelo biomédico apresenta embasamento teórico mecanicista e reducionista do universo, propostas por pensadores como Francis Bacon (1561-1626), fundador da ciência moderna; Galileu Galilei (1564-1642), precursor da mecânica newtoniana; René Descartes (1596-1650), concebeu o homem em sua biologia como uma máquina corporal; Isaac Newton (1642-1727), percebeu o universo como um modelo mecânico, passando o mundo a ser compreendido como uma máquina formada por um conjunto de peças, e para compreendê-lo seria necessário desmontá-lo e separar as engrenagens; prosseguiu-se dessa forma com a ciência positivista do século XIX, e no campo da saúde, restringindo o ser humano ao caráter mecânico, organismo explicado pela desarticulação das suas partes constituintes, ou seja, seus órgãos, para observação de suas funções (COSTA, 2013; SAITO, 2014b).

Fertonani et al. (2015) afirmam que essas ideias cartesianas foram sustentadas pela publicação do Relatório Flexner em 1910, nos EUA, que orientava a ruptura com a ciência metafísica e ao longo dos anos, influenciou a produção fragmentada do conhecimento, a formação profissional em especialidades, soberania da classe médica e a organização dos serviços centralizada nos hospitais, atendimento com base nas queixas individuais identificadas através de sinais e sintomas, tornando o modelo biomédico hegemônico.

O enfoque deste modelo é o biologicismo, a saúde é considerada como ausência de doença, esta passa a ser vista como um desajuste causado por um agente patogênico ou perturbador do processo fisiológico, segundo uma lógica unicausal, abrindo espaço para o diagnóstico, tratamento e cura, por isso fortemente marcado pelo processo da medicalização e pela intensificação do uso de produtos e serviços médico-assistenciais (PUTTINI; PEREIRA JÚNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Continuando a tematização acerca do modelo biomédico ou centrado na doença, apresentou-se a Figura 08 para decodificação:

“Continua sendo o modelo biomédico, como as pessoas só procuravam os hospitais, então ficavam abarrotados, muita gente não tinha onde ficar e

ficavam nos corredores [...] e não era nem todo mundo que tinha direito de ser atendido, só se fosse da previdência social” (P07).

“As filas de antigamente eram imensas, as pessoas chegavam de madrugada pra conseguir um atendimento [...] quem não tinha como pagar, nem pagava INPS podia ser atendido em hospitais filantrópicos, mas só faltava morrer na fila” (P08).

FIGURA 08- Modelo biomédico ou centrado na doença (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016d).

No Brasil, a primeira iniciativa para a organização de um sistema de saúde e previdência social aconteceu em 1923 através da Lei Elóy Chaves, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), organizadas por empresas e empregados, apresentando pequeno número de contribuintes e grande número de fraudes. A partir de 1930, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), centralizadas em autarquias do governo federal, passando a filiação a ser organizada de acordo as empresas por categoria profissional (marinheiros, comerciários, bancários, industriários, servidores estatais, empregados de transportes e cargas, ferroviários e empregados em serviços públicos). Em 1966, a partir da unificação dos IAPs, o MS criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), assegurando os trabalhadores e familiares da assistência médica, além das aposentadorias e pensões (CORDOBA, 2013; SAITO, 2014c).

Oliveira et al. (2011) discorrem que em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), ficando a assistência médica sob responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ressalta-se que esta destinava-se apenas aos assegurados do INPS, ou seja, os trabalhadores formais que possuíam carteira assinada e seus familiares, pois para isso fazia-se desconto na folha de pagamento. Os trabalhadores informais ou desempregados eram atendidos em hospitais estaduais ou municipais, em filantrópicos e universitários com baixa infraestrutura, mantidos com recursos do MS, principalmente através de programas e estratégias que visavam diminuir os riscos de morbidade e mortalidade, tais como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e Ações Integradas de Saúde (AIS) (SAITO, 2014c).

Algumas vivências desse período foram relatadas pelos participantes, comparando-se à atual conjuntura dos serviços de saúde, mostrando avanços, apesar de algumas limitações:

“Eu cansei de dormir noites em filas de hospital, revezando com minha esposa, colocando uma pedra enquanto ia pra casa pra ela ir, cansei de passar sexta, sábado e domingo pra pegar uma ficha pra segunda-feira, porque minha filha é especial e precisava passar por consulta [...]. Hoje é tudo diferente, é marcado através da Central e a pessoa vai no dia, certo que muitas vezes demoram a marcar, quando não é urgência” (P06).

“Eu cansei de pegar a fila do SANDU (serviço de saúde) duas horas da manhã pra passar pela ginecologista, isso pra fazer prevenção. Hoje é tudo mais fácil, tem oferta aqui na unidade, não precisa nem marcar, só é vim no dia que faz, tem no SAME, que também não precisa nem marcar, e as mulheres não valorizam” (P07).

Os serviços de saúde na atualidade possuem como foco de atuação o indivíduo, a família e a comunidade através da ESF, arcabouço de reorientação do modelo assistencial, possibilitando dessa forma visão ampliada do processo saúde doença com lógica de vigilância, facilidade do acesso aos serviços, potencialidade para atender as necessidades básicas, ações preventivas com redução melhoria dos indicadores de saúde, redução de filas nos hospitais da rede pública e conveniados aos SUS, abrangendo uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida (ROCHA; CARVALHO; CRUZ, 2012).

### 6.1.5 Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Em seguida, apresentou-se a Figura 09 para tematização e solicitou-se que fosse decodificada e interligada ao seu tema gerador, sendo apontada pelos participantes como DSS:

FIGURA 09- Determinantes Sociais da Saúde (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016e).

“Determinantes sociais, quer dizer que a saúde da comunidade depende da sua situação econômica e social, do ambiente em que vivem e até da cultura que possui” (P07).

“Os Determinantes sociais são condições que contribuem pra nossa saúde ou pra nosso adoecimento, tem os fatores que são individuais, ligado ao estilo de vida de cada um, tem a idade, o sexo e os fatores genéticos; tem também sua rede de apoio, que se for boa é um fator positivo, mas se for fraca pode dificultar; e tem as condições de vida como um todo, toda a infraestrutura, habitação, água, esgoto que se forem boas é um fator protetor, mas se forem precários podem causar adoecimento; essa questão de ter boa educação, de ter um bom emprego, de ter boas condições de vida ajuda a pessoa a ter saúde, da mesma forma que quando não tem vai contribuir pra o adoecimento; tem também a importância do papel das redes sociais, das ações que são interssetoriais que precisam ser criadas, ou serem mais atuantes, precisam de fortalecimento” (P01).

Desde a descoberta da microbiologia e da imunologia por Lois Pasteur (1822-1895), que avanços importantes aconteceram no controle das doenças,

contribuindo para a diminuição da morbimortalidade por infecções parasitárias, virais e bacterianas, sobressaindo-se dessa forma as doenças não transmissíveis, como as crônicas degenerativas, acidentes de trânsito e de trabalho, revelando outros fatores como significantes para análise do processo saúde-doença, tais como os socioeconômicos, ambientais e individuais (SAITO, 2014b).

Badziak e Moura (2010) apontam como progresso para a orientação das políticas públicas, a definição ampliada de saúde feita pela OMS em 1946, que seria não apenas a ausência de doença, mas o completo estado de bem-estar físico, mental e social, por considerar não apenas os determinantes biológicos do processo saúde-doença, mas focar a interação de aspectos confortadores entre corpo-mente-ambiente, apesar dessa plenitude ser considerada utópica, sofrendo muitas críticas.

Em 1976, Leavell e Clark contribuíram com o modelo da história natural da doença, dividido em períodos pré-patogênese, patogênese e incapacidade residual ou regressão do processo patogênico, destacando a multicausalidade na determinação da doença e a importância de ações preventivas nos níveis primário (promoção da saúde e proteção específica), secundário (diagnóstico/tratamento precoce e limitação da invalidez) e terciário (reabilitação) para praticamente todas as doenças e agravos.

Todo esse arcabouço, somando-se ao desenvolvimento de políticas públicas ao longo das últimas décadas do século passado, e à discussões e reflexões de vários autores favoreceram ao debate em âmbito internacional pela OMS, através da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) criada em 2005, conceituando DDS como condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e que influenciam na saúde delas, promovendo dessa forma o reconhecimento da importância dessas para o combate das iniquidades que proporcionam o adoecimento (SOBRAL; FREITAS, 2010; BADZIAK; MOURA, 2010; OLIVEIRA; SANTOS, 2013).

A OMS adotou o modelo conceitual proposto em 1991 por Dahlgren e Whitehead, estratificando os DSS em camadas: a primeira é composta pelos determinantes proximais que correspondem aos indivíduos e suas características (idade, sexo e fatores hereditários); a segunda, abrange comportamentos e estilo de vida dos indivíduos (hábitos alimentares, práticas desportivas, desfrute de ambientes salubres, abandono de vícios, tais como tabaco, álcool e outras drogas); a terceira

acopla as redes sociais e comunitárias (suporte da família, de amigos, de vizinhos e da comunidade local); a quarta acomoda os determinantes intermediários, relacionados às condições de vida e trabalho, tais como habitação, água e esgoto, disponibilidade de alimentos, educação, (des)emprego, ambiente de trabalho e serviços sociais de saúde; por último, apresentam-se os macrodeterminantes, relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais que possuem ampla influência sobre todas as outras camadas (CNDSS, 2008 apud SOBRAL; FREITAS, 2010; BADZIAK; MOURA, 2010).

Sobral e Freitas (2013) afirmam que o debate sobre DSS foi desenvolvido no Brasil, através da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006, com o objetivo de ampliar o conhecimento e produzir informações sobre os DSS, contribuindo para o incremento de políticas públicas e programas que proporcionassem a equidade em saúde, além de incentivar a mobilização de instâncias governamentais e da sociedade civil voltadas para a temática. O CNDSS compreende os DSS de forma mais abrangente que a CSDH, além de abranger as condições de vida e trabalho, considera os fatores intrínsecos aos indivíduos, bem como os relacionados à macroestrutura socioeconômica, culturais e ambientais.

Apresentou-se a Figura 10, problematizando a relação entre as condições de vida e o modo de viver com a saúde das pessoas, bem como o papel do trabalhador de saúde da ESF frente às iniquidades em saúde que provocam o adoecimento:

“Nós sabemos que os determinantes sociais têm tudo haver com a saúde das pessoas, nossas condições de vida influenciam sim na nossa saúde, se a pessoa não tem educação não consegue um bom emprego, se não tem um emprego bom não consegue ganhar dinheiro suficiente pra sustentar sua família com dignidade, se não tem uma boa casa, não tem saneamento, não tem boa alimentação, isso pode fazer com que sua família fique fraca e adoça, uma coisa vai puxando a outra [...] mas nem sempre temos o que fazer, além de dar orientações, como também nem sempre essas têm o que fazer pra melhorar a situação da sua casa, da comida que come, das condições de vida, é muito complicado, tem muita coisa que depende do poder público” (P09).

“A relação existe, influencia demais, se você sem trabalho, sem ganhar seu dinheiro, se vive num lugar ruim, numa casa em péssimas condições, que não tem saneamento, aquele ambiente é desfavorável, e a pessoa acaba adoecendo [...] como profissional, nosso papel é limitado nessas situações” (P07).

FIGURA 10- Determinantes Sociais da Saúde (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016e).

Os participantes conseguiram apontar a influência dos DSS no processo saúde-doença, acontecimento apontado pela observação sistemática, apesar de sentirem-se limitados enquanto trabalhadores de saúde da ESF para atuar nas iniquidades que favorecem ao adoecimento, revelando a necessidade de repensar o processo de trabalho de forma integral e intersetorial, de modo que contribuam para o desenvolvimento do potencial que possuem, a partir da ampliação do conhecimento sobre a temática, bem como da sensibilização e mobilização da comunidade, da gestão em saúde e dos outros setores governamentais em prol de melhorias de condições de vida da população da área de abrangência.

Estudo realizado por Gonçalves et al. (2011) em Contagem (MG) para análise das ações intersetoriais no cotidiano das equipes de Saúde da Família, mostrou que as mesmas aconteciam baseadas em parcerias pontuais desarticuladas das práticas de gestão. Mas, outro estudo desenvolvido em Goiânia (GO) por Carvalho et al. (2009) sobre as ações intersetoriais segundo a visão de trabalhadores da AB indicaram que estes reconheciam a importância das ações intersetoriais, apesar de não haver consenso da sua definição; 78% indicaram participar de ações para resolução de problemas individuais e coletivos da comunidade assistida; e que 60% dos que não participaram apresentaram interesse em participar.

Em 2011, a OMS realizou a Conferência Internacional dos DSS no Brasil, ressaltando a importância de uma APS integral e abrangente. Dessa forma, não basta que os trabalhadores de saúde da ESF reconheçam que os DSS apresentam impacto direto sobre a saúde, mas fortalecer a capacidade de indivíduos e coletivo para o enfrentamento de fatores condicionantes da doença, desenvolver estratégias de promoção da saúde que progridam para elevação da qualidade de vida, tais como substituir a abordagem comportamental por amplo investimento sobre os problemas de saúde, combinando estratégias individuais (autonomia dos sujeitos para atuarem sobre suas próprias condições de vida e saúde), ambientais (reivindicar políticas públicas que respeitem o binômio homem-natureza e proporcionem intervenção nas necessidades, projetos e ideais de saúde) e políticas (criar pontes de articulação e pactuação de políticas públicas saudáveis e voltadas para a qualidade de vida através de conselhos, câmaras técnicas e grupos de trabalho envolvendo poder público e segmentos sociais (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Continuando a problematização, investigou-se a compreensão que os participantes possuíam acerca da relação da promoção da saúde com os DSS e do papel do trabalhador de saúde nesse contexto, revelando que apreendiam uma tímida concepção pautada nos aspectos individuais e estilo de vida, restringindo o papel do trabalhador de saúde à abordagem comportamental, ou seja, às orientações para desfrutar de boa saúde, sem dimensionar os aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais e políticos relacionados, fatos estes registrados pela observação sistemática:

“Podemos orientar as pessoas sobre hábitos saudáveis, alguns determinantes sociais dependem diretamente da forma como as pessoas levam a vida e promoção da saúde envolve vários componentes, como dormir bem, alimentar-se corretamente, beber muita água, respirar ar puro, fazer atividade física, não se estressar, tudo isso [...] nosso papel é esclarecer, de modo que as pessoas reconheçam o que é bom e ruim pra sua saúde, pra que façam o que é bom e tenham melhor qualidade de vida” (P07).

“Nós fazemos promoção da saúde quando nós falamos da importância de alimentar-se adequadamente, de fazer atividade física, de evitar as coisas que fazem mal pra saúde como fumar e beber, dessa forma estamos orientando o que pode contribuir para a saúde e pra uma vida melhor, e também combatendo os fatores que provocam adoecimento” (P09).

Ressalta-se que a promoção da saúde, definida como habilitação de pessoas e comunidades para transformarem os DSS em benfeitoria da própria qualidade de vida, é uma poderosa proposta em conjunto com a Educação em Saúde para ampliação da consciência e empoderamento individual e coletivo na luta contra as iniquidades socioeconômicas que desfavorecem o acesso à educação, ao trabalho, à renda, à moradia, à alimentação, ao ambiente e lazer adequados, desencadeando ações de articulação e cooperação intra e intersetoriais que adotem os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, que considerem valores fundamentais para efetivação do processo na ESF, tais como solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade e justiça social (BRASIL, 2010; BUSS, 2010; HEIDEMMAN; WOSNY; BOEHS 2014; BRASIL, 2013).

Freire (2011f) reitera a importância da educação e participação popular não apenas para conhecer, mas para compreender a razão dos fatos econômicos, sociais, políticos, ideológicos, históricos que explicam o grau de interdição a que se está submetido. Ressalta a importância do educador, no caso da Educação Popular em Saúde, o trabalhador de saúde, ampliar seu conhecimento sobre a realidade que se encontra inserido, em torno do indivíduo, da sua forma de estar no mundo, substituindo a visão ingênua pela visão crítica, engajando-se dessa forma num processo de batalha social e política para a transformação das estruturas opressivas da sociedade (FREIRE, 2011d).

Problematizando, perguntou-se o que poderia ser feito para intensificar as ações de promoção da saúde e de combate às iniquidades sociais:

“Acho que tem que buscar capacitação pra desenvolver ações que chamem a atenção das pessoas, que façam com que sintam vontade de participar, fazer com que a mensagem chegue aos usuários [...] a equipe tem que sentar, planejar e marcar as ações, muitas vezes ficamos esperando apenas pela enfermeira, ou ela marca e muitos não querem se envolver, e acaba desestimulando; mas eu acho que tem que fazer, nem que seja com o apoio de duas ou três pessoas, o importante é levar adiante [...] Outra coisa é contar com o apoio da coordenação pra fazer com que as coisas aconteçam, não é querer que a gente só atenda, que tenha produção no final do mês, se a gente tiver fazendo uma atividade é respeitar, não querer que naquele momento tenha atendimento, muitas vezes não temos tempo pra preparar, é como se a gente não tivesse fazendo nada, e essas práticas educativas requer tempo pra preparar, e a equipe como um todo ter a consciência e fazer a sua parte” (P01).

“Acho que comprometimento, primeiramente [...], não ficar esperando uns pelos outros [...]. Gosto primeiro de ouvir pra saber o que o povo está

precisando mais, se eu não ouvir, não vou saber o que passar pra elas; gosto das palestras, do diálogo, quando perguntamos a opinião e dizemos a nossa; gosto dos cursos porque aprendo e ganho conhecimento pra ajudar as pessoas; gosto das dinâmicas porque mobiliza, anima muito e a forma que passamos influencia muito, quando é só uma pessoa falando, é cansativo, muitas vezes as pessoas nem prestam atenção, enquanto que quando dinamizamos as pessoas participam e aprendem mais [...] A secretaria poderia apoiar, tudo que vamos fazer tem que sair dos nossos bolsos” (P09).

Observou-se que alguns aspectos sobressaíram-se, como a busca de conhecimento e desenvolvimento de habilidades para que essas ações aconteçam segundo uma perspectiva participativa, com espaço para escuta, diálogo, troca de experiências e dinâmicas, mostrando que muitas concepções acerca de práticas educativas foram ressignificadas, necessitando elaborar um plano de ativação de mudanças, um dos objetivos dessa Pesquisa-intervenção. A Educação Popular em Saúde apresenta arcabouço teórico e prático para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, direcionados para produção de consciência crítica, autonomia, cidadania participativa e superação das desigualdades (BRASIL, 2013).

Outro fator apontado foi o comprometimento da equipe da ESF com o planejamento, preparação e desenvolvimento dessas ações, os trabalhadores de saúde não devem ficar acomodados, esperando iniciativa da enfermeira, já que de acordo com a legislação, essas práticas educativas e de promoção da saúde são atribuições comuns a todos os integrantes da equipe da ESF (BRASIL, 2012a).

Por último, destacou-se a importância do apoio da gestão para o desenvolvimento dessas práticas, responsabilidade que não pode ser resumida apenas em pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, mas que extrapola o setor saúde, buscando articulação e parcerias intersetoriais governamentais e não governamentais; divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); criar grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação e avaliação das ações de promoção da saúde; viabilizar e estabelecer mecanismos para a educação permanente das equipes multiprofissionais; estabelecer instrumentos de gestão e indicadores; direcionar recursos para a produção social da saúde; fomentar o planejamento participativo; criar instrumentos para formulação de ações de intervenção voltadas para resolução dos problemas de saúde e de combate às iniquidades, envolvendo todos os setores governamentais e representantes da sociedade civil (BRASIL, 2010).

### 6.1.6 Modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa

Com a Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se o arcabouço jurídico e administrativo do SUS, declarando a saúde como direito de todos e dever do Estado, que deveria ser garantida através de políticas públicas que proporcionassem acesso universal e igualitário, com vista à prevenir doenças e agravos, recuperar, reabilitar e promover saúde. A promulgação do SUS ocorreu dois anos após, em 1990, através da Lei Nº 8.080, que trata das condições de promoção e recuperação da saúde, e disciplina a descentralização políticoadministrativa; e da Lei Nº 8.142, que assegura a participação comunitária na sua gestão e define critérios de transferências de recursos financeiros intergovernamentais (SAITO, 2014d; BARCELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012).

De acordo com Saito (2014d) para assegurar os princípios éticos doutrinários e as diretrizes organizacionais do SUS, com ênfase para a universalidade, acessibilidade, equidade, humanização, coordenação continuada do cuidado, integralidade, vínculo, responsabilização e participação social, estabelecendo a APS como porta de entrada no sistema de saúde e garantia de reorientação do modelo assistencial, a ESF é a principal proposta do MS, pois apresenta potencialidade para resolução de 85% das necessidades de saúde mais frequentes e relevantes da população do seu território de atuação, utilizando para isso tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade (BRASIL, 2012a).

Santos e Oliveira (2013) afirmam que uma das principais prerrogativas para essa reorganização da assistência é a mudança de paradigma do modelo biomédico ou centrado na doença para o modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa, pois para produzir atenção integral, faz-se imprescindível considerar o sujeito em sua singularidade e sua inserção socioeconômica cultural, com o objetivo de desenvolver ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, com ênfase para a autonomia da pessoa e comunidade sobre os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2012a).

Apresentou-se a Figura 11 para tematização, que foi imediatamente decodificada e relacionada ao tema gerador modelo centrado na pessoa:

“Ao modelo centrado na pessoa trabalha além da cura, a prevenção e a promoção” (P01).

“Enxerga a pessoa doente e não a doença da pessoa” (P07).

FIGURA 11- Modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa (A)



## Saúde da Família

Fonte: (GOOGLE IMAGES, 2016f).

No modelo centrado na pessoa, a finalidade ultrapassa o diagnóstico e o tratamento da doença, o foco é o ser humano, que além do corpo anatômico, possui racionalidade, apresenta saberes, emoções, desejos, projeto de vida, interação com outras pessoas e com o ecossistema. Nem sempre essa pessoa está doente, algumas vezes apresenta algum tipo de sofrimento que não se caracteriza como doença, outras vezes apresenta uma doença e não possui consciência dela, e em alguns casos se encontra doente e consciente da sua doença, mas independente de qualquer uma dessas situações requer cuidados orientados para saúde, seja o seu reestabelecimento ou para a sua promoção e melhoria da qualidade de vida (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Fuzikawa (2013) afirma que esse cuidado centrado na pessoa na ESF é realizado por uma equipe multiprofissional que deve atuar em caráter transdisciplinar, desenvolvendo o conhecimento clínico ampliado, agregando todos os saberes necessários para a integralidade, pautado na empatia, humanização,

escuta qualificada, acolhimento, encontrando-se orientado para o conhecimento da pessoa e do meio em que vive, das suas experiências, das suas necessidades, problemas de saúde e desenvolvimento do projeto terapêutico singular, que considere os valores pessoais, empoderanda para exercer sua autonomia e corresponsabilização por sua saúde.

Ao apresentar a Figura 12 para tematização, continuando a abordagem centrada na pessoa, os participantes ressaltaram a abordagem multidisciplinar do trabalho, a melhoria do acesso e da assistência à saúde das pessoas como diferencial na assistência, fato registrado pela observação sistemática:

FIGURA 12- Modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016f).

“Antes as pessoas só passavam pelo médico, hoje temos os outros profissionais [...] Muita coisa mudou, lembram quando iniciamos como era? As pessoas não entendiam direito, achavam que era apenas ambulatório médico pra quem tava doente, quando viram que podiam fazer pré-natal, fazer prevenção, os hipertensos e diabéticos eram cadastrados e acompanhados, que podiam tomar vacina, quer dizer tudo isso ficou mais acessível [...] o cuidador vê a pessoa como um todo e não mais só o seu problema de saúde, é também de melhor qualidade” (P07).

“Melhorou o acesso aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, aos exames, aos medicamentos, mudou a forma de se fazer saúde [...] Antes o médico só ficava sabendo da doença do paciente quando ele vinha e hoje o agente de saúde é uma ligação entre a comunidade e os profissionais, muitas vezes as pessoas vinham pra o médico e tinham medo ou vergonha de falar, e isso muitas vezes já adiantamos [...] tem também os outros profissionais, a pessoa é melhor assistida” (P10).

Durante a problematização foram questionados quanto aos entraves encontrados para implementação plena do modelo centrado na pessoa na ESF, os participantes apontaram como principal dificuldade a reprodução do modelo biomédico ou centrado na doença, percebidas por eles:

“Na Saúde da Família, em alguns momentos ainda reproduzimos esse modelo biomédico, quando priorizamos as consultas ou o tratamento de doenças” (P05).

“É porque tanto os profissionais quanto a comunidade habituou-se ao modelo centrado na doença, geralmente as pessoas só procuram o serviço quando estão doentes” (P07).

Santos e Oliveira (2013) afirmam que o modelo predominante nos serviços de saúde ainda é o biomédico ou centrado na doença, o que é preocupante, pois significa que o diagnóstico e tratamento de doenças sobressaem-se à pessoa doente, tornando a terapêutica prescritiva ineficaz, devido ao fato de nem sempre seguir os procedimentos adequados para obtenção da cura, principalmente por não ter considerado o seu contexto de vida e os fatores que contribuíram para o adoecimento.

O modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa tem sido proposto não por modismo, mas por uma questão de necessidade, de apresentar respostas adequadas para situações específicas, requerendo dos profissionais de saúde e dos serviços sensibilização e consciência para reorganização do processo de trabalho, implicando a participação da pessoa/ família/ comunidade, bem como de funcionalidade adequada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Dessa maneira, a mudança do modelo centrado na doença para o modelo centrado na pessoa implica transformação de mentalidade e comportamento tanto por parte dos trabalhadores de saúde, quanto por parte dos usuários e da sua própria RAS, ficando esse desafio para ser superado. A Educação Popular em Saúde pode contribuir para essa mudança de paradigma, pois busca envolver famílias e comunidades para aquisição de postura proativa em relação aos seus problemas de saúde, seu contexto socioeconômico e ambiental (BRASIL, 2013).

## 6.2 Referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS

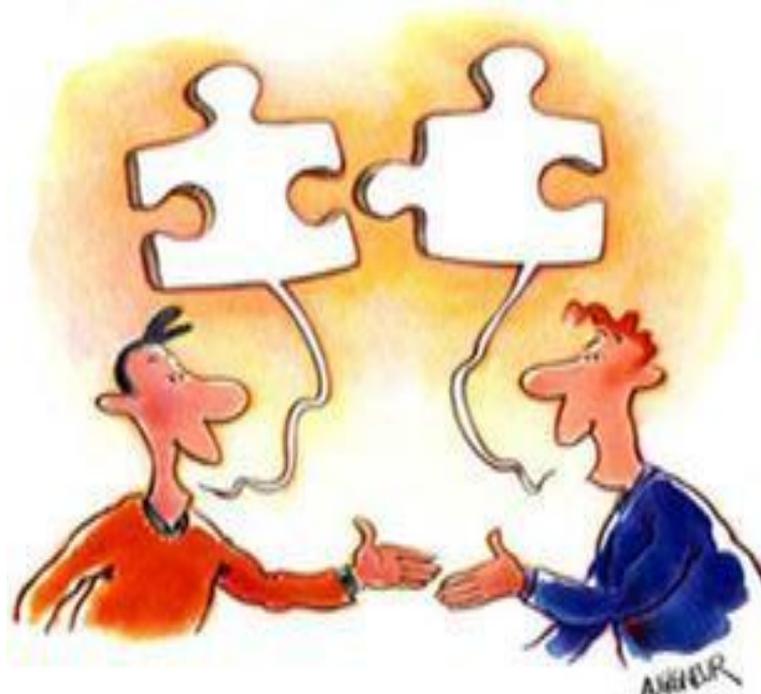
O segundo Círculo de Cultura apresentou como tema “A educação modela as almas e recria os corações, ela é a alavanca das mudanças sociais” (FREIRE, 2011e p.28). Teve como objetivo aproximar os trabalhadores da ESF dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS.

Nesse Círculo de Cultura dispensou-se a fase de investigação do universo vocabular, apresentou-se a PNEPS-SUS através de breve explanação dialogada, quando os participantes elegeram como palavras e/ ou temas geradores os princípios orientadores da política, relacionando-os às respectivas figuras (Google imagens): diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático popular.

### 6.2.1 Diálogo

A Figura 13 foi apresentada aos participantes para tematização, sendo decodificada e relacionada à palavra geradora diálogo. Perguntou-se em seguida o que entendiam por este vocábulo:

FIGURA 13- Diálogo (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016g).

“Representa o diálogo, conversação entre duas pessoas” (P02).

“É uma comunicação entre pessoas, se essas peças se encaixarem, vão ficar bem casadinhas e é esse o sentido do diálogo, debater ideias pra chegar a um senso comum” (P06).

O diálogo é tratado por Freire (2005; apud MENEZES; SANTIAGO, 2014) como uma necessidade existencial quando acontece o encontro entre os homens, proporcionando que encontrem seu verdadeiro sentido de ser e existir para transformação do mundo, tendo este como mediador.

Problematizou-se perguntado como os participantes percebiam o diálogo na ESF, sendo observado que a maioria acreditava que existia essa comunicação, fato registrado pela observação sistemática, apesar de que nem sempre acontecia de forma facilitada e que estava voltado principalmente para a resolução de problemas através da interação de ideias:

“Acredito que acontece, no diálogo existe um pensamento de construção, de interação de ideias, um chega com um assunto e outro tenta encaixar a ideia para desenrolar um assunto, resolver um problema, como os dois imaginam” (P01).

“Acontece, às vezes é difícil encaixar, mas o diálogo acontece [...] quando conversamos pra chegar a um senso comum, a conversa tem que se encaixar, pra que seja o que um e o outro quer, tentando solucionar os problemas” (P10).

Ceron (2012) afirma que no contexto da ESF o diálogo possui grande importância para a realização do cuidado de acordo com o que é preconizado pelo SUS, principalmente por ser porta de entrada do sistema e encontrar-se exposta à diversas demandas, lamentos e solicitações da comunidade. Lembrando que historicamente essa população foi educada segundo o paradigma assistencialista centrado na doença, na busca de equipamentos hospitalares e qualificação médica para resolução imediatista dos problemas de saúde, sendo este modelo assistencial contrário aos ideais do modelo centrado na pessoa, que abrange as mais complexas dimensões do contexto biopsicossocial familiar e comunitário por meio do conjunto de práticas da equipe interdisciplinar, fundamentadas na criação e manutenção de vínculos, capacidade de educar e empoderar para a construção participativa, visando a prevenção de doenças e promoção da saúde através da transformação sociohistórica dos determinantes de saúde e busca por qualidade de vida.

Continuando a problematização, interrogou-se quais os sujeitos envolvidos no diálogo no âmbito da ESF, a maioria acreditava que se encontrava presente entre os trabalhadores de saúde, entre estes e a comunidade, sendo que se apresentava de forma tímida entre gestão e trabalhadores, bem como entre gestão e comunidade:

“Existe diálogo entre profissional e profissional, sempre que a gente trás alguma demanda seja pra enfermeira ou pra o médico, eles resolvem [...] juntos conseguimos uma resposta, não sai sem uma resolução” (P10).

“Acho que entre profissional e comunidade esse diálogo acontece, é melhor, a gente tenta ajudar, tem coisa que dá certo, tem coisa que não, mas não por culpa nossa” (P06).

“Entre profissional e gestor fica muito a desejar, muitas vezes a secretaria fala uma coisa e nós falamos outra [...] falta comunicação” (P06).

“Entre gestor e comunidade não tem conversa porque o gestor quer coisa boa pra ele, não quer coisa boa pra comunidade não, quer que a comunidade fique submissa a ele, pra qualquer coisa que melhorar um pouquinho a comunidade achar que foi ele, geralmente essa melhoria não parte da escuta da comunidade pelo gestor” (P06).

O estilo de governar formal, pautado no diálogo deficiente entre os implicados no processo, na tomada de decisão, racionalidade gerencial, controle e disciplina por parte da gestão foi aspecto marcante nas falas dos participantes, sendo enfatizado no instrumento da observação sistemática. Essa lógica gerencial hegemônica segue alguns princípios tayloristas, tais como a fragmentação do trabalho, a especialização do trabalhador, uma única e melhor forma de execução da tarefa e a divisão do trabalho entre quem pensa e decide, e quem segue normas e executa o trabalho, no caso específico da saúde, a gestão corresponde àqueles e os trabalhadores a estes (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Cunha e Campos (2010) relatam que esse modelo gerencial que serve aos interesses capitalistas tem sido questionado desde o final da década de 1960, com a luta dos movimentos libertários, inclusive no setor saúde. Contrapondo-se ao modelo hegemônico de gerência, surge o método Paideia, também conhecido como “método da roda”, e assume compromisso institucional com a democracia, englobando as dimensões críticas de análise do trabalho e de cogestão, considerando a transversalidade dos espaços e das necessidades, aposta na politização e compartilhamento da gestão, transformação de condições instituídas e

de interesses singulares, superação da precariedade estrutural e material, produção de sujeitos ativos e realização de desejos coletivos. Na área da saúde, esse aparato satisfaz os princípios do SUS, atendendo as prerrogativas da gestão do trabalho na ESF, e ressalta-se que seja na gestão, na clínica ou nas práticas educativas é imprescindível que as decisões sejam dialogicamente tomadas com base no contexto, na relevância e nas prioridades.

A maioria apontou que em outros tempos existia diálogo entre gestão e trabalhadores, mas que atualmente essa comunicação é escassa, causando insatisfação observada nas falas dos participantes:

“Vamos dizer, hoje não tem mais diálogo, não tem [...] quando foi que a gente se reuniu com a gestão e com os setores da secretaria? Há anos atrás a gente se encontrava” (P10).

“Há muito tempo não querem conversa com a gente porque tudo acontece de forma vertical, quando a gente diz a verdade incomoda, tem que ser do jeito que eles querem, nessas duas últimas gestões a gente não se encontra, não tem diálogo” (P05).

A hierarquização das relações e a tomada de decisões centrada na gestão é uma problemática a ser enfrentada pelo sistema de saúde, fazendo-se necessário compreender as estruturas de poder dentro do cotidiano das instituições e transformar as relações, proporcionando momentos de escuta dos trabalhadores e da comunidade, ampliando a corresponsabilidade dos atores envolvidos no processo de gestão compartilhada (SULTI et al., 2015).

Quanto às consequências da falta de diálogo entre gestão-profissionais e gestão-comunidade, argumentaram:

“Quando não há diálogo entre a gestão e os profissionais e entre a gestão e comunidade tudo fica muito a desejar, muitas vezes não se consegue chegar a um resultado desejado” (P10).

“É prejudicial pra todos, quem perde é o setor saúde [...] Falta compromisso de quem está na gestão, dizer que eu quero que faça acontecer [...] não há alicerce, a gestão era pra ser um alicerce” (P07).

Sulti et al. (2015) apontam que as implicações decorrentes do modo clássico de gestão em saúde, segundo a lógica taylorista, supervalorizam as ações de controle em detrimento do compartilhar planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação das práticas em saúde, e encontram-se pautadas em

decisões de caráter emergenciais, popularmente conhecidas como “apagar incêndios”, tornando-se alienante para todos os envolvidos, tais como os gestores por desconhecerem o processo de trabalho dos serviços e a realidade comunitária, os trabalhadores de saúde e a comunidade por serem excluídos dos processos decisórios que lhes dizem respeito.

A Central de Marcação de Consultas/Exames/Encaminhamentos para Serviços Especializados foi apontada pelos participantes como a principal insatisfação por parte dos usuários no que tange à falta de comunicação entre gestão-comunidade, episódio registrado pela observação sistemática:

“[...] O maior entrave hoje se chama Central de Marcação porque não há igualdade, marcam pra uns e pra outros não, o critério utilizado muitas vezes é amizade ou politicagem” (P06).

“[...] Hoje mesmo uma usuária me disse: - Mulher, eu fui barrada na Central, enquanto fulaninho chega lá e marca, fiquei revoltada porque não é justo, eu precisando muito e não tinha ninguém pra esclarecer, só dizem que tem que trazer pro posto, mas como assim se outros marcam lá? [...]” (P10).

Auditoria extraordinária realizada em 2015 no município de Juazeiro do Norte (CE) através da Procuradoria Federal da República identificou baixa resolutividade da AB, o que eleva a solicitação de exames e o índice de encaminhamentos para serviços especializados, sendo orientada a reestruturação das ações da ESF para dar resolutividade, qualificação profissional, reduzir as solicitações desnecessárias de exames e encaminhamentos para otimizar, equipar as UBS para realização de serviços e procedimentos básicos, informatizar as UBS e descentralizar a marcação de exames e encaminhamentos, o que poderia melhorar o acesso e a qualidade da assistência prestada, consequentemente alcançar maior satisfação da população atendida (CARNEIRO, 2015).

Continuando a discussão acerca do diálogo, apresentou-se a Figura 14 para tematização, que proporcionou aos participantes as seguintes interpretações ao decodificá-la:

“Está acontecendo o diálogo e há um processo de problematização [...]. Há uma construção de ideias, os pensamentos se misturam, as cores expressam ideias diferentes e essas ideias diferentes enriquecem o diálogo, o aprendido como um todo” (P10).

“Há espaços nas figuras que são diferentes dos outros, mas há espaços que pertencem há mais de uma figura, e no diálogo é assim, cada um

expressa sua ideia, algumas coincidem e outras não [...]. Alguns também não dão importância ao que está sendo dialogado, só querem saber de suas próprias ideias, vejam que esses três balões possuem cores diferentes e não se misturam, já aqueles outros balões, começam de uma cor e à medida que vão falando e escutando as ideias vão brotando e sendo complementadas” (P07).

FIGURA 14- Diálogo (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016g).

A PNEPS-SUS (BRASIL, 2013) entende o diálogo como um processo de comunicação que permite a troca de experiências, a reflexão crítica fomentada através da argumentação enriquece as ideias principiantes dos sujeitos, proporcionando a construção coletiva do novo conhecimento, e isso pode ser observado nas falas dos participantes:

“O diálogo não pode ser apenas troca de palavras, tem que ser aberto pra troca de ideias, tem que permitir a expressão das opiniões pra saber se pode acatar ou não, em alguns momentos a pessoa pensa de uma forma, mas vem outra e mostra outro pensamento que acaba convencendo a outra pessoa, somando ao que ela pensava ou fazendo com que mude de ideia” (P10).

“No diálogo é cada um mostrando suas ideias pra que as peças se encaixem, pra que juntos cheguem a um denominador comum, ninguém é dono da verdade, mas de repente a interação dessas ideias é um produto valioso por ser fruto daquele diálogo” (P07).

Com relação à participação no diálogo, outro quesito foi levantado partindo da observação da Figura 14, que nem sempre acontece o engajamento de todos:

“Tem várias questões, dois estão falando e de costas pra outros, quem está de fora também está cheio de ideias, alguns estão isolados, seria importante que todos pudessem participar” (P09).

“A participação de todos seria benéfica [...] mas nem todos participam, pode ser timidez, falta de coragem de dizer o que pensa, às vezes com medo de represália, ou também ele pode não ter nada haver com aquele problema e não ser necessário envolver-se com a falácia” (P01).

Problematizou-se questionando se no âmbito da ESF esse quesito da falta de participação de alguns nos diálogos das práticas educativas também pode ser observada e porque isso acontece:

“Muitas vezes deixamos de fora, quando não permitimos que falem ou quando não incentivamos pra que falem” (P06).

“Às vezes deixamos de escutar algumas pessoas achando que elas não têm coisas importantes pra falar, e muitas vezes o que elas têm pra dizer pode fazer toda diferença” (P02).

Freire (2011a) aponta como herança do período autoritário a emissão de “comunicados”, negando assim a “comunicação”, fato bastante presente nas práticas educativas usualmente desenvolvidas na ESF, quando os profissionais de saúde reproduzem sua formação flexeneriana e agem de modo normativo, reproduzindo o modelo biomédico (BRACCIALLI; VIEIRA, 2012; FERREIRA et al., 2014).

Perguntou-se o que poderia ser feito para estimular essa participação ativa de todos os sujeitos nos diálogos das práticas educativas na ESF:

“Pedindo pra ele falar, querendo conhecer a opinião dele” (P07).

“Teríamos que ter habilidade pra conseguir que ele falasse sem causar constrangimento” (P10).

O desenvolvimento de habilidades de comunicação é um desafio a ser enfrentado pelos trabalhadores de saúde da ESF para o bom êxito das práticas educativas, fazem parte das tecnologias leves, podem ser verbais ou não verbais, sendo fundamental considerar a capacidade de vínculo afetivo, substituir a

tradicional relação de neutralidade e distanciamento pela empatia, postura humanizada, pelo acolhimento e atitudes horizontalizadas por meio do diálogo, da interação do conhecimento, de perguntas e respostas factíveis de entendimento por parte dos sujeitos, dirimindo os lugares de poder historicamente instituído no relacionamento entre profissional de saúde e paciente (CERON, 2012).

### 6.2.2 Amorosidade

Apresentou-se a Figura 15 para tematização, solicitando que fosse relacionada à sua palavra ou ao seu tema gerador, sendo que no caso relacionaram-na à amorosidade.

FIGURA 15- Amorosidade (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016h).

Prosseguiu-se com a tematização, partindo da decodificação ou análise da figura exibida, evidenciando que a concepção que possuíam acerca da amorosidade se encontrava interligada à união:

“No meu pensamento, eu vejo que já acontece após o diálogo, ao consenso, pois já estão abraçados, unidos [...] um só seria insignificante, mas quando se juntaram, a união fez a força, tornaram-se mais fortes (P02).

“O abraço é muito importante e quando é coletivo é muito bonito, mais importante ainda porque mostra que estão unidos pra resolver qualquer problema [...] são de barro, mostra a fragilidade e ao mesmo tempo a força, se fosse um só não conseguiria, mas quando se abraçam, quando há união e amorosidade, chegam a uma solução para os problemas, uma consolidação pras ideias, tornando-se mais fortes, mais difícil de quebrar” (P01).

Freire (2011b) assegura que a amorosidade é fundamental para o diálogo e que este não pode acontecer se não existir um intenso amor ao homem e ao mundo. Ressalta ainda que a união é um testemunho ousado e amoroso, proveniente da ação dialógica, é dinâmica e parte do contexto da sociedade, fazendo-se indispensável para a organização dos oprimidos, fortalecendo a luta pela libertação. Neste sentido, a PNEPS-SUS aposta na amorosidade para intensificação do diálogo na busca estruturante pela saúde, ampliando o agir consciente e o compromisso solidário, fortalecidos pelo vínculo afetivo e pelo acolhimento (BRASIL, 2013).

Problematizou-se interrogando de que forma a amorosidade estava sendo valorizada para a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e nas práticas educativas na ESF, sendo elencado pelos participantes o respeito pelo outro, pelas diferenças de pensamentos e saberes como essenciais:

“Não conseguiríamos chegar a um produto, se não houvesse amorosidade, se tornaria briga, quando há amor tem também respeito pelo o outro e não há confusão, quando queremos impor o pensamento da gente muitas vezes há desentendimento seja entre a gente ou com a população” (P07).

“Vejam que há dois grupos, há união dentro de cada grupo, não necessariamente é obrigado todos pensarem da mesma forma, tem que haver o respeito [...] da mesma forma nossos conhecimentos são complementares, digo o científico e o popular, e precisam ser compreendidos e respeitados” (P09).

Freire (2011b) caracteriza a amorosidade como intercomunicação entre duas consciências solidárias, que se compreendem e se respeitam. Dessa forma, a amorosidade favorece o diálogo, a empatia, o acolhimento, o vínculo, o respeito pela história e cultura, a interação entre os saberes científico e popular, servindo de alicerce para práticas educativas empoderadoras, que respeitem a autonomia dos sujeitos e coletivo, e potencializem o cuidado prestado pela equipe da ESF (BRASIL, 2013).

Retornou-se à tematização sobre amorosidade com a codificação através da Figura 16, solicitando que fosse decodificada. Os participantes reforçaram a ideia

do respeito à diversidade como ato de amor, fato ressaltado pela observação sistemática:

FIGURA 16- Amorosidade (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016h).

“Mostra que não importa a cor da pele, quando amamos não há preconceito” (P03).

“Independente do saber de cada um, independente de raça, de credo, de sexo, todos podem se unir quando há amorosidade” (P01).

Del Prette e Del Prette (2012a; 2014) relatam que todas as formas de discriminação são aprendidas a partir dos processos de comparação entre grande/pequeno, bonito/feio, certo/errado, normal/anormal, dentre outros, tendenciando a organização de ideias baseadas no que é prevalente. Isso tem causado crise nas relações interpessoais, aparecendo diariamente nos órgãos midiáticos, e podem acontecer em qualquer lugar, na família, na comunidade ou em instituições, sempre marcada por frieza, brutalidade, atos destrutivos que causam perplexidade e sentimento de desamparo.

A Educação Popular em Saúde é concebida pela PNEPS-SUS como práxis político-pedagógica favorável ao abandono dos julgamentos de valores, superação dos conflitos preconceituosos, orientada para a produção de cidadãos

tolerantes e respeitadores da diversidade humana seja étnica, religiosa, sexual, cultural ou intelectual, garantindo o direito dos sujeitos exercerem suas diferenças na busca do próprio bem estar e daqueles com os quais convivem, contribuindo dessa forma para erradicação de todas as formas de discriminação, violência e opressão (BRASIL, 2013).

Del Prette e Del Prette (2012b) clamam investimentos de profissionais e grupos para a superação das mazelas causadas pelas relações humanas desarmônicas, egoístas e violentas, bem como a construção de novas práticas pautadas na convivência salutar, no respeito ao direito de todos e na solidariedade. No âmbito da ESF algumas práticas inclusivas podem ser desenvolvidas, tais como seleção de filmes, leituras integrativas, grupos de estudo, oficinas e círculos de cultura, sendo papel dos trabalhadores de saúde proporcionar condições de aprendizagem nessa perspectiva, pois essas atividades quando bem planejadas e conduzidas são bastante efetivas.

Em sequência, problematizou-se perguntando como o princípio da amorosidade é vivenciado na ESF, sendo apontado o acolhimento e a escuta como forma de viabilizá-lo:

“Através do afeto, do acolhimento, da escuta atenciosa” (P01).

“É importante parar pra escutar a pessoa e acolher, independente de qualquer coisa, mostrar-se sensível ao problema dela” (P09).

O afeto deve torna-se elemento estruturante na busca pela saúde, o acolhimento e a escuta são imprescindíveis para a compreensão da demanda que chega ao serviço, da subjetividade e alteridade que permeiam as relações, proporcionando confiança e vínculo solidário entre trabalhadores de saúde e usuários, é dessa forma que o princípio da amorosidade pode ser estabelecido na ESF (BRASIL, 2013; SANTOS; WIMMER, 2013).

Outro aspecto levantado durante a problematização foi o comportamento dos trabalhadores de saúde para com os usuários que buscam obstinadamente o serviço com queixas inespecíficas, que nem sempre é de empatia e acolhimento, sendo apontada a necessidade de mudança de conduta e principalmente o não julgamento relacionado a esses casos, episódio registrado pela observação sistemática:

“Saber qual o problema pra não julgar sem saber o que está acontecendo com aquela pessoa” (P10).

“Não julgar sem saber o que a pessoa está passando, às vezes é muito fácil falar, mas sem saber as dificuldades que a pessoa pode estar passando naquele momento” (P02).

Brasil (2013) aponta algumas situações que requerem atenção e avaliação mais minuciosa de indivíduos e famílias alvo do trabalho da equipe da ESF, tais como sintomas inespecíficos, utilização excessiva dos serviços de saúde, dificuldade de controle de doenças crônicas, distúrbios emocionais e comportamentais, mimetismo, dificuldades conjugais, divórcios, patologias relacionadas ao estilo de vida e ao ambiente, transição do ciclo de vida, acidentes graves, morte na família e sempre que o modelo de cuidado à saúde mostrar-se inadequado ou insuficiente.

O princípio da amorosidade faz-se indispensável nas situações supracitadas, a solidariedade, a escuta sensível dos anseios, a reflexão cuidadosa das dificuldades enfrentadas pelo indivíduo e sua família e a delimitação de estratégias de enfrentamento devem ser utilizadas para dissipar o sofrimento e recompor a esperança (BRASIL, 2013; VASCONCELOS, 2013).

### 6.2.3 Problematização

O princípio da problematização foi tematizado através da codificação da Figura 17, seguindo com a decodificação:

“Mostra uma pessoa carregando um monte de problemas” (P06).

“A figura mostra que os problemas são muitos, deveria estar muito pesado” (P09).

Interrogou-se em seguida, o que os participantes compreendiam por problematização:

“Problematizar é discutir os problemas pra procurar solução” (P09).

“É uma forma de resolver os problemas através do diálogo, de questionamentos com base no que é vivido, no que temos que enfrentar” (P10).

FIGURA 17- Problematização (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016i).

Freire (2011c) aponta a problematização das situações limites como pré-requisito para a busca da transformação social, deve partir do contexto real, da curiosidade, do diálogo, da análise crítica dos atos limites que desorganizam a dominação e estabelecem o inédito viável.

A problematização como princípio orientador da PNEPS-SUS é artefato essencial que implica a leitura crítica das vivências incongruentes na área da saúde, considerando a experiência pregressa dos sujeitos na apreciação da própria realidade, fomentando possibilidades para elucidá-las. Surge como práxis pedagógica e social, que amplia a consciência dos sujeitos, resgata suas potencialidades e capacidade de intervenção sobre situação limite identificada, solucionando-o ao mesmo tempo em que é transformado por essa ação de problematizar (BRASIL, 2013; SANTOS; WIMMER, 2013).

Indagou-se se a problematização fazia parte das práticas educativas em saúde que aconteciam na ESF e de que forma era desenvolvida, sendo reconhecido pelos participantes a não utilização desse princípio durante as atividades de Educação em Saúde, reafirmado o caráter transmissivo de conhecimento com base

nas orientações em saúde no desenrolar dessas práticas, assunto analisado e discutido no primeiro Círculo de Cultura, e identificado a falta de habilidade na utilização de ferramentas potencializadoras da problematização, fato ressaltado através da observação sistemática:

“Acho que não usamos a problematização, teríamos que usar as armas adequadas, muito mais orientamos [...]” (P10).

“Muitas vezes não temos habilidade pra problematizar, não temos as ferramentas adequadas” (P07).

Freire (2011b) afirma que a educação problematizadora não condiz com o ato de transferir conhecimentos e valores aos educandos, estes não devem portar-se como meros pacientes ao modo da educação bancária, pois quem se compromete com a libertação não pode enxergar o homem como ser vazio que possa ser preenchido de conteúdo pelo mundo, mas como ser consciente, sujeito da própria história e de suas relações, que busca dialogicamente soluções para os entraves e mazelas do seu viver.

Várias maneiras de assegurar processos educativos problematizadores e participativos podem ser apresentados, além do Círculo de Cultura que possui fase específica destinada à problematização, outras práticas oriundas de saberes multidisciplinares, tais como teatro do oprimido, fórum, sociodrama, psicodrama, oficinas e outras técnicas de grupo favorecem ação dialógica, reflexiva e produtora de autonomia. A Educação Popular em Saúde aposta nessas diversas modalidades formativas, diferentes instrumentos didáticos pedagógicos, comunicação de massa, cultura de resistência e reinvenção das relações econômicas, sociais, culturais e ambientais, que partem do diagnóstico da realidade, fundamentada na construção coletiva do conhecimento dialético, fomentado pela solidariedade, compromisso com o coletivo, ligado à defesa da vida e da saúde (PULGA, 2014).

Apresentou-se a Figura 18 para tematização, solicitando que fosse decodificada:

“Mostra que cada um tem seu problema, a interrogação é enorme, mostra que o problema de cada um é grande, estão num deserto como se não houvesse saída pra solucionar os problemas” (P01).

“Estão todos com problemas, são muitos os obstáculos, tem muita areia, o sol deve estar quente, [...] imagina aí num deserto, de salto, de terno [...]” (P10).

FIGURA 18- Problematização (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016i).

Em seguida, problematizou-se com base nas vivências dos participantes, que enquanto trabalhadores da ESF percebiam-se com uma grande demanda de problemas e sentiam-se impotentes para solucioná-los:

“Com relação à ESF, cada usuário chega com um problema diferente, são muitos os problemas, e nós estamos aqui pra tentar resolver, muitas vezes é complicado porque nem tudo depende de nós, muitas vezes não tem o remédio pra tratar, não tem um exame que precisa, é acamado e não tem uma fisioterapia a contento, tudo isso, falta organização do sistema pra solucionar melhor os problemas” (P01).

“Às vezes acontece parecido com a gente, tem um problema que a gente não tem o que fazer e passa pra outra pessoa resolver, ela não consegue e passa pra outra, a outra acha que o problema não é dela, e acaba sem resolver” (P09).

Perguntou-se o que os participantes consideravam que poderia ser feito para solução da dificuldade supracitada, sendo apontado o apoio da gestão como primordial para resolução das demandas que se sentiam limitados para elucidá-las e consideravam-se malquistos perante aos gestores por tentarem solucionar os

problemas que lhes eram apresentados, fatos relatados pelos observadores através do instrumento de observação sistemática:

“[...] Nós temos nossos limites para resolver alguns problemas, temos que ter suporte do coordenador, do gestor; chega um momento que nós ficamos com problemas diante dessas pessoas porque já dizem que somos exigentes, acabamos nos tornando antipáticos pra secretaria, também ficamos desestimulados, queremos fazer e não podemos fazer nada porque não tem apoio” (P01).

“Temos que ajudar a resolver [...] nossa equipe é tachada como a mais briguenta pela secretaria, justamente por tentar resolver os problemas” (P07).

Compete aos gestores dos serviços de saúde não apenas a resolução de problemas, mas estabelecer relações compartilhadas de gestão com trabalhadores e comunidade, no caso da ESF, desburocratizando normas e papéis institucionais, reorganizando o processo de trabalho para atender às necessidades da população, abandonando práticas centradas com alto consumo de procedimentos e produzindo novos modelos de cuidar, que possibilite participação, diálogo e problematização e contribuam para redelineamento de políticas públicas que valorizem as particularidades e subjetividades, práticas concretas de transformação social (SULTI et al., 2015).

Outro quesito levantado para a solução dos problemas vivenciados no cotidiano, sendo também ressaltado através do instrumento de observação sistemática, foi a união dos membros da equipe de ESF:

“Na Figura, eles estão distantes uns dos outros, talvez se eles se unissem fosse mais fácil e da mesma forma acontece com a gente, a união faz a força” (P10).

“Muitas vezes sozinha eu não consigo, mas se eu me uno a você e a você, como muitas vezes a gente faz, ajudando um ao outro, acaba conseguindo” (P07).

Freire (2011c) menciona a união exaltada por Marx e Engels como precursora da luta das classes trabalhadoras contra a espoliação capitalista há mais de um século e meio, e que continua sendo indispensável nas batalhas cotidianas libertadoras e legítimas de comunidades, contra todas as formas de opressão. A PNEPS-SUS fundamenta-se na unidade dos atores envolvidos com a natureza, seu contexto social e cultural numa perspectiva de cuidado integral do ser humano,

permeado pela amorosidade, solidariedade, escuta, diálogo e autonomia (BRASIL, 2013).

#### 6.2.4 Construção compartilhada do conhecimento

Seguiu-se com a tematização através da codificação e decodificação da Figura 19, identificada pelos participantes como o princípio da construção compartilhada do saber, sendo que as peças que formam a lâmpada foram percebidas como o conhecimento de cada sujeito:

FIGURA 19- Construção compartilhada do conhecimento (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016j).

“A figura mostra a construção compartilhada do saber, cada um contribui com sua peça que quando encaixadas formam a lâmpada, que será acesa” (P02).

“Essa luz é o conhecimento [...]. Essas peças pesam, cada um está com uma peça, se fosse sozinho não teria como conseguir formar a lâmpada, mas os quatro juntos com o mesmo propósito vão conseguir” (P07).

Freire (2011d) afirma que cada sujeito e todos eles possuem papel fundamental na construção do conhecimento individual e coletivo que extrapola o cognitivo, motor, sensitivo, intuitivo, emocional e estético, abrangendo as dimensões históricas, culturais, sociais, políticas e econômicas.

A PNEPS-SUS apresenta a construção compartilhada do conhecimento como interação pedagógica dialógica e dialética dos diversos sujeitos, que trazem consigo seus saberes, apreciações, idealizações e perspectivas para enfrentamento de empecilhos e transformação das práticas centradas de saúde em ações participativas, emancipatórias e criativas (BRASIL, 2013).

Problematizou-se, perguntando de que forma acontecia essa construção compartilhada do conhecimento na ESF, sendo apontada a importância da complementaridade dos saberes multiprofissionais para o cuidado em saúde da população, episódio registrado através da observação sistemática:

“As peças se encaixam perfeitamente, elas são diferentes, da mesma forma que os nossas profissões, elas se encaixam, todas são importantes, se faltar uma não tem como assistir bem a população” (P07).

“Cada um foi pra uma formação diferente e os saberes são complementares, é a soma dos saberes, alguém dentro do seu conhecimento e da sua experiência teve a ideia de construir esse programa, que é novo, mas que já trouxe muitos benefícios com essa soma de saberes” (P01).

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é um requisito central para a reorientação da assistência à saúde através da ESF, que considera as especificidades disciplinares e a articulação dos diversos saberes, de suas interfaces e das técnicas que lhes são peculiares para a interação e construção do projeto compartilhado que proporcione cuidado integral ao indivíduo, à família e à comunidade, garantindo educação em saúde, acompanhamento, referência (encaminhamento) e contra referência (retorno do encaminhamento), avaliação e controle social (MOIMAZ et al., 2011).

De acordo com Loch-Neckel et al. (2009) a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade são imprescindíveis para a resolutividade dos problemas de saúde e bom êxito da nova forma de cuidar, contemplando as determinações biopsicossociais do processo saúde doença e a corresponsabilização entre profissionais, indivíduos, coletivos e seus entornos, porém continua sendo um grande desafio para todos, primeiramente pela necessidade de rompimento com o modelo biomédico e relações assimétricas, e em segundo pela perspectiva de integração e reciprocidade do trabalho dos profissionais, não apenas da coexistência dos diversos saberes de forma fragmentada.

Foi registrado através da observação sistemática o desestímulo dos participantes perante suas práticas enquanto trabalhadores de saúde, ao mesmo tempo em que percebiam que não podiam acomodar-se diante das dificuldades:

“Temos que buscar formar essa luz, muitas vezes ela está quase apagando, tem que persistir sempre, muitas vezes você anda, anda e quando está bem pertinho de chegar você para e não consegue chegar, e aquela busca não pode ficar perdida, tem que continuar” (P09).

“Às vezes a luz está formada, mas está apenas apagada, ela não ilumina porque não está ligada e não sabem que falta apenas apertar o botão, então chega alguém e diz que só precisa acender e ilumina tudo [...] Não podemos ficar acomodados” (P10).

Apresentou-se a Figura 20, continuando a tematização sobre a construção compartilhada do conhecimento, enfocando o campo da educação em saúde no âmbito da ESF, reconheciam que novas práticas educativas que incitassem a participação da comunidade precisavam ser desenvolvidas:

FIGURA 20- Construção compartilhada do conhecimento (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016j).

“Cada um precisa participar com o que sabe pra fazer novas práticas educativas, que estimulem a participação da comunidade, nenhum conhecimento pode ser desconsiderado, as ferramentas dos bonecos são diferentes e são necessárias [...]” (P10).

“O conhecimento é a base, junta o que eu sei, com o que você sabe, que ele sabe e formamos um novo conhecimento que seja melhor, e a comunidade precisa participar” (P09).

Dentro dessa perspectiva, mais uma vez foi apontada a necessidade de utilização de ferramentas adequadas para edificação do saber e o reconhecimento das fragilidades que possuem diante da realização de práticas educativas dialógicas e libertadoras, fato registrado pelos observadores através do formulário sistematizado:

“Temos que usar as ferramentas adequadas para construir esse conhecimento, nem sempre fica claro pra nós qual a melhor ferramenta que deve ser usada ou a forma correta de usar” (P09).

“Nossas habilidades ainda ficam muito a desejar, acho que esses saberes ainda não são compartilhados como deveria, falta saber como fazer pra conseguir alcançar essas práticas libertadoras” (P05).

Notifica-se como fruto dessa Pesquisa-intervenção o conhecimento e análise crítica sobre o processo histórico e socialmente construído acerca da educação tradicional e principalmente o desvelamento dos nós críticos presentes nas atividades de Educação em Saúde no âmbito da ESF, a sensibilização e reconhecimento da necessidade de ruptura com a transmissão do saber, vontade de aprender a desenvolver práticas educativas problematizadoras, que estabeleçam provocações, análise crítica da realidade e busca de soluções, contribuindo assim para a transformação social.

#### 6.2.5 Emancipação

Prosseguindo com a tematização, apresentou-se a codificação através da Figura 21 e instigando a decodificação, solicitando que fosse relacionada à sua respectiva palavra geradora, sendo identificada pelos participantes como emancipação, percebida por eles como liberdade, porém no âmbito da ESF sentiam-se limitados, que inexistia essa emancipação devido aos entraves encontrados e que seria necessário lutar para obtê-la:

“Liberdade, ainda temos que lutar muito pra isso” (P06).

“É difícil essa libertação no nosso trabalho porque somos limitados, temos consciência do que precisamos fazer, mas não temos condições de

trabalho, não temos carro pra fazer visita, não temos fita pra glicemia, material pra curativo, falta medicamento, falta exame em tempo hábil, nosso trabalho depende de toda uma estrutura que está defasada” (P01).

FIGURA 21- Emancipação (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016k).

A emancipação pode ser compreendida em sua perspectiva humana, social, histórica e material, sendo que a luta pela liberdade, mais que aspiração é vocação do homem, seja em qualquer desses aspectos deve ser orientada pela práxis, pautada pelo rompimento com todas as formas de opressão, tudo que agride os sonhos, limita o bom desempenho das ações e conseqüentemente interfere na satisfação dos sujeitos envolvidos (FREIRE, 2011a; BRASIL, 2013).

Problematizou-se perguntando o que os participantes, enquanto trabalhadores de saúde e agentes de mudanças estavam fazendo para buscar a emancipação, mostrando que se reconheciam ativos na luta pela transformação da realidade, fato apontado pela observação sistemática:

“Acho que buscamos o inédito viável, tentamos encontrar saídas, não estamos acomodados, estamos no caminho, são muitas as barreiras, mas vamos vencer” (P01).

“Estamos lutando, com muitas pedras no caminho, muitas barreiras que são impostas pela gestão, mas precisamos enxergar que é possível, pior é se acomodar” (P10).

Freire (2011d, p.16) descreve que “não basta ao operário ter na cabeça a ideia do objeto que quer produzir, é preciso produzir”, ou seja, o entendimento da condição opressiva não é suficiente para a libertação, faz-se imprescindível o engajamento na luta socioeconômica e política para modificação das situações desfavoráveis, no campo da saúde, estas são chamadas determinantes das iniquidades, desigualdades, sofrimentos e doenças.

Alguns participantes consideraram a emancipação no âmbito da ESF como utopia, revelando o teor político e as relações verticalizadas que a circundavam, ocorrido também apontado pela observação sistemática:

“Às vezes acho que tudo isso é ilusão, não há seriedade com o bem da população, os governantes só pensam em si, o melhor exemplo é a atual situação do país” (P05).

“Essa liberdade é sonhada, será o dia que nossa participação será considerada, que as coisas não aconteçam de cima pra baixo” (P09).

Freire (2011d) ao escrever “Pedagogia da Esperança: um encontro com a pedagogia do oprimido” apontou a desesperança como imobilizadora das forças necessárias para a colisão recriadora do mundo, fazendo o homem sucumbir no fatalismo, mediante a “democratização da sem vergonhice” como denominado por ele para assinalar o desrespeito ao que é público e a impunidade por esses atos, ao mesmo tempo em que reconhecia os fatores históricos, econômicos e sociais para toda essa problemática, fato ainda hoje bastante atual.

Por outro lado, a esperança é um imperativo ontológico, ou seja, da análise do ser em si, da existência, da realidade. Sem esperança não há luta para fazer a existência humana melhor, não há como indignar-se e exigir seriedade e transparência, o povo não sairia às ruas para protestar e “vomitar em face de tamanha desvergonha”. Dessa forma, esse embate revela que ainda existe esperança, mas esta sozinha não conseguiria transformar a realidade, necessita ancorar-se na criticidade das práticas individuais e coletivas, mediante análise política, encontrar possibilidades para vencer os obstáculos (FREIRE, 2011d).

Outros participantes acreditam que a própria população corrobora para essa relação verticalizada e opressiva:

“É uma bola de neve, tudo isso que o povo está passando é culpa do povo, todo mundo é corrupto, como os governantes não seriam?” (P07).

“Trabalhar essa consciência é muito difícil, quando se tenta fazer política com seriedade é traído pelo próprio povo que só pensa em seu favorecimento” (P01).

Fortalecer a consciência crítica e organizativa através de espaços de participação, controle social e gestão participativa, que é um dos eixos estratégicos da PNEPS-SUS, possibilita uma leitura sobre a vida, a ampliação do diálogo e da reflexão, desencadeadores de novas atitudes e práticas (BRASIL, 2013).

Prosseguindo a problematização, questionou-se como poderiam contribuir de forma efetiva para essa emancipação no âmbito da política e das relações, sendo apontada a participação, a conscientização e a honestidade na escolha dos governantes como alternativa:

“Participando, não se vendendo nas eleições, não pensando nos próprios interesses, conscientizando” (P06).

“Não generalizar, não deixar de sonhar, temos que tentar construir o futuro que queremos, participando e conscientizando as pessoas que precisa ser diferente, fazer boas escolhas” (P01).

De acordo com Weffort (2011) a Educação Popular eclodiu como movimento prático de democratização da cultura através da alfabetização nos anos anteriores ao golpe de Estado de 1964, num cenário social marcado pela desigualdade e opressão. As ideias de Freire (2011a) legitimaram as expressões e lutas das classes populares, através dos Círculos de Cultura, com suas técnicas substitutivas do ensino tradicional pelo respeito à liberdade do educando, pautadas pelo diálogo, que concomitantemente extrapolava o campo pedagógico, abrangendo o político e social por desencadear a consciência da real situação vivenciada pelo educando, fortalecendo a sindicalização rural e urbana na defesa dos interesses dos trabalhadores.

Partindo dessas prerrogativas, a Educação Popular em Saúde pode ser apontada como estratégia para responsabilidade política e social, participação e decisão, pautadas por consciência coletiva, entendimento de democracia como conquista de todos, governo voltado para o povo. No âmbito da saúde, pressupõe construção de processos de trabalho participativos, políticas de saúde voltadas para a conquista do inédito viável (BRASIL, 2013; SANTOS; WIMMER, 2013).

Apresentou-se a Figura 22 para tematização, solicitando que fosse decodificada com base na operacionalização da emancipação no campo da educação em saúde na ESF:

FIGURA 22- Emancipação (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016k).

“Fazemos isso através da convivência, do respeito ao pensamento diferente, saber que não há um único caminho” (P09).

“Da atenção na hora da consulta, da abordagem, da anamnese, tem que escutar, dar abertura, não apenas passar um medicamento sem escutar o que pode ter levado aquele problema, tem que ter uma abrangência maior” (P01).

A Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde contribuem para o reconhecimento do ser humano em sua totalidade, aprimorando os caminhos do cuidado, possibilitando um fazer em saúde pautada em práticas acolhedoras, dialógicas, humanizadas e participativas, comprometidas com o enfrentamento de iniquidades, emancipação dos sujeitos e transformação da sociedade (BRASIL, 2013).

Outros apontaram que não vivenciavam essa emancipação no campo da Educação em Saúde na ESF, considerando como principais entraves o modelo biomédico e a falta de corresponsabilidade dos usuários:

“Acho que ainda não conseguimos essa libertação, ainda vivemos o modelo tradicional de educação em saúde, pois continuamos na maioria das vezes desenvolvendo o modelo centrado na saúde-doença” (P07).

“Uma coisa que eu bato muito é a questão da responsabilidade das pessoas, não somos só nós que temos que correr atrás, eles também precisam reconhecer que é importante pra eles” (P05).

Como discutido em outros momentos, o modelo biomédico ou centrado na doença constitui-se ainda em grande empecilho para as novas práticas em saúde, considerando a formação flexneriana dos profissionais de saúde, a valorização da cultura hospitalocêntrica e a medicalização da assistência, conseqüentemente esse aparato histórico e social reflete-se no campo da Educação em Saúde, marcando a transmissão do conhecimento e a prescrição de mudança de hábitos ou estilo de vida para manutenção ou aquisição de saúde (FERTONANI et al., 2015; FERREIRA et al., 2014).

Nesse sentido, faz-se indispensável não apenas nova postura dos profissionais diante das práticas assistenciais inovadoras, ou seja, centradas no indivíduo, na família e na sua rede de apoio, na saúde, no combate às iniquidades e na qualidade de vida, mas a corresponsabilização em todos os contextos dos sujeitos envolvidos e dos setores, sendo que a Educação em Saúde é uma importante estratégia para essa adesão, empoderamento de indivíduos e grupos, proporcionando assim a emancipação (FUZIKAWA, 2013; BRASIL, 2013; SANTOS; WIMMER, 2013).

Problematizou-se perguntado como poderiam ser viabilizados processos emancipatórios na educação em saúde no âmbito da ESF, sendo que os participantes apontaram a necessidade de capacitação dos trabalhadores para realização de práticas educativas como o Círculo de Cultura, bem como a importância da participação dos sujeitos envolvidos no processo, no caso não apenas os trabalhadores de saúde e os usuários, mas também a gestão, episódio destacado pela observação sistemática:

“Precisamos ser capacitados pra fazer círculos de cultura como esse e outras atividades [...] pra sistematizar melhor como seria isso, como faríamos pra trabalhar junto com a comunidade na resolução dos nossos problemas” (P10).

“Fazer essas atividades educativas com a participação dos interessados, trazer também o pessoal da secretaria pra eles conhecerem a realidade, eles estando lá é muito confortável, e assim, eles vindo entenderiam melhor;

eles antes até vinham, mas deixaram de vim, não tem mais as reuniões com a presença deles, porque quando vinham e viam os problemas, levavam e não traziam uma solução; seria bom que eles voltassem novamente, mas que trouxessem uma solução [...]” (P09).

A Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde alcança efetividade e eficácia a partir da participação espontânea e crítica dos educandos, tomada de consciência da situação real vivida pelos sujeitos, considerando o existir em seu aspecto dinâmico, no diálogo homem-homem e homem-mundo, de onde surgem as perspectivas de analisar os desafios e buscar soluções para os problemas encontrados. Nesse sentido, o Círculo de Cultura é uma técnica pedagógica que proporciona não apenas o aprendizado, mas contextualiza-se e efetiva-se na análise crítica das vivências e na liberdade das relações, constituindo-se como prática social a partir da conscientização (BRASIL, 2013; FREIRE, 2011a).

#### 6.2.6 Compromisso com a construção do projeto democrático popular

Apresentou-se a Figura 23 para tematização, sendo decodificada pelos participantes e relacionada ao tema gerador compromisso com a construção do projeto democrático popular:

FIGURA 23- Compromisso com a construção do projeto democrático popular (A)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016).

“Está todo mundo junto em prol de um único objetivo, gente de todo canto do mundo, várias raças e religiões, parece até que falam tudo a mesma língua” (P07).

“Não importa a raça e a religião, tem católico, mulçumano, evangélico, diversas culturas, e estão se entendendo, tudo ao redor de um projeto em comum” (P01).

O projeto democrático popular pode ser compreendido como a superação de todas as formas de exploração, alienação, discriminação e violência, situações estas que são injustas e causam adoecimento. Neste sentido, afirma-se o compromisso com a construção de um projeto que valoriza a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade, a preservação da biodiversidade, a organização do poder popular, a democracia participativa, a integralidade do ser humano, a garantia dos direitos universais e a reafirmação dos princípios do SUS (BRASIL, 2013).

Problematizou-se questionando se no âmbito da ESF acontecia a construção desse projeto democrático popular e como ocorria essa prática, sendo apontado pela maioria dos participantes que ainda não ocorria, que apesar da comunidade ser convidada para participar ainda não havia adesão, e quando participavam haviam entraves como questões políticas e interesses próprios, dificultando o processo, episódio registrado pela observação sistemática:

“Ainda não acontece, não é fácil, dependendo da representação, tem algumas pessoas que só chegam pra colocar defeito, outros pela questão política, e tem alguns que só pensam nos próprios interesses, outros que não conseguem contribuir” (P01).

“Ainda não há participação de todos, muitos são convidados, mas nem todos querem participar, tem outras prioridades” (P05).

Vasconcelos (2011a; 2011b) relata o fosso existente entre a ESF e a população relacionada à falta de compreensão das atitudes uma da outra, sendo que a Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde pode contribuir para melhor adesão por atuar a partir de problemas específicos da comunidade que contribuem para o adoecimento, buscando entender e sistematizar através de instrumentos ou canais de interação cultural e negociação, tais como cartilhas, jornais, reuniões, cursos, visitas, dentre outros, proporcionando dessa forma o compromisso com os movimentos sociais e seus interesses políticos.

Alguns percebiam que essa construção do projeto democrático popular acontecia de forma tímida, através do diálogo e do respeito ao pensamento do interlocutor, porém ainda necessitava de melhorias e intensificação desse processo:

“Acho que já vivenciamos, já temos diálogo, sentamos, conversamos, escutamos as opiniões, respeitamos o que os outros falam, mas sempre precisamos melhorar” (P02).

“De alguma forma já vivenciamos, é lógico que temos que ouvir mais, dar mais atenção, dialogarmos mais [...] temos que ter mais abertura, acolher melhor, compreender o que o outro está pensando” (P07).

Freire (2011d) relata que o diálogo não torna os sujeitos iguais para que um não se converta ao outro, implica respeito, marca a posição democrática entre os sujeitos fazendo com que cresçam mutuamente, tratando-se de condição fundamental para humanização das relações. Essa abertura dos trabalhadores da ESF para a dialogicidade com os indivíduos, famílias e comunidade faz-se indispensável para a construção do projeto democrático popular, pois além de solidariedade e justiça, é forma inclusiva desses sujeitos na assistência à sua saúde e nos processos que lhes dizem respeito (BRASIL, 2013; SANTOS, WIMMER, 2013).

Continuando a tematização, apresentou-se a Figura 24 para decodificação, solicitando que fosse considerado o campo da Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde, sendo apontada pelos participantes como uma prática educativa voltada para solução coletiva de problemas:

“Trata-se de uma prática educativa, estão debatendo juntos, procurando conhecer a opinião de todos pra solucionar os problemas e aprender também” (P10).

“Pode ser um Círculo de Cultura, uma problematização, unidos pra aprender uns com os outros, pra debater e tentar solucionar os problemas [...]” (P01).

De acordo com Freire (2011b) afirma que o conhecimento emerge apenas através da invenção e reinvenção, através de um questionamento inquieto, impaciente, continuado e esperançoso de homens no mundo, com o mundo e entre si, ou seja, dentro da perspectiva da educação dialógica e libertadora, as proposições de problemas das práticas educativas viabilizam o verdadeiro aprendizado, por colocar o aprendiz diante de um obstáculo que precisa ser

superado, exigir análise crítica e elevação de consciência para busca de possíveis soluções para o entrave.

FIGURA 24- Compromisso com a construção do projeto democrático popular (B)



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016l).

Problematizou-se indagando como a Educação Popular em Saúde poderia cooperar para a construção desse projeto democrático popular, sendo unânime entre os participantes essa contribuição, fato registrado pelos observadores através do formulário sistematizado:

“A Educação Popular em Saúde pode ser uma porta pra essas melhorias, pra as pessoas compreenderem que também tem seu papel, que depende delas também, precisa de todos” (P09).

“A Educação Popular em Saúde pode proporcionar isso porque cada um com o seu saber vai construir uma maneira de resolver todos os problemas” (P07).

A Educação Popular em Saúde revelada através do seu processo histórico tem inspirado ao longo das últimas décadas trabalhadores de saúde, instituições de ensino e comunidades a participarem de movimentos dialógicos, críticos e reflexivos, contribuindo significativamente para construção de novos conhecimentos teórico-metodológicos e práticos, com valorização da diversidade de

saberes e culturas, aporte para o sonhado projeto democrático popular, que intensifique a mobilização e o protagonismo popular na defesa do direito à saúde, do delineamento ético e da justiça social através de criação e cumprimento de políticas públicas que restaurem e consolidem o SUS (BRASIL, 2013).

Continuando a problematização, solicitou-se que apontassem quais desafios para desenvolvimento desse projeto democrático popular no âmbito da ESF, sendo apontado o desinteresse da comunidade e da gestão como principais empecilhos:

“Vai ser um desafio fazer com que a comunidade e a gestão participem, tenham interesse em participar” (P10).

“Vejo como desafio a disponibilidade de tempo, o interesse e o compromisso por parte de alguns, principalmente dos usuários e da gestão” (P01).

Freire (2011b) considera que o interesse dos sujeitos de atuarem no seu processo de aprendizado ou em qualquer outro artifício que circunda suas vidas encontra-se interligado à compreensão que possuem sobre o próprio mundo, por isso sistematizou o Círculo de Cultura que possibilita conhecer essa visão e o universo vocabular dos sujeitos, mediatizado pelo diálogo chega-se aos temas geradores, que serão codificados e decodificados identificando as situações desafiadoras, por fim tem-se a problematização que é a análise e reflexão desses problemas encontrados, bem como a busca de possíveis soluções para os mesmos, trata-se de uma alternativa da Educação Popular para incentivar o interesse e a participação dos sujeitos nas decisões que permeiam suas próprias vidas.

Outro desafio é o fato da comunidade encontrar-se habituada com o modelo biomédico de atenção à saúde:

“É um desafio, principalmente porque a comunidade está acostumada com consulta e exame, quando pararmos pra fazer um momento como esse vão logo dizer que estamos enrolando trabalho, falta a consciência” (P09).

“O modelo biomédico será sempre um entrave, as pessoas acham que é o caminho mais fácil, apesar de sabermos que não consegue solução pra todos os problemas” (P01).

Toledo, Pelicioni e Zombini (2014) apontam como desafio não a hegemonia do modelo biomédico, mas a ruptura com a transmissão de

conhecimento e mudança comportamental em contrapartida da promoção de atividade educativa que considere o saber dos interlocutores, proporcione participação na elaboração de estratégias para busca de novos conhecimentos, enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento e estimule práticas saudáveis. Ressalta-se essa nova forma de pensar a saúde, bem como as teorias e práticas inovadoras provenientes dessa conjuntura fazem parte do projeto democrático popular.

Um último desafio apontado foi a conscientização da comunidade, bem como a escolha correta dos governantes:

“Difícil é conscientizar as pessoas, cada pessoa tem seu pensamento, muitas vezes tentamos debater, mostrar o que está acontecendo, mas não aceita aquilo que você fala, por mais que você pare, que você mostre” (P09).

“Só há uma forma de fazer com que tudo isso aconteça, é saber votar e isso é um grande desafio” (P07).

Freire (2011b; 2011d) afirma que ninguém pode ser sujeito da autonomia de ninguém, a consciência ingênua que serve à exploração e opressão só pode ser superada mediante o desenvolvimento coletivo da consciência crítica sobre a realidade, sendo imprescindível que o indivíduo se reconheça no mundo e com ele, possibilitando a transformação do mundo e dessa forma do próprio sujeito.

Em seguida, solicitou-se que apontassem as potencialidades que possuíam para a construção desse projeto democrático popular no âmbito da ESF:

“Potencialidade, temos nossa coragem pra lutar, é positivo a nossa vontade de ver as coisas mudarem, melhorarem” (P10).

“Nossa vontade de aprender, de contribuir pra que as coisas funcionem” (P06).

De acordo com Freire (2011d) essa busca dos seres humanos para serem mais e transformarem objetivamente a realidade faz com que essa transformação aconteça neles também, pois trata-se da superação das situações limites e o compromisso com o mundo e com os outros seres humanos é consequência da conscientização. Enquanto trabalhadores de saúde conscientes do papel que possuem na construção do projeto democrático popular faz-se imprescindível que ampliem o conhecimento, capacidade técnica e habilidades para

o desenvolvimento de práticas educativas que contribuam para a transformação política e social.

### **6.3 Técnicas Pedagógicas Participativas**

O terceiro Círculo de Cultura teve como tema “A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria” (FREIRE, 2011c, p. 142).

Nesse terceiro Círculo de Cultura foram trabalhadas as técnicas pedagógicas participativas como temas geradores: técnicas vivenciais (descontração/animação, relaxamento, integração e formação participativa); técnicas com atuação e musicalidade (apresentação teatral/teatro de bonecos, dança, repente e paródia musical); técnicas audiovisuais (filme/vídeo e exposição dialogada/roda de conversa); e técnicas visuais (recorte e colagem/produção de painel, desenho/pintura, texto/narrativa, cordel/poesia e panfleto/jornal). Para tematização foram apresentadas figuras (selecionadas do Google imagens) relacionadas a estas para que fossem codificadas e decodificadas, com o objetivo de identificar o conhecimento e a experiência dos participantes pautados na temática, quanto aconteceu a problematização e várias sugestões de como essas técnicas poderiam ser desenvolvidas no âmbito da ESF em consonância com os princípios orientadores da PNEPS-SUS, tornando-se importante guia para elaboração do plano de ativação de mudanças das práticas educativas.

#### **6.3.1 Técnicas vivenciais**

Há conhecimentos que não podem ser aprendidos ou construídos através de leituras, de exposições ou da interação educador-educando, como quando se desenvolve a Andragogia, pois o ensino de adultos precisa respeitar a experiência, conceitos, prontidão, orientação de aprendizagem e perspectiva temporal que o diferencia do ensino de crianças e jovens (SANT’ANA et al., 2015).

Freire (2011b; 2011c) afirma que os adultos são mais autônomos, capazes de procurar e encontrar o que necessitam, são responsáveis pelo próprio processo de aprendizagem, consideram a experiência que possuem, capacitam-se

para a resolução de problemas, portanto almejam conhecimento para aplicação imediata.

Segundo Richartz (2010) as técnicas vivenciais são condições de aprendizagem a partir da experimentação de atividades em grupo com objetivos determinados, posteriormente acontece a avaliação da atividade desenvolvida, relacionando-a com o cotidiano, proporcionando que os participantes enxerguem possibilidades inovadoras de comportamento e formas de sua aplicabilidade.

As técnicas vivenciais são utilizadas para despertar o interesse, promover a participação, aflorar sentimentos, modificar percepções, desenvolver habilidades, capacitar para fazer e receber críticas, identificar problemas e buscar soluções, portando para predispor a atuação do ser humano no mundo a partir da reformulação da sua atuação e desempenho no cotidiano (SANT'ANA et al., 2015).

Pulga (2014) classifica as técnicas vivenciais de acordo com a finalidade que possuem: para quebrar o gelo; para integração; para animação e relaxamento; e para atividades de formação. Estas técnicas proporcionam aproximação entre os participantes e possuem alguns aspectos fundamentais tais como flexibilidade do tempo e reflexão sobre a experiência e as percepções produzidas.

Foram trabalhadas essas técnicas vivenciais com os participantes dessa Pesquisa-intervenção, porém com algumas adequações sugeridas por eles no momento destinado ao planejamento da atividade: a técnica para quebrar o gelo foi denominada por eles descontração ou animação; como animação já havia sido abordada no quesito anterior, consideraram a necessidade de abordar apenas o relaxamento; as técnicas orientadas para integração e formação foram mantidas como na classificação de Pulga (2014).

#### 6.3.1.1 Descontração/ Animação

A figura apresentada para decodificação (Figura 25) foi relacionada à técnica vivencial orientada para descontração. Ainda durante a tematização foi perguntado qual o objetivo dessa técnica, quando apontaram que serve para proporcionar alegria, incentivar a participação, aproximar, desinibir e igualar os participantes:

“A figura mostra um momento de alegria, diversão, esses momentos também servem pra igualar os participantes, pode estar presente o

presidente da república e uma pessoa simples, mas todos podem experimentar aquele momento de descontração, serve também pra aproximar, instigar a participação de todos” (P01).

“Iniciar com uma dinâmica de descontração, faz com que quem é tímido perca a timidez, e ajuda também a dar abertura pra pessoa participar na hora da palestra, a pessoa interage melhor, acaba sendo mais produtivo, perde aquela timidez de falar, de perguntar, de responder até chegar a um denominador comum” (P07).

FIGURA 25- Descontração/Animação



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016m).

De acordo com Pulga (2014) a técnica orientada para a descontração é também conhecida como “quebra gelo”, pois quebra a seriedade do grupo, ajuda a eliminar as tensões, promove alegria, desinibe e aproxima os participantes, preparando-os para o encontro.

Freire (2011c) enfatiza que a alegria, a afetividade e a amorosidade não são obstáculos para o processo de busca do conhecimento, ao contrário, são fundamentais, pois revigoram a esperança, o prazer de ver o mundo de forma bela, a capacidade de sonhar e lutar.

A problematização aconteceu considerando a experiência que possuíam com técnicas orientadas para descontração/animação, quando todos relataram ter vivenciado práticas como essas na condição de participantes, mas apenas um relatou também atuação como facilitador do processo:

“Já, já participamos, aqui e nos cursos que vamos, sempre tem [...] acho que atuamos como participante, como facilitador precisa habilidade” (P07).

“Já, em vários momentos, nos nossos encontros aqui, geralmente sempre iniciamos com uma dinâmica desse tipo [...] também eu trabalhava com isso no grupo de idosos” (P09).

O desenvolvimento da técnica descontração pode ser trabalhada em oficinas, cursos ou reuniões através de dinâmica ou brincadeira que proporcione animação e descontração, resgatando vivências da infância, aproximando os participantes, possibilitando que se apresentem no início de atividades (quem são, de onde vêm, o que fazem, de que gostam, como se sentem, quais seus desejos, dentre outros), que conheçam suas afinidades e divergências, bem como identificar as perspectivas de contribuição para o encontro. Pode ser utilizada também no decorrer do processo formativo quando o grupo apresentar-se cansado ou disperso com o intuito de minimizar a tensão e trazer de volta para o foco. No fechamento de encontros é utilizado para apreender como se sentiram no decorrer do processo formativo, quais possibilidades de aplicação do que fora desenvolvido e metas que possuem (PULGA, 2014).

Sant’Ana et al. (2015) ressaltam a importância de profissionais habilitados e competentes que viabilizem o processo de aprendizagem, respaldados por um referencial teórico que favoreça o alcance dos objetivos estabelecidos. Atuar como facilitador exige conhecimento da temática que será abordada, domínio da técnica, coragem para conduzir o processo, respeito pela diversidade, sabedoria para conciliar opiniões divergentes e manter sempre a ética.

Para o desenvolvimento da técnica de descontração faz-se necessário ambiente acolhedor (que proporcione o desenvolvimento da confiança), espaçoso (que favoreça a movimentação), ventilado (que emane conforto), iluminado (que possibilite a visualização entre os participantes), com boa acústica (que favoreça o diálogo e a troca de experiência) e aconselha-se a utilização de atividades de curta duração com objetivos e etapas bem delimitados (SANT’ANA et al., 2015).

#### 6.3.1.2 Relaxamento

Para tematização apresentou-se a Figura 26, sendo decodificada como técnica vivencial destinada ao relaxamento, que segundo Pulga (2014) pode ser

utilizada logo após os momentos de descontração para que os participantes possam voltar à tranquilidade e iniciar os processos formativos:

FIGURA 26- Relaxamento



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016n).

“Depois de um momento de animação tem que ter um momento pra relaxar” (P03).

“O relaxamento é pra voltar ao clima de calma, porque na animação fica todo mundo eufórico e tem que voltar ao foco” (P07).

A técnica relaxamento possui como meta a eliminação da ansiedade e da fadiga, o equilíbrio entre o corpo e a mente, o exercício respiratório e adequação da frequência cardíaca, melhorando a concentração, a capacidade de observar e escutar, tornando o encontro mais produtivo (PULGA, 2014).

Sant’Ana et al. (2015) apontam a música como um extraordinário elemento de apoio para harmonizar e revitalizar o grupo, todavia precisa que o ritmo, a intensidade, o arranjo, a letra e a interpretação sejam consonante com a cultura do grupo, com o momento da utilização e com o objetivo da atividade.

Durante a problematização foi abordada a vivência que os participantes possuíam com a técnica de relaxamento, sendo citado um projeto desenvolvido pelos profissionais e para os profissionais da ESF e do NASF, denominado

“Cuidando do cuidador”, que além de proporcionar reflexão acerca do trabalho desenvolvido na Saúde da Família, eram encontros de partilha, ajuda mútua, práticas corporais, e relaxamento, mas que se encontrava paralisado devido incompatibilidade com os horários dos profissionais:

“Na época do cuidando do cuidador, aquilo era muito bom pra nós, animava, relaxava, também era partilha e aprendizado, é uma coisa que deveríamos retomar” (P01).

“Era bom demais, mesmo sendo na sexta à tarde todo mundo participava, não tinha nem espaço que coubesse nossa roda e a gente precisa” (P07).

Lacerda et al. (2012) relatam um trabalho de integração e formação acadêmica orientado sob a perspectiva da Educação Popular na atenção à saúde do trabalhador desenvolvido por professores e alunos dos cursos de saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sob a proposta de atenção integral, interdisciplinar e intersetorial para a promoção da saúde e prevenção do adoecimento de trabalhadores, quando acontecia acolhimento com afetividade e humanização, desenvolvimento de práticas corporais de alongamento e relaxamento, troca de saberes, compreensão da problemática vivenciada, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e reivindicação dos direitos que amparam o trabalhador.

Segundo Pulga (2014) a técnica de relaxamento pode ser utilizada não apenas para eliminar tensões e cansaço, mas para trabalhar conteúdos que necessitem de reflexão aprofundada, requerendo domínio da temática por parte do facilitador, bem como condução adequada, além de maior intervalo de tempo para análise e posterior discussão.

### 6.3.1.3 Integração

A Figura 27 foi decodificada como integração, sendo apontada durante a tematização como atividade em que os participantes trabalham em equipe para atingir um objetivo em comum:

“A figura mostra todo mundo agindo junto com o mesmo objetivo, pra formar alguma coisa, há uma integração” (P07).

“A equipe já centrada na mesma atividade, todo mundo já está fazendo a mesma coisa” (P06).

FIGURA 27- Integração



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016o).

Segundo Pulga (2014) a técnica integração permite desenvolvimento da comunicação e interação em torno de um objetivo comum. É um importante exercício de autoanálise, pois favorece que cada indivíduo reflita sobre suas atitudes individuais e para com o grupo, bem como sobre suas contribuições para projetos coletivos.

A integração faz-se imprescindível para que os participantes possam compartilhar sentimentos, percepções e experiências que contribuirão para discussão e reflexão do grupo, conseqüentemente para o aprendizado (SANT'ANA et al., 2015).

Durante a problematização foi apresentado pelos participantes que nas práticas educativas realizadas no âmbito da ESF, nem sempre acontece a integração entre todos os trabalhadores de saúde:

“Você acaba também percebendo entre os profissionais que tem aquele que está ali sem o objetivo de participar, que não quer se integrar, que pensa que não tem a capacidade de se moldar ao novo momento, a uma nova forma de fazer as coisas, no primeiro momento diz que não quer participar, que é uma besteira, e fica com aquele pensamento dele, e tem outros que se soltam e acabam participando” (P01).

“Concordo, às vezes não é nem timidez, a pessoa é extrovertida, conversa muito, mas quando é conveniente pra ela [...] ela não quer que a equipe cresça, porque com isso aqui a equipe vai com certeza ter um melhor desenvolvimento” (P10).

Foi questionado o que poderia ser feito para elucidar a falta de integração por parte de alguns trabalhadores nessas atividades educativas desenvolvidas na ESF, sendo apontada a importância da participação de todos e a necessidade dessa integração ser cobrada, o que caracteriza parâmetros tradicionais e reguladores:

“Seria bom que todos participassem, quando tem um de nós que não quer fazer, acaba desmotivando os outros, como é que é uma equipe na hora de planejar e na hora de fazer não comparece e deixa nas costas só de um ou de dois? Fica complicado [...] tem mesmo que chamar atenção” (P09).

“Acho que tem que conversar com essa pessoa pra que ela entenda que tem que compartilhar com a equipe [...] é nessa hora que precisa de uma pessoa pra cobrar, é nessa hora que tem que puxar as rédeas” (P07).

Não pode haver diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e construção do projeto democrático popular, que são os princípios orientadores da PNEPS-SUS sem que haja integração dos sujeitos no processo de ensino-aprendizagem, essa participação precisa ser motivada para que aconteça de forma espontânea e orientada para a libertação, não pode ser instrumento de opressão (BRASIL, 2013).

De acordo com Pulga (2014) exige que o facilitador seja bom observador e conciliador para avaliar comportamentos pessoal e grupal, intervindo de forma adequada nos encontros e desencontros da equipe, caso sejam desfavoráveis podem ser trabalhados e se forem favoráveis podem ser potencializados para maior profundidade das relações interpessoais e aproveitamento do encontro.

#### 6.3.1.4 Formação participativa

Apresentou-se a Figura 28 para tematização, que ao ser decodificada foi relacionada à técnica vivencial voltada para a formação, quando temáticas específicas são trabalhadas de forma participativa:

FIGURA 28- Formação Participativa



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016p).

“É quando você já vai começar o desenvolvimento do conteúdo, ao projeto que foi programado” (P07).

“É uma atividade formativa onde cada um expõe sua ideia, debatendo, assim enriquece mais” (P01).

Augusto (2011) aponta que a técnica vivencial orientada para a formação pode ser considerada estratégia, pois é mais abrangente que uma dinâmica por possibilitar a ampliação do conhecimento do grupo sobre um conteúdo formativo, orientando a discussão, compreensão e intervenção acerca de temáticas que possuem objetivos delimitados, sendo necessários recursos específicos que contribuam para a construção do conhecimento.

Os próprios participantes durante a tematização expressaram a diferença entre a educação formativa tradicional e a participativa, apontado que naquela um especialista transmite seu conhecimento através de palestra e nesta a construção do conhecimento acontece através da interação e troca de saberes entre os participantes, assunto abordado no primeiro Círculo de Cultura:

“Na palestra só uma pessoa expõe as ideias e dessa forma da figura todos podem expor as ideias, tem engrenagens maiores e outras menores, de várias cores [...]” (P05).

“Tem a participação de todos, no início as ideias são diferentes, mas depois de cada um colocar sua ideia tem como tirar o que é melhor de cada uma, complementar uma as outras ideias e ter um produto final muito bom, é coletivo, teve a participação de todos” (P07).

Problematizou-se indagando a opinião dos participantes acerca do papel do facilitador na formação tradicional e na formação participativa, e qual delas consideravam mais proveitosa para a edificação do aprendizado:

“Dessa forma participativa, com certeza é melhor porque tem que ter atenção pra participar e quem facilita tem que ter domínio pra direcionar a discussão [...] muitas vezes nos cursos com formato de palestra a gente só pode tirar uma dúvida no final, acaba esquecendo o que tinha pra perguntar e tem a questão da concentração, às vezes o pensamento voa e nem tem como prestar muita atenção” (P02).

“Mesmo quando não forma uma única opinião, dessa forma participativa é mais proveitosa, nenhuma ideia é desconsiderada, tudo tem sua razão, os saberes são diferentes, uns aprendem com os outros [...] é como se fosse uma colcha de retalhos, os retalhos de várias cores diferentes são costurados e se tem um produto, mas tem que saber conduzir pra atingir os objetivos do aprendizado” (P05).

Nesse sentido, os participantes reconhecem a formação participativa como mais proveitosa e requer do facilitador habilidade, conhecimento estruturado sobre o assunto, capacidade de instigar reflexão e análise sobre problemáticas, possibilitar aprendizado e intervenção. Exige também maior intervalo de tempo que as outras técnicas vivenciais para que o conteúdo seja trabalhado e aprofundado na perspectiva de planejamento de ações para sua implementação (PULGA, 2014; RICHARTZ, 2010).

### 6.3.2 Técnicas com atuação e com musicalidade

As técnicas com atuação encontram no movimento, na gestualidade, na expressão corporal e facial, na dicção, na sonoridade e na presença cênica o seu aspecto central, enquanto as técnicas com musicalidade utilizam a música como recurso pedagógico e frequentemente podem ser utilizadas em associação com aquelas. Ambas proporcionam facilidade de assimilação do conteúdo de forma prazerosa, além de traduzirem situações, expressarem sentimentos e favorecerem o processo de ensino-aprendizagem, representam também a cultura e arte de um povo (PULGA, 2014; BARROS; ZANELLA; ARAÚJO-JORGE, 2013).

De acordo com Santos e Wimmer (2013) a cultura é entendida como o modo que o ser humano vive em sociedade, abrangendo relações sociais, leis, moral, conhecimento, linguagem, habitação, costumes, crenças, formas de trabalho, expressões de lazer, danças, músicas e todas as outras condições de existência que resultam da história de um povo e de sua identidade social. Freire (2011g) relata a importância da abertura e do diálogo entre as diversas culturas para a existência da compreensão e do respeito à diversidade, rompendo dessa forma com relações de poder impositivos que massacram e causam impacto na vida de pessoas.

Pordeus (2012) aborda a saúde como uma questão cultural e esta como uma questão daquela, entendendo como fundamental a concepção ampliada da saúde que valoriza aspectos e práticas da população, aproximando os trabalhadores da saúde da forma dos usuários sentirem e viverem a própria saúde, abrindo espaço para o diálogo e reflexão na construção de alternativas (SANTOS; WIMMER, 2013).

Nessa perspectiva do respeito à diversidade cultural para a produção da saúde, a arte enquanto expressão do cotidiano, de contradições, de saberes e práticas, potencializa através do lúdico, espaços de problematização, perspectiva de intervir na realidade, de criação de laços solidários e de libertação (DANTAS, 2010; FREIRE, 2011c)

Foram trabalhadas as seguintes técnicas pedagógicas com foco na atuação: apresentação teatral/ teatro de bonecos; dança; repente; e paródia musical.

#### 6.3.2.1 Apresentação teatral/ teatro de bonecos

Em seguida, foi apresentada a Figura 29 para tematização, sendo decodificada pelos participantes como teatro, quando apontaram as potencialidades do ensino-aprendizagem através da encenação:

“O teatro é bem mais proveitoso porque a pessoa não fica só escutando, tem uma estória, uma representação dos personagens, tem o visual além do auditivo” (P02).

“Depois da encenação também podemos abrir uma discussão com a comunidade, isso enriquece” (P05).

Soares, Silva e Silva (2011) afirmam que o teatro enquanto modalidade pedagógica lúdica é uma possibilidade para ruptura com o modelo tradicional de

práticas educativas desenvolvidas no âmbito da ESF, tratando-se de adequado instrumento de expressão, comunicação e aprendizado, além de proporcionar descontração e alegria. Configura-se como modalidade de ensino-aprendizagem que acopla movimentos, expressões corporal e facial, vozes, ousadia, criatividade e sonhos, favorecendo o crescimento individual e coletivo.

Ao integrar arte e educação em saúde, facilita o interesse em participar, socialização dos problemas cotidianos e busca de possíveis soluções para eles, intensifica a troca de saberes e construção de novos conhecimentos (BRASIL, 2013; FREIRE, 2011c).

FIGURA 29- Apresentação Teatral



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016q).

Alguns aspectos precisam ser observados para o bom êxito da apresentação teatral como prática educativa em saúde, tais como temática de interesse da comunidade, criatividade, coerência e ordenação do espetáculo, presença cênica, espontaneidade, clareza gestual e boa dicção. Outros fatores importantes são encenação objetiva dos elementos centrais, limite de tempo para não se tornar enfadonho, linguagem acessível e coerente com a faixa etária, não pode haver fala de dois integrantes ao mesmo tempo, iluminação adequada que favoreça a visibilidade, espaço arejado e confortável, preferencialmente com palco para os artistas e cadeiras para acomodar a plateia (PULGA, 2014).

Continuando a tematização, apresentou-se a Figura 30 para decodificação, sendo identificada como teatro de bonecos e apontada pelos participantes como alternativa à apresentação teatral:

FIGURA 30- Teatro de bonecos



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016r).

“Teatro de bonecos é bom porque o personagem não é a gente, não precisa se caracterizar, não tem aquela desculpa de ter vergonha” (P10).

“Também não precisa decorar falas, pode ficar com a estória escrita atrás do pano e fazendo a leitura das falas, mas precisa treinar por causa da entonação, tem que fazer sentido o que está sendo dito com a movimentação do boneco” (P07).

Alguns aspectos precisam ser observados tanto no teatro de bonecos, quanto na apresentação teatral, tais como construção de roteiro condizente com a realidade e necessidade da população, linguajar adequado e criatividade. Mas, os participantes apontaram adequadamente algumas conveniências com o desenvolvimento do teatro de bonecos para atores de improviso, ou seja, que não receberam formação para profissionalizarem-se, tais como a minimização da timidez por não precisar de exposição e acesso à cópia do roteiro para acompanhamento das falas dos personagens. Por outro lado, exige a confecção dos fantoches de mão e do cenário, que requer habilidade e criatividade, além de vários materiais, tais

como de tecido, fitas, isopor, papel crepom, tintas coloridas, pincéis, caixa de papelão, dentre outros (SOARES; SILVA; SILVA, 2011).

Problematizou-se investigando a experiência dos participantes com apresentações teatrais e teatro de bonecos, quando relataram que em tempos atrás desenvolviam essas práticas e mostravam-se eficazes:

“[...] Antes a comunidade se envolvia mais, lembro várias vezes que nós fazíamos dramatização ou teatro no posto e na igreja, na campanha da dengue e naquele teatro a comunidade se enxergava, então é melhor mil vezes trabalhar de forma dinâmica do que passar duas horas falando em uma palestra, que muitas vezes entra por um ouvido e sai pelo outro” (P07).

“Antes nossa comunidade era bem mais carente, deixava muito a desejar no quesito em higiene e a gente começou a fazer educação em saúde de forma diferente, de forma teatral e dessa forma, e a gente percebeu que muita coisa mudou” (P10).

Interrogou-se questionando o motivo dessas práticas educativas através do teatro não serem mais realizadas, sendo apontadas várias causas, dentre eles a acomodação e desmotivação por parte dos profissionais; o aumento de burocracias, sobrecarga de trabalho e a cobranças por parte da gestão; e principalmente, a falta de recursos financeiros e apoio da gestão, que foi citada por vários participantes:

“[...] Acho que a gente foi se acomodando” (P07).

“Acho que não foi isso, o problema foi que a cobrança foi aumentando, muito trabalho e programas novos, muito papel pra preencher e acabou sufocando a gente, então o tempo que antes era de práticas educativas acabou sendo destinado pra burocracias, que é o que a secretaria cobra” (P06).

“Falta apoio da coordenação, com tudo que tem acontecido, a equipe acaba ficando desmotivada, principalmente porque tem que bancar tudo” (P05).

“Eu acho que essa questão de apoio da coordenação, se for ver direito nunca tivemos isso por parte da secretaria, sempre foi a equipe que tomou iniciativa, a gente planejava e era artista, tirava do próprio bolso pra tudo, talvez tenha sido isso e acaba cansando”. (P10).

“Foi principalmente porque tudo que a gente fazia a gente tinha que contribuir, tirar dinheiro do próprio bolso pra comprar material, lanche, presentes e não tinha apoio da secretaria” (P01).

Estudo realizado por Roecker, Budó e Marcon (2012) com o objetivo de conhecer as dificuldades e perspectivas de mudanças no desenvolvimento de práticas educativas na ESF, no setor da 10ª CRES do Paraná (PR), sob a ótica de

enfermeiros, revelou que dentre as dificuldades encontravam-se a falta de recursos financeiros, bem como a sobrecarga de trabalho, a insatisfação e a desmotivação com o trabalho, sendo proposto que os gestores ouvissem, entendessem e atendessem as demandas dos profissionais, dentre elas o maior investimento de recursos para o desenvolvimento de atividades de Educação em Saúde.

Freire e Shor (2011) afirmam que a motivação é imprescindível para o processo ensino-aprendizagem, faz parte e é a própria da ação, o sujeito se motiva ao atuar e não antes de desenvolver, encontra-se intrínseco ao reconhecimento da importância que o conhecimento tem para ele e para as suas perspectivas de vida. Deve fazer parte das suas buscas e dos seus achados, nada deve ser obstáculo para o alcance de suas metas, até os questionamentos e as inquietações diante das incertezas devem servir como estímulo para o desbravamento do inédito viável (FREIRE, 2011b).

#### 6.3.2.2 Dança

Continuando, apresentou-se a Figura 31 para tematização, sendo reconhecida como uma dança regional do Nordeste, a quadrilha junina:

FIGURA 31- Dança



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016s).

“É uma quadrilha, dança, animação, movimento” (P07).

“São danças regionais, a quadrilha junina do Nordeste” (P01).

Na música popular nordestina, destacam-se vários ritmos, tais como o coco, o xaxado, o samba de roda, o baião, o xote, o forró, o axé, o frevo, a ciranda e a quadrilha junina. A dança é uma expressão corporal demonstrada através de movimentos que potencializam a relação do ser humano com o mundo, e analisada sob a ótica dos costumes regionais favorece a socialização, a comunicação, a afetividade, a alegria e fortalece os costumes de um povo (LIMA, 2011).

Durante a problematização interrogou-se quanto à relação da dança regional com a Educação em Saúde:

“Tem sim, a cultura do povo é importante, interfere nos seus costumes” (P05).

“O período junino tem como você estimular a comunidade a participar de momentos educativos, porque chama a atenção das pessoas pra participarem, por exemplo, pra falar sobre o *Aedes*, aproveita os costumes do Nordeste, o problema do armazenamento de água, tudo que pode contribuir pra proliferação do mosquito” (P01).

Segundo Verderi (2009) desde a antiguidade, os povos desenvolviam formas expressivas de movimentos através de danças, jogos e lutas, ficando seus costumes que eram passados ao longo das gerações. A dança especificamente possuía formato ritualístico por vários significados, tais como colheita, caça, nascimento, morte e iniciação de papéis sociais, que aconteciam através de cerimônias, celebrações ou espetáculos dotados de emoções e sentimentos que dependendo da motivação variavam entre alegria ou tristeza, confiança ou temor, exaltação ou clamor (LIMA, 2011).

A dança enquanto prática pedagógica possibilita o desenvolvimento físico e cognitivo, melhorando o equilíbrio, a criatividade e obtenção de habilidades, proporcionando engrandecimento individual e social ao favorecer a participação, a construção do conhecimento, a formação de cidadão crítico e responsável (LIMA, 2011; BATISTA, 2015).

Verderi (2009) qualifica a dança como importante técnica para ampliação da autoimagem, autoestima e autoconfiança, fatores que contribuem para o aprendizado e para o ensinamento, reafirmando que a capacidade humana de

instruir é potencializada pela competência de aprender através do envolvimento, do prazer e da alegria (FREIRE, 2011c).

Pedrosa (2014) disserta sobre a importância da instrumentalização da arte e da educação no âmbito da saúde ao refletir acerca da experiência das “Cirandas da vida” em Fortaleza (CE), mostrando que podem ser utilizadas como instrumentos para extrair a verdadeira essência e aumentar a efetividade da mensagem, pois alimenta a potência existente nos sujeitos para transformação individual, coletiva, social e política. Da mesma forma a quadrilha junina, dança fortemente instituída pela cultura regional, pode ser utilizada para empoderamento dos usuários da ESF sob a perspectiva da Educação Popular em Saúde, promovendo diálogo, reflexão e compromisso comunitário para atuação não apenas no combate ao *Aedes aegypti*, mas contra todos os determinantes sociais que causam o adoecimento.

Quanto à experiência que possuem com a utilização de danças regionais:

“Durante algum tempo fiquei à frente do grupo de idosos e gostava muito de organizar a quadrilha, era muito animado, uma diversão pra eles” (P09).

“Nós sempre temos a quadrilha do grupo de idosos [...] ultimamente não temos nos engajado tanto, depois que a “profissional de educação física” assumiu, deixamos tudo por conta dela” (P10).

Esse momento foi reflexivo para a equipe de ESF, revelando que anteriormente havia maior engajamento dos profissionais de saúde nas práticas educativas e atividades comemorativas dos grupos específicos, expondo a importância do planejamento participativo dessas ações entre equipe de NASF, ESF e outros sujeitos envolvidos para que aconteça adesão eficaz, fato registrado pela observação sistemática:

“Tem que ver como é isso, se na hora da construção a equipe da ESF está sendo chamada pra planejar junto” (P01).

“Geralmente ela (profissional de educação física do NASF) planeja e organiza, mas sempre vem convidar a gente (equipe da ESF) pra participar” (P07).

Toledo, Pelicioni e Zombini (2014) discorrem que quando apenas os líderes, sejam profissionais de saúde ou gestores elaboram as práticas educativas

em saúde tem-se o planejamento centralizado, que nem sempre reflete as necessidades da comunidade corroborando para a baixa adesão. Enquanto que o planejamento participativo engloba a atuação de todos os sujeitos envolvidos no diagnóstico dos problemas que precisam ser enfrentados pela população, na definição dos objetivos educacionais, na seleção das estratégias educativas e materiais necessários, e na escolha de critérios e instrumentos avaliativos.

Os participantes apresentaram algumas perspectivas de participação da comunidade nas práticas educativas da ESF que valorizem a cultura local com seus saberes e práticas, como um concurso para seleção da composição que servirá de enredo para a quadrilha junina:

“Imaginem na hora da quadrilha tocar uma música que tenha tudo haver com a vivência da comunidade? Que vai fazer com que eles se reconheçam naquilo?” (P01).

“Abrir concursos pra quem escrever a melhor música, dizer que será tocada na quadrilha [...]” (P10).

Essa proposta corrobora o ideário da utilização da arte regional apresentado pela PNEPS-SUS, pois através dessas composições os participantes poderiam cantar suas vivências, identificando seus problemas e expressarem suas vitórias, respeitando os aspectos socioeconômicos e culturais da comunidade (BRASIL, 2013; FREIRE, 2011c).

Seria também uma maneira de aproximar o serviço de saúde dos usuários, criar espaços para o diálogo, promover a análise crítica da realidade da comunidade, estimular a autonomia e o empoderamento, dirimindo tensões e cansaços do esforço para aprender, desenvolvendo confiança e afetividade, favorecendo a prática social e a intervenção sobre os fatores condicionantes da doença (BRASIL, 2013; FREIRE, 2011c; TOLEDO; PELICIONI; ZOMBINI, 2014).

### 6.3.2.3 Repente

Apresentou-se a Figura 32 para tematização, que foi relacionada ao repente, arte desenvolvida por poetas populares da região Nordeste que cantam seus versos “de repente”, improvisam rimas em um desafio com outro cantador, acompanhados de violas, não importando a afinação, mas sim a esperteza de

compor provocando o parceiro que deve responder suas suscitações. Quando o instrumental do improviso é o pandeiro, a arte é conhecida como embolada, e quando se utiliza apenas a voz, chama-se aboio (ESSINGER, 2015).

FIGURA 32- Repente



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016t).

Problematizou-se questionando quanto à possibilidade de desenvolver Educação em Saúde através do repente, sendo afirmada essa viabilidade pelos participantes:

“É possível sim, porque é arte popular, as pessoas gostam, chama a atenção” (P07).

“O conteúdo é que tem que ser adequado, se os cantadores conhecerem a temática pode muito bem trabalhar os assuntos que são de educação em saúde” (P01).

Nesse momento surgiram algumas ideias de desenvolver essas práticas educativas em parcerias com artistas populares da comunidade:

“Aqui perto tem também uma dupla de repentista, só é dizer o tema, até mesmo na hora e eles desenvolvem, é incrível” (P10).

“Eles tocam não só com instrumentos de corda, mas com triângulo, pandeiro, qualquer instrumento de percussão, vai ser um sucesso” (P09).

Freire (2011c) afirma que a construção da dignidade humana encontra-se atrelada aos valores históricos e culturais, ao potencial do ser humano para protagonizar e transformar sua realidade através da educação, da busca pelo conhecimento individual e coletivo mediatizada pelo mundo.

#### 6.3.2.4 Paródia Musical

A Figura 33 foi apresentada para tematização e decodificada como paródia, sendo apontada pelos participantes a possibilidade de desenvolver educação em saúde utilizando-a, pois a compreensão e o aprendizado podem ser facilitados através da releitura de uma composição consagrada:

“Acho que quando se pega uma música que é sucesso e se coloca um tema que é de interesse da saúde fica mais fácil de passar a mensagem, porque as pessoas aprendem fácil” (P10).

“É mais fácil aprender através da música porque facilita a fixação” (P07).

FIGURA 33- Paródia Musical



**Mistura de Alegria**

**Canto da DENGUE**  
Música Peixe vivo  
Letra: Adiléa

Como pode um mosquitinho fazer tanta  
confusão } bis  
Vamos todos combater } bis  
Esta dengue, esta dengue, esta  
dengue meu irmão } bis.

Todo povo da cidade  
Pode se contaminar  
Se garrafas, latas velhas  
E pneus não eliminar.

Refrão...

Vamos todos minha gente  
Vamos todos trabalhar  
O mosquito, o mosquito  
Da dengue exterminar.

[www.misturadealegria.blogspot.com.br](http://www.misturadealegria.blogspot.com.br)

Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016u).

A paródia musical é uma recriação da letra de acordes existentes, constituindo-se numa nova versão literária, mas respeitando a musicalidade da obra original. Como técnica educativa é uma maneira de recriar e transformar através de

canções existentes, utilizando-se de nova linguagem manifestada pela intertextualidade e reflexividade (SANTOS et al., 2011).

A paródia tem sido utilizada em práticas educativas de saúde por ser uma ferramenta de fácil acesso e compreensão do público, torna-se participativa, interativa e prática, favorecendo o processo dialógico e democrático entre profissionais de saúde e usuários da ESF, oportunizando que os problemas sejam identificados e discutidos, e que encontrem soluções para as reais necessidades da comunidade (COSTA, et al. 2014; BRASIL, 2013).

Os participantes apresentaram-se motivados para desenvolverem essas práticas educativas inovadoras, contando com o apoio de artistas da comunidade para isso:

“Outra coisa que acho importante é convidar pessoas da comunidade também, pra ajudar nesses momentos, buscar apoio” (P10).

“Quando a gente for trabalhar essas coisas, vou convidar ‘ciclana’ (modificado para preservar identidade), ela faz paródias maravilhosas com a maior facilidade, e isso pode ajudar a trabalhar os temas que são da saúde” (P07).

Pulga (2014) afirma que as Técnicas Pedagógicas Participativas incentivam a participação popular, qualifica tecnicamente os sujeitos através da experimentação e apropriação do método, produzindo multiplicação criativa.

Santos et al. (2011) desenvolveram pesquisa-ação com o objetivo de analisar como a paródia poderia contribuir para tratar conteúdos da saúde que foram selecionados pelos participantes, tais como benefícios da atividade física, *doping* no esporte, sexualidade/ Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), exercício físico e hipertensão/ osteoporose/ obesidade e primeiros socorros/ Ressuscitação Cardíaca e Pulmonar (RCP), concluiu-se que foi relevante para compreensão da temática, envolveu o público alvo, tornando-o ativo e participativo, constituindo-se como importante técnica de aprendizagem.

### 6.3.3 Técnicas audiovisuais

As técnicas audiovisuais caracterizam-se pela utilização do som e da imagem para veicular as informações com signos convencionais ou figurativos tais como nos filmes/vídeos e exposições dialogadas, estas podem ser apresentadas em

formato tradicional ou com roda de conversa. Faz-se necessária a utilização de equipamentos tecnológicos, tais como televisor, DVD, projetor de imagem, computador e até caixa de som e microfone, dependendo do número de participantes (PULGA, 2014).

Pessôa e Salgado (2012) afirmam que a construção do saber através da utilização de técnicas audiovisuais acontece através do exercício crítico e reflexivo das mais diversas temáticas, potencializado pelas experiências estéticas, empáticas e dos próprios participantes, pois cada indivíduo constitui suas percepções acerca do recurso audiovisual em consonância com sua leitura do mundo, da vida e dos acontecidos.

As técnicas audiovisuais são importantes ferramentas utilizadas nas práticas educativas em saúde, seja uma obra cinematográfica expressa pela ficção ou não-ficção ou curta, média e longa-metragem ou ainda a elaboração de material didático contendo texto e imagem que envolvem ilustrações e vídeos, pois favorecem que a trajetória do aprendizado seja percorrida rumo aos objetivos, tornando o participante ativo, fazendo com que veja o mundo com atenção, buscando compreendê-lo e transformá-lo (PESSÔA; SALGADO, 2012; FREIRE, 2011b).

Foram abordadas as seguintes técnicas audiovisuais: filme/ vídeo; e exposição dialogada/ roda de conversa.

#### 6.3.3.1 Filme/Vídeo

A Figura 34 foi apresentada para tematização e relacionada pelos participantes com a técnica filme/vídeo, sendo sinalizada com perspectiva educativa pelo fato de transmitir uma mensagem, de facilitar a apreensão do conteúdo, semear sonhos e favorecer às práticas pedagógicas em saúde:

“Os filmes, os vídeos podem ser uma lição de vida, tem como fixar melhor se usar temas da educação em saúde” (P10).

“A gente se envolve mais com a temática, tem o sentimento de que se deu certo naquele vídeo eu também posso fazer com que dê certo, é um aprendizado” (P02).

FIGURA 34- Filme/Vídeo



Fonte: (GOOGLE IMAGENS,v 2016).

De acordo com Napolitano (2010) apesar do cinema possuir linguagem educativa centenária, só atualmente tem sido difundida como técnica pedagógica no âmbito da saúde. O emprego de filmes/vídeos favorece o reencontro com valores culturais, ideológicos e sociais, além de fortalecer o campo estético através da arte, de fecundar sonhos por meio do lúdico, proporcionar diversão e lazer, é uma possibilidade para construção do conhecimento através análise e reflexão.

Problematizou-se solicitando que apontassem as perspectivas do filme/vídeo enquanto tecnologia educativa em saúde:

“Geralmente se presta mais atenção porque tem a história, lembrando que pra chamar a atenção tem que ser de acordo com o que é interessante pra idade, depende do público alvo” (P02).

“Quando também passa um vídeo é importante que depois seja discutido, que as pessoas digam o que compreenderam, que digam sua opinião” (P01).

Alguns requisitos são imprescindíveis para utilização de filmes/vídeos como técnica pedagógica na área da saúde, tais como seleção adequada que corresponda aos objetivos da prática educativa, conteúdo ajustado com a faixa etária do público alvo, apresentação prévia do enfoque que será trabalhado e

elaboração de questões norteadoras para reflexão e discussão coletiva após visualização do conteúdo (OLIVEIRA et al., 2012).

### 6.3.3.2 Exposição dialogada/Roda de conversa

Apresentou-se a Figura 35 para tematização, sendo decodificada como exposição dialogada, que de acordo com Nunes (2012) caracteriza-se pela apresentação de conteúdos por parte de um mediador que provoque o diálogo e promova uma discussão democrática, considerando o saber pregresso dos participantes, que resultará na reelaboração do saber. Faz-se necessária elaboração prévia do conteúdo a ser apresentado com informações atualizadas e preparo de questões que orientem e enriqueçam a análise e discussão do tema (PULGA, 2014).

FIGURA 35- Exposição dialogada



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016w).

Os participantes perceberam que a disposição das cadeiras podia influenciar na participação do público alvo:

“[...] Na primeira figura, que tem uma pessoa na frente, talvez um profissional de saúde, que as cadeiras estão organizadas em filas, acho que essa disposição não favorece muito a participação, mostra que tem uma autoridade, que tem um especialista e às vezes a pessoa fica acanhada de dar sua opinião” (P07).

“Mesmo quando fica uma pessoa na frente, é importante que ela tente engajar os participantes no que está sendo repassado” (P10).

A utilização das cadeiras enfileiradas pode favorecer a prática pedagógica tradicional, consistindo na transmissão do conhecimento por parte de um especialista que ininterruptamente explana a temática para um público estático que precisa absorver o conteúdo. Para o redimensionamento da aula expositiva tradicional, de modo a torná-la dialógica, cabe ao especialista além do domínio da temática abordada, atuar como mediador do processo de ensino-aprendizagem, precisa apropriar-se da aplicabilidade da técnica pedagógica, incitar participação e reflexão para viabilidade da transformação histórica e social, através do aprendizado significativo e voltado às necessidades existenciais (FRUTUOSO; TEIXEIRA, 2014).

A Figura 36 foi decodificada pelos participantes como exposição dialogada com roda de conversa, que favorece a participação dos envolvidos no processo ensino-aprendizagem:

FIGURA 36- Exposição dialogada com roda de conversa



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016w).

“[...] eles estão formando um círculo, assim mostra que todos podem participar, ficam mais a vontade pra isso” (P07).

“Acho que em círculo favorece a participação, é uma roda de conversa, nem tudo que uma pessoa diz eu concordo e essa discussão é importante, esse diálogo é importante” (P05).

A roda de conversa é uma ferramenta que exprime horizontalidade entre os participantes, havendo a dissolução da figura do mestre como centro da prática educativa. Não seria espaço para discurso, transmissão de conhecimento, prescrição de normas de condutas, enfim, para alimentar a opressão, mas um desafio crítico reflexivo destinado às práticas sociais (FREIRE, 2011b; SAMPAIO et al., 2014).

Trata-se de uma estratégia que favorece a participação dialógica, revela sujeitos de direito imersos no processo de conhecimento e reflexão acerca da própria condição histórica e social, criando espaço de expressão de modos de vida, recriação de saberes, produção de novos sentidos e ressignificação de práticas, com o intuito de lutar contra os fatores desfavoráveis e transformar a realidade (SAMPAIO et al., 2014).

De acordo com Sampaio et al. (2014) as rodas são mais que disposição circular dos participantes e relação custo-benefício proveitosa para trabalhos em grupo, possibilita um movimento contínuo de reflexão-ação, negociação entre os sujeitos, postura ético-política orientada para a produção de conhecimento e emancipação social.

Freire (2011c) afirma que as rodas favorecem o entrosamento e a confiança entre os participantes, privilegiam a fala crítica e a escuta sensível, produzindo conhecimento coletivo contextualizado embasado na leitura de ações cotidianas e não de palavras escritas, tornando-se um valioso exercício para a capacidade de aprender e ensinar.

#### 6.3.4 Técnicas visuais

As técnicas visuais são expressões artísticas de imensurável importância para a comunicação humana, tendo percorrido um longo trajeto histórico e cultural, desde a colonização brasileira pelos jesuítas, que negou a tradição indígena, passando pela assunção da arte neoclássica em detrimento do barroco nacional no século XIX, até o princípio da sua institucionalização no âmbito educacional no século XX, através da disciplina desenho representada nas formas geométricas e clássicas, que foram bastante contestadas na Semana de Arte Moderna em 1922 (SILVA et al., 2010).

Segundo Silva et al. (2010) até o final do século XX, essas manifestações artísticas foram consideradas lazer e utilizadas para relaxamento, sendo ignorada enquanto área de conhecimento, quando a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996 constituiu a arte como componente obrigatório para os currículos da educação básica com o objetivo de promover o desenvolvimento cultural dos alunos.

Albinatti (2009) destaca a importância da utilização das artes visuais no desenvolvimento da motricidade infantil, além de ser prática criativa, trabalha o afeto, a autoconfiança, a independência, a comunicação e a interação social, pois não se trata de uma simples representação de alguma coisa, mas da relação que possui com ela, trata-se do produto da sua experiência ou demonstração de como pensa, sente e vê determinado fato ou condição.

As técnicas visuais utilizam simbologias ou escritas como elementos centrais e exigem concentração, destreza e criatividade. Podem ser desenvolvidas de maneira individual ou coletiva, tratando-se de uma reprodução artística de formas de pensar, modos de vida, expressão cultural ou conhecimento sobre determinado tema (SILVA et al. 2010; BRASIL, 2013).

Faz-se imprescindível apresentação prévia do enfoque que será abordado e após o desenvolvimento da técnica, que haja análise, interpretação, reflexão e discussão, podendo para isso contar com perguntas norteadoras para orientar o grupo rumo aos objetivos da prática educativa (PULGA, 2014).

Foram abordadas as seguintes técnicas visuais: recorte e colagem/ produção de painel; desenho/ pintura; texto/ narrativa; cordel/ poesia; e panfleto/ jornal.

#### 6.3.4.1 Recorte e colagem/Produção de painel

A técnica recorte e colagem é centenária, no início fora utilizada para decorar igrejas e casas com ladrilhos que formavam figuras chamadas mosaicos. Disseminou-se com a utilização dos mais diversos materiais, tais como tecidos, papéis, papelões, revistas, fotografias e outros, combinando várias técnicas, como cortar, picar, rasgar ou amassar e colar justapondo ou sobrepondo em inúmeras superfícies, sejam lisas, rugosas, opacas ou brilhantes para produção de quadros, painéis, cartazes ou enfeitar objetos como caixas, capas de caderno ou jarros,

sendo que todos esses aspectos sempre estiveram voltados para expressão artística, manifestação criativa e demonstração de sentimentos (SILVA et al., 2010).

Apresentou-se a Figura 37 para tematização que foi decodificada como recorte e colagem, sendo afirmada pelos participantes a utilização dessa técnica em algumas capacitações que participaram:

“Já utilizamos recorte e colagem em algumas capacitações, depois da tarefa pronta a pessoa explica o significado que tem pra ela” (P07).

“Já fizemos recorte de revista e colamos em cartazes muitas vezes, fica mais bonito, expressa melhor o que queremos dizer com aquilo e também chama atenção” (P10).

FIGURA 37- Recorte e colagem



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016y).

A técnica recorte e colagem pode ser utilizada concomitantemente com a produção de painel, este por vez pode ser desenvolvido de diversas formas e com várias finalidades dentro das práticas educativas em saúde.

Apresentou-se a Figura 38 que foi decodificada como produção de painel, sendo investigada a experiência que os participantes possuíam com a utilização da técnica e registrada por eles a utilização em atividades formativas e de discussão do processo de trabalho na ESF:

“Foram muitas, outros círculos de cultura e outras atividades como oficinas, acho que foi o que mais fizemos, até porque facilita pra apresentar” (P07).

“Ultimamente trabalhamos o fluxograma de acolhimento e atendimento da equipe, quando discutimos nosso processo de trabalho” (P01).

FIGURA 38- Produção de painel



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016z).

Problematizou-se perguntando quanto à aplicabilidade do painel, alguns participantes pontuaram a importância da ilustração com figura para chamar a atenção, bem como de conteúdo escrito para direcionar o objetivo do aprendizado:

“[...] Se for só com palavras, muitas vezes as pessoas nem olham, tem que fazer de uma forma que chame a atenção, com figuras” (P09).

“Mas também só com figura, fica muito vago, nem todo mundo vai raciocinar na linha que é importante, tem que ter algum texto” (P01).

O painel pode ser construído individual ou coletivamente para apresentar resultados de trabalhos realizados sobre determinado tema em salas de aula, eventos acadêmicos ou em qualquer outro espaço de difusão do conhecimento. Nesse contexto, o painel deve ser produzido dentro das normas exigidas pelo evento, tais como temática, *design*, medidas e disposição de figuras e do conteúdo. A apresentação deve respeitar as coordenadas dos organizadores, tais como local, horário, duração e discussão (BOZZ, 2016a).

Bozz (2016b) afirma que o painel é caracterizado como integrado quando há subdivisão de um grupo maior para discussão de uma temática e em um segundo momento há nova subdivisão permitindo que aconteça um rodízio dos participantes nos subgrupos. Isto servirá para que as considerações da divisão anterior sejam difundidas nos novos subgrupos, podendo acontecer vários rodízios de acordo com a divisão da temática que está sendo trabalhada. O conteúdo pode ser registrado em painel utilizando recorte e colagem ou com pincel, dependendo da disponibilidade. Tem como objetivo integrar os participantes, proporcionando a exploração do conteúdo e aprofundamento do tema.

O painel progressivo é quando a atividade se inicia individualmente e prossegue formando grupos sucessivos através da união de grupos formados na etapa anterior e consecutivamente até a formação da plenária, quando o conhecimento construído a cada etapa é apresentado, podendo ser complementado ou aprofundado através de técnicas audiovisuais, tais como vídeo ou explanação dialogada. É útil para introdução de novos conteúdos ou aprofundamento de temas conhecidos, contando com uma construção coletiva do conhecimento através da participação de todos os sujeitos (BOZZ, 2016c).

Como foi comentado anteriormente, as técnicas recorte e colagem e produção de painel podem ser utilizadas em associação, possuem baixo valor econômico, principalmente quando se aproveitam materiais recicláveis para o desenvolvimento. Importante que sejam utilizadas as cores e a criatividade para chamar atenção, sendo também importante para o desenvolvimento de habilidades, coordenação motora e da sensibilidade (SILVA et al., 2010).

#### 6.3.4.2 Desenho/Pintura

Apresentou-se a Figura 39 para tematização que foi decodificada como desenho/pintura, sendo apontada a possibilidade de utilização dessa técnica para o desenvolvimento de práticas educativas, partindo da interpretação dos traços, formas e cores, necessitando que a análise seja direcionada para os objetivos requisitados:

“Tem que ser interpretado pra enriquecer a prática educativa [...] talvez seja uma índia, carregando essas coisas, mas mesmo assim, apesar do esforço do trabalho não perdeu a vaidade, a capacidade de se enfeitar e de colorir a vida” (P01).

“Uma pintura como essa aí pode muito bem ser analisada de acordo com o que pede a prática educativa” (P02).

FIGURA 39- Desenho/Pintura



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016αβ).

O desenho e a pintura são importantes formas de comunicação humana através do senso estético, da criatividade e da sensibilidade. No desenho, utiliza-se o traço e na pintura emprega-se a cor seja sobre papel, tela, parede ou qualquer outra superfície a ser trabalhada, a criação das formas são expressões de visão de mundo, recriação de imagens, manifestação de sentimentos que podem ter seus sentidos explorados, fazendo-se análise e reflexão da mostra artística possibilitando transformações e construção do conhecimento (SILVA, et al. 2010).

Problematizou-se perguntando quanto à experiência que possuíam com a utilização de desenho/ pintura em práticas educativas, sendo afirmado seu emprego individual e coletivamente:

“Já sim, já fizemos pinturas individualmente e passamos pras pessoas o que ela significava” (P07).

“Fizemos aquele desenho coletivo que cada um complementava o desenho do outro à medida que a folha passava e vimos que não é fácil saber o que os outros querem expressar se não deixarmos que façam isso, da mesma forma, alguns desenhos ficaram muito bons e foi construção coletiva” (P05).

O desenho/pintura apresenta diversas possibilidades de serem trabalhadas em práticas educativas, tais como o desenvolvimento da imaginação, da percepção e do raciocínio, além de outros aspectos que auxiliarão na capacidade de analisar, refletir e emitir opinião caracterizando a construção do processo ensino-aprendizagem libertador, que desencadeia autonomia, percepção de novos sentidos e significados pessoais e sociais, corroborando os objetivos da PNEPS-SUS (BONFANTE; FERNANDES; SALES, 2015; BRASIL, 2013).

#### 6.3.4.3 Textos/Narrativas

A Figura 40 foi apresentada para tematização, sendo decodificada como texto/narrativa. Problematizou-se através do questionamento de realização de práticas educativas através dessa ferramenta, sendo afirmada essa possibilidade e relatado que a história pode ser contada de várias formas, sendo que os narradores acabam revelando seus pensamentos e vivências através do conteúdo escrito:

FIGURA 40- Texto/ Narrativa

Produção de texto  
 Nome: ..... data: ..../..../.....

.....

Rabicó é um porquinho muito esperto. Ele vive na fazenda do tio Juca.

Todos os dias ele vai para porta da cozinha para sentir o cheiro da comida gostosa da dona Laura. Rabicó já fez amizade com o patinho Guto.

Um dia quando os dois estavam em frente a casa conversando .....

.....

.....

.....

.....



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016βγγ).

“As pessoas acabam mostrando o que tem no seu interior, a opinião que tem com relação aquilo” (P02).

“É sim, tem como ver a figura complementar a estória, se cada um fosse fazer isso aqui, talvez o final fosse contado de muitas formas, cada pessoa tem uma ideia” (P07).

A narrativa faz parte da história da humanidade e os seres humanos são por natureza contadores de histórias, narradas de geração em geração. Nessa perspectiva, a tradição oral é fortalecida quando vinculada à escrita, concebendo a narrativa como ato de contar e registrar o modo pelo qual o mundo é visto e vivenciado pelos sujeitos dentro dos seus contextos históricos, sociais, culturais, políticos e educativos (SOUSA; CABRAL, 2015).

A narrativa como ferramenta pedagógica é reveladora, necessita de compreensão dentro do contexto analisado, problematizado na perspectiva de ressignificação de lembranças de vivências que incomodam e acrescido do desejo de vislumbrar novas possibilidades, é nesse sentido que se encontra com o que é preconizado pela PNEPS-SUS (SOUSA; ALMEIDA, 2012; BRASIL, 2013).

#### 6.3.4.3 Cordel/Poesia

Apresentou-se a Figura 41 para tematização, sendo decodificada como literatura de cordel/poesia, apontada como arte poética nordestina:

FIGURA 41- Cordel/ Poesia



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016yõ)

“Trata-se de literatura de cordel, é uma arte popular do Nordeste” (P07).

“O cordel é um tipo de poesia popular bem presente no Nordeste, uma forma de contar história em forma de rima e tem esse nome por causa dessa corda que utilizam para pendurá-los nas feiras” (P01).

A composição em versos e rimas são expressões educativas desde a idade antiga, quando em Atenas epopeias eram declamadas para disseminação do conhecimento, pois além de imaginação e criatividade, promovia capacidade de reflexão diante do conteúdo poético (MEDEIROS; SILVA; LEMOS, 2016).

Barbosa, Passos e Coelho (2011) relatam que o cordel foi trazido da Península Ibérica para o Nordeste brasileiro nas primeiras décadas do século XVI, tornando-se uma importante manifestação cultural. Trata-se de versos populares rimados que narram histórias que são dispostas em livretos com capas ilustradas por xilogravuras que identificam o conteúdo principal, são expostos em barbantes para serem vendidos, geralmente em feiras livres por seus próprios autores.

Problematizou-se perguntando sobre a possibilidade de educar através da literatura de cordel/poesia, sendo bastante aprovada pelos participantes:

“É uma arte, tem pessoas que conseguem rapidinho fazer rimas com assuntos que são da saúde e facilita a compreensão porque tem linguagem simples, muitas vezes é engraçado e o povo gosta muito” (P10).

“É uma forma de expressão e como é costume do nosso povo chama atenção, o que facilita o entendimento” (P01).

A literatura de cordel desenvolvida no Nordeste brasileiro, quase sempre trata da identidade, do cotidiano e da cultura nordestina, revelando epopeias de vidas de homens e mulheres que enfrentam adversidades, materializadas através da pobreza, da fome, das tensões sociais, mas sem perder a sensibilidade, a criatividade, a beleza artística e a coragem para lutar, permitindo que a poesia seja reinventada. Nessa perspectiva de compreensão dos significados que os seres humanos dão à vida fazem com que outros seres humanos aprendam a ser humano, enriquecendo a ação educativa com a compreensão de mundo e de valores inerentes à condição e formação humana (FREIRE, 2011b).

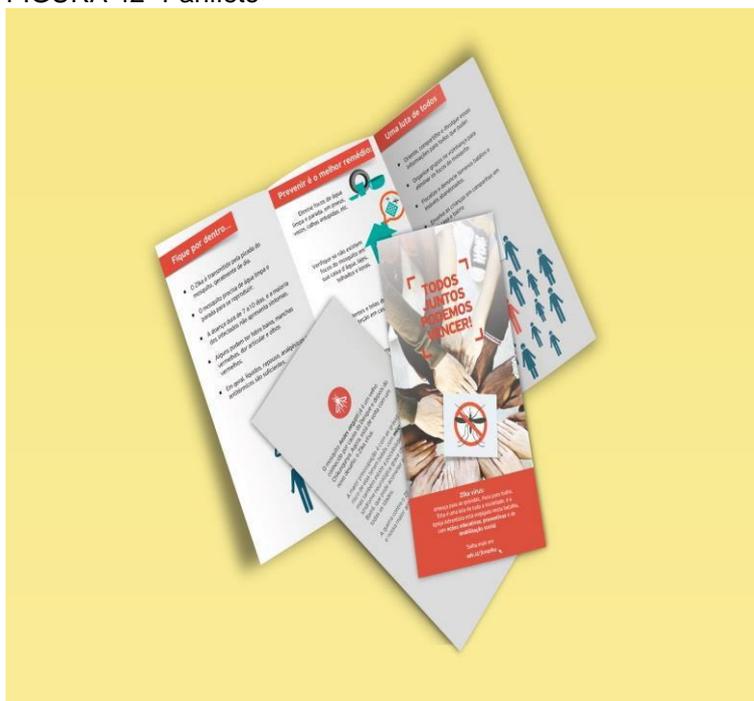
Araújo e Paraíba (2009) afirmam o potencial educativo do cordel que corrobora os ideais da PNEPS-SUS através da promoção de diálogos, da problematização das questões históricas, culturais e sociais, da análise e reflexão

que propiciam a construção do conhecimento (BRASIL, 2013). Existe ainda o caráter lúdico, a motivação, o incentivo a leitura, a criatividade de ensinar através das informações poéticas e de aprender através da discussão do conteúdo abordado.

#### 6.3.4.5 Panfleto/Jornal

Apresentou-se a Figura 42 para decodificação e foi decodificada como panfleto pelos participantes que relataram uso assíduo dessa ferramenta em várias práticas educativas no âmbito da ESF:

FIGURA 42- Panfleto



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016d).

“Sempre utilizamos panfletos nas atividades de educação em saúde [...] o Ministério da Saúde sempre envia sobre tudo que é temática e a gente distribui e comenta” (P07).

“[...] É bom quando a gente entrega e discute numa roda de conversa porque enriquece” (P10).

Estudo realizado por Andrade et al. (2013) acerca do planejamento das práticas educativas no âmbito da ESF realizado pela equipe multiprofissional, panfletos e materiais similares que orientam as discussões foram citados como única

facilidade encontrada para realização dessas ações, confirmando o que fora relatado pelos participantes dessa pesquisa.

O panfleto foi originado a partir de um pequeno poema de amor escrito em latim (*Pamphilus suum amore*) de autoria desconhecida que circulou amplamente na Inglaterra no século XII, sendo traduzido para a língua inglesa como *phamphlet* e usado até o século XIV para mencionar escritos menores que livros. Nos séculos seguintes o vocábulo passou a ter sentido difamatório sobre assuntos políticos, inclusive quando trazido para a língua portuguesa, passando a ser mais utilizado como folheto quando apresentava sentido informativo (*Oxford English Dictionary*, 2016).

O panfleto ou folheto consiste em uma única folha de papel dobrada em várias partes ou em algumas páginas dobradas ao meio e grampeadas nas dobras contendo impressão ou fotocopiada em todas suas faces, utilizado para divulgação de ideias, informações, marcas, produtos, dentre outros, por ser de fácil manuseio e possuir baixo custo quando comparado a outras ferramentas, sendo amplamente utilizado para atingir grandes públicos em curto intervalo de tempo (GOMES FILHO, 2008).

Apesar de não ter sido apresentado figura de jornal para tematização, esta técnica foi também comentada pelos participantes, sendo identificada como uma ferramenta que facilitaria a comunicação entre a ESF e a comunidade por divulgar as atividades e incentivar a participação:

“O jornalzinho seria um ótimo instrumento, pois poderíamos divulgar nossas práticas e as pessoas se sentiriam motivadas para participar” (P01).

“Seria bom mesmo, poderíamos apresentar também experiências exitosas, essas coisas chamam a atenção, incentivam outras pessoas a buscarem o serviço” (P07).

O jornal vem sendo utilizado há algum tempo em sala de aula para estimular o prazer de ler, enriquecer a capacidade de compreensão de textos, ampliar o vocabulário, melhorar as intervenções verbais, alargar as informações sobre o mundo e seu contexto. Trata-se uma importante ferramenta de comunicação por disponibilizar fatos, ideias e opiniões atualizadas sobre os mais diversos temas, valores, ética, cultura e cidadania, inserindo o indivíduo na vida social (HAMZE, 2012).

Nesse contexto, o uso do jornal como ferramenta pedagógica no âmbito da ESF pode favorecer o acesso à informação, fortalecer práticas culturais, esclarecer quanto à realidade social, motivar o desenvolvimento crítico do leitor enquanto cidadão através do raciocínio, de questionamentos, do encontro com seus valores, tornando-o participativo na busca de alternativas para transformação dos determinantes sociais do adoecimento, contribuindo dessa forma para a consolidação da PNEPS-SUS (BRASIL, 2013).

#### **6.4 Planos de ativação de mudanças das práticas Educativas em Saúde na ESF**

O território de atuação da ESF é permeado de saberes, vivências, vínculos, trabalhos, arte, cultura, sentimentos, direitos e deveres, tornando-se imprescindível que cada sujeito e todos sejam considerados para a produção do conhecimento, através de participação ativa e permanente em todos os processos que lhes dizem respeito, empoderamento para transformar situações desfavoráveis que provocam adoecimento em potencializadoras para o desenvolvimento da promoção da saúde e qualidade de vida (SANTOS; WIMMER, 2013).

A PNEPS-SUS aposta na reconstrução de práticas educativas que integre conhecimento científico e popular, teoria e prática, arte e cultura, pedagogia e criatividade numa perspectiva freireana de sempre ter algo para ofertar e para receber ou ensinar e aprender, relação de troca de saberes amorosa que renova a esperança a partir do que se é e do que se faz, recriando processos de trabalho pautados no respeito, na solidariedade e na valorização da vida (BRASIL, 2013).

A construção desse plano de ativação de mudanças das práticas de Educação em Saúde no âmbito da ESF encontrou-se pautada nos Círculos de Cultura descritos anteriormente, realizados com os participantes dessa Pesquisa-intervenção, considerando as suas percepções e vivências, desmotivações e perspectivas de mudanças, compromisso com a busca do conhecimento enquanto trabalhadores e educadores em saúde.

Ressalta-se que não se trata de “receita”, nem de construto acabado, mas de uma metodologia para operacionalizar planejamento participativo das atividades educativas a partir do conhecimento da realidade sociocultural, ação dialógica e problematizadora, baseada na experiência dos atores envolvidos, desenvolvimento

de potencialidades comunicativas e dialéticas para construção de novos saberes e práticas em consonância com o ideário libertador de Paulo Freire e da PNEPS-SUS.

Propõe-se que esse plano seja uma alternativa para que os trabalhadores de saúde encontrem-se permanentemente aptos a repensar as práticas de Educação no âmbito da ESF, que oriente o caminho para a busca de parcerias, tais como artistas da comunidade, conselheiros de saúde, líderes comunitários, grupos envolvidos com a Educação e Saúde da área de abrangência, e que juntos possam identificar problemas, encontrar respostas, partilhar experiências, compreender a saúde/doença e suas verdadeiras causas/consequências, empoderar-se, identificar caminhos alternativos para enfrentar situações desfavoráveis, lutar por seus direitos, cumprir seus deveres enquanto cidadãos, construir saberes, buscar promover saúde e obter qualidade de vida, como preconizado pela PNEPS-SUS.

QUADRO 01- Plano de ativação de mudanças das práticas educativas em Saúde na ESF

| OFICINA  | Dinâmicas de Grupo  |
|--|---|
| 6.4.1. Repensando nossa trajetória:<br>Como aprendemos?<br>Como ensinamos?<br>Como desejamos aprender-ensinar/ ensinar-aprender? | Quem sou eu e o que espero do encontro?<br>Como aconteceu meu processo de aprendizagem?<br>Como percebo as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas na minha ESF?<br>Quais perspectivas para as práticas de Educação em Saúde no âmbito da ESF?<br>Avaliando nossa trajetória: pontos positivos, negativos e perspectivas. |
| 6.4.2 Comunicação, criatividade e habilidades para desenvolver técnicas pedagógicas participativas: desafios e possibilidades.   | Embarcando na comunicação.<br>Comunicação nossa de cada dia.<br>Desenvolvendo habilidade para ensinar/aprender: criatividade e expressões artísticas.<br>Técnicas Pedagógicas Participativas: construindo o conhecimento.<br>Práticas educativas participativas: raízes, folhas e frutos.                                     |
| 6.4.3 Papel do educador em saúde para o fortalecimento do trabalho em equipe e construção do protagonismo popular.               | Cerimonial da participação, união e cooperação.<br>Conhecimento científico e conhecimento popular: opostos ou complementares?<br>Cidadania, participação social e saúde: o que temos e o que queremos?<br>Planejar ou improvisar: decisão que teremos que tomar!<br>Esse não é o final: apenas começamos                      |

Fonte: a autora.

6.4.1. Repensando nossa trajetória: Como aprendemos? Como ensinamos? Como desejamos aprender-ensinar/ ensinar-aprender?

Esse primeiro encontro foi planejado para identificar as expectativas dos participantes relacionadas à ressignificação e reconstrução das práticas educativas no âmbito da ESF, além de proporcionar que se conheçam e inter-relacionem-se,

fatores indispensáveis para o êxito das práticas pedagógicas participativas, bem como que se animem, reconhecendo que o bom humor e a alegria são imprescindíveis para o bem-estar e favorecimento do processo de ensino-aprendizagem:

QUADRO 02- Quem sou eu e o que espero do encontro?

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Objetivo</b>        | Conhecer, integrar e animar os participantes;<br>Identificar as expectativas relacionadas ao encontro.  |
| <b>Material</b>        | Balões de assopro; pincéis; tarjetas de papel ofício 5x20cm; vídeo ou música para harmonizar e animar (Sugestões: “Amanhecer”- Madre Blandina/ disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=gY4BMYn13Ew">https://www.youtube.com/watch?v=gY4BMYn13Ew</a> ; “Bom dia, amigo”- Abílio Manoel/ disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Fyb-abnEEAc">https://www.youtube.com/watch?v=Fyb-abnEEAc</a> ; “Favo de Mel”- tema do Filme Rio; disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Q8kFCy8tRrM&amp;index=7&amp;list=RD8JH7WIA8k2l">https://www.youtube.com/watch?v=Q8kFCy8tRrM&amp;index=7&amp;list=RD8JH7WIA8k2l</a> ); computador; projetor.   |
| <b>Desenvolvimento</b> | Dar boas vindas e explicar o desenvolvimento da atividade;<br>Música para harmonizar (Amanhecer)<br>Entregar uma tarjeta, um pincel e um balão a cada participante;<br>Solicitar que em uma face da tarjeta apresentem-se escrevendo características pessoais, sem colocar seu nome;<br>Na outra face da tarjeta descrever as expectativas que possuem acerca do encontro;<br>Enrolar a tarjeta e colocá-la dentro do balão, insuflando-o e amarrando-o;<br>Ao som de uma música animada (Bom dia, amigo ou Favo de mel), todos os participantes deverão manter o balão no ar, de modo a não ficar com o próprio balão, e não deixar nenhum cair no chão;<br>Ao final da música cada um deve ficar com um balão (que não seja o seu), estourá-lo e pegar a tarjeta com as características e expectativas;<br>Cada um vai lendo primeiramente as expectativas e posteriormente as características tentando identificar o autor;<br>Caso algum participante não consiga identificar sozinho os outros poderão auxiliá-lo. |
| <b>Duração</b>         | 30 minutos.   |
| <b>Avaliação</b>       | Os participantes conseguiram apresentar-se através de características?<br>Foram identificados pelos outros participantes através das características citadas?<br>As expectativas dos participantes eram convergentes ou divergentes dos objetivos do encontro?<br>A dinâmica conseguiu animar e integrar o grupo?<br>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.   |

Fonte: a autora.

Faz-se imprescindível conhecer as raízes do processo de ensino-aprendizagem dos participantes, pois conforme Freire (2011b) quando a educação não é libertadora faz o oprimido desejar ser opressor, reproduzindo o que foi vivenciado. Esse momento foi planejado para proporcionar reflexão acerca dos modelos educacionais, além de instigar o desenvolvimento de habilidades para

expressão através do desenho/pintura e apresentação teatral que são Técnicas Pedagógicas Participativas:

QUADRO 03- Como aconteceu meu processo de aprendizagem?

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Objetivo</b>        | Conhecer a experiência e identificar o conceito dos participantes acerca do processo ensino-aprendizagem;<br>Refletir sobre os conceitos educativos (Educação Autoritária, Educação Populista e Educação Libertadora);<br>Desenvolver habilidade para desenho/pintura e apresentação teatral de improviso.  |
| <b>Material</b>        | Papel A4; tinta guache colorida; pincéis para aquarela; barbante; pegadores de roupa; música (Sugestão: “Aquarela”- Toquinho/ disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=7j7dioVII0A">https://www.youtube.com/watch?v=7j7dioVII0A</a> ) (Primeiro Momento); História em Quadrinhos: Vamos discutir a história de Caio e Marcelo que estudam em escolas diferentes (ANEXO C) (Segundo Momento); Aproveitar o próprio espaço e mobiliário (mesa e cadeiras) para a dramatização (Terceiro Momento).  |
| <b>Desenvolvimento</b> | <p><u>Primeiro Momento:</u><br/>Música para harmonizar (Aquarela);<br/>Entregar o papel A4, pincéis de aquarela e tinta guache de várias cores para cada participante;<br/>Solicitar que retratem através de desenho/pintura como aconteceu o próprio processo de ensino-aprendizagem durante o período escolar;<br/>Fixar os desenhos/pinturas no barbante com os pegadores de roupa.</p> <p><u>Segundo Momento:</u><br/>Formar dois subgrupos;<br/>Entregar cópia da História em Quadrinhos para cada subgrupo: Vamos discutir a história de Caio e Marcelo que estudam em escolas diferentes;<br/>Solicitar que cada subgrupo discuta as questões norteadoras da história em quadrinhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais diferenças podemos observar nas lições de Caio e Marcelo?</li> <li>- Como as duas professoras entendem o processo ensino-aprendizagem?</li> <li>- Quais conclusões podemos chegar acerca das salas de aula?</li> <li>- Qual contexto foi vivenciado por você no seu período escolar?</li> <li>- Conte fatos de suas experiências de ensino-aprendizagem... (Nesse momento, os desenhos/pinturas do Primeiro Momento devem ser apresentados e discutidos);</li> <li>- Como você compreende o processo ensino-aprendizagem?</li> <li>- Com quais dessas afirmações você concorda? Por quê?</li> <li>- O que você entende por educação autoritária/ tradicional?</li> <li>- O que você entende por educação dialógica/ libertadora?</li> </ul> <p><u>Terceiro Momento:</u><br/>Os participantes de cada subgrupo devem eleger uma das experiências dos participantes para dramatizar;<br/>Preferencialmente, um grupo deverá dramatizar uma prática de educação autoritária e o outro subgrupo uma prática de educação libertadora;<br/>Após as dramatizações, o grupo que apresentou a prática autoritária apontará as características da prática libertadora e o que apresentou a prática libertadora apontará as características da prática autoritária;<br/>Caso os dois subgrupos apresentem experiências libertadoras- o facilitador deve instigar para que as características dos dois tipos de educação sejam discutidas;<br/>Caso os dois subgrupos apresentem experiências autoritárias- as características dos dois tipos de educação devem ser discutidas, sendo que cada subgrupo deverá recriar a dramatização, orientando-a para educação libertadora.</p> |
| <b>Duração</b>         | Primeiro Momento: 1 hora;<br>Segundo Momento: 1 hora;   |

|                  |   |
|------------------|---|
|                  | Terceiro Momento: 1 hora e 30 minutos.  |
| <b>Avaliação</b> | Os participantes conseguiram expressar através do desenho/pintura sua experiência de ensino-aprendizagem enquanto escolar?<br>A história em quadrinhos e as questões norteadoras instigaram a discussão acerca da diferença entre educação autoritária e educação libertadora?<br>Os participantes conseguiram conceituar educação autoritária e educação libertadora?<br>Os subgrupos conseguiram apresentar através da dramatização as características de cada tipo de educação, bem como souberam identificar as características apresentadas pelo outro subgrupo?<br>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões. |

Fonte: a autora.

As práticas na ESF são permeadas de vida, trabalho, saúde/doença, saberes técnico/popular, alegria/tristeza, direitos/deveres, dentre muitas ações, sentimentos e expressões que muitas vezes são desenvolvidas mecanicamente, incluindo as práticas educativas em saúde, fazendo-se necessário identificar a percepção dos participantes quanto a isto, bem como conhecer como apreendem o papel que desempenham enquanto educadores. Algumas Técnicas Pedagógicas Participativas, tais como cordel, recorte-colagem e formação de painel serão trabalhadas para o desenvolvimento de habilidades, além de contribuírem com o processo de reconhecimento de expressões artísticas e culturais, e favorecerem o processo de análise, reflexão e discussão da temática abordada:

QUADRO 04- Como percebo as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas na minha ESF?

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Objetivo</b>        | Identificar a percepção dos participantes acerca de como são desenvolvidas as práticas de Educação em Saúde no âmbito da ESF (lembrar que além da Educação Autoritária e da Libertadora, no campo da saúde há identificação de outra intermediária a essas duas, a Educação Populista ou Manipulatória);<br>Identificar como os participantes apreendem o seu papel enquanto educador em saúde e quais perspectivas possuem quanto a isso;<br>Desenvolver habilidade para recorte/colagem e formação de painel.                       |
| <b>Material</b>        | Cordel: O que seria Educação em Saúde? (APÊNDICE I); Papel A4; revistas; tesouras; e cola (Primeiro Momento);<br>Papel A4 e pincéis coloridos (Segundo Momento);<br>Cartolinas coloridas; e fita gomada (Terceiro Momento).   |
| <b>Desenvolvimento</b> | <u>Primeiro Momento:</u><br>Entregar cópias do Cordel: “O que seria Educação em Saúde?” e recitá-lo em coro, refletindo sobre ele;<br>Entregar papel A4, revistas, tesoura e cola aos participantes;<br>Solicitar que confeccionem recorte/colagem que represente como acontecem as práticas de Educação em Saúde na ESF que trabalham.<br><u>Segundo Momento:</u><br>Entregar papel A4 e pincéis coloridos aos participantes;<br>Solicitar que contornem com os pincéis coloridos as palmas das mãos direita e esquerda na folha A4; |

|                  |  |
|------------------|--|
|                  | <p>Em cada dedo do contorno da mão esquerda colocar como desenvolvem sua prática de Educação em Saúde (uma palavra em cada dedo);</p> <p>Em cada dedo da mão esquerda colocar as perspectivas pessoais para o desenvolvimento das práticas de Educação em Saúde no âmbito da ESF;</p> <p><u>Terceiro Momento:</u></p> <p>Socializar as produções de recorte-colagem formando um painel, de modo que as ideias similares sejam acopladas numa mesma cor de cartolina e ideias diferentes em cartolinas de cores diferentes;</p> <p>Analisar e discutir os painéis formados pelas percepções de como as práticas educativas acontecem na ESF;</p> <p>Apresentar individualmente as produções dos desenhos das mãos, socializando como apreendem a própria prática enquanto educadores em saúde e quais perspectivas possuem nesse âmbito;</p> <p>Estes devem ser fixados com fita gomada um após o outro nas paredes da sala, formando uma faixa horizontal que deve permanecer por todo o encontro.</p> |
| <b>Duração</b>   | <p>Primeiro Momento: 40 minutos;</p> <p>Segundo Momento: 20 minutos;</p> <p>Terceiro Momento: 30 minutos.</p>  |
| <b>Avaliação</b> | <p>O Cordel auxiliou a reflexão acerca de como acontecem as práticas de Educação em Saúde no âmbito da ESF?</p> <p>Conseguiram expressar através do recorte/colagem como as práticas educativas são desenvolvidas na ESF?</p> <p>Conseguiram reconhecer como desenvolvem as práticas de Educação em Saúde?</p> <p>Conseguiram apontar as perspectivas que possuem para o desenvolvimento de práticas educativas enquanto educadores em saúde?</p> <p>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.</p>  |

Fonte: a autora.

Espera-se que as reflexões acerca das vivências das atividades de Educação em Saúde na ESF desencadeiem ressignificação dessas práticas, corroborem inovações na forma de compreender o processo saúde/doença, surjam estratégias para resolução dos problemas identificados, culminando em caminhos alternativos que considerem a realidade sociocultural, desenvolvimento de potencialidades e cidadania através de ações participativas para o enfrentamento dos determinantes que causam adoecimento, fortalecimento do SUS e busca promoção da saúde que culmine em melhor qualidade de vida para a população da área de abrangência:

QUADRO 05- Quais perspectivas para as práticas de Educação em Saúde no âmbito da ESF?

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Objetivo</b> | <p>Analisar e discutir a historicidade, os saberes e as práticas de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde, enfatizando a PNEPS-SUS.</p> <p>Discutir as perspectivas de práticas educativas na ESF em consonância com a PNEPS-SUS.</p> |
|-----------------|---|

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Material</b>        | Cordel: Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde- conhecendo a trajetória para reconstrução de suas práticas (APÊNDICE J); papel madeira; e pincéis atômicos (Primeiro Momento);<br>Vídeo: Educação Popular-Recid (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Rvq7D_zdwPk">https://www.youtube.com/watch?v=Rvq7D_zdwPk</a> ); papel madeira; e pincéis atômicos; Vídeo motivacional “Enquanto houver sol”- Titãs (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ARU5DbeubRc">https://www.youtube.com/watch?v=ARU5DbeubRc</a> ); computador; e projetor. (Segundo Momento).   |
| <b>Desenvolvimento</b> | <p><u>Primeiro Momento:</u><br/>Dividir o grupo em dois subgrupos e entregar cópias do cordel;<br/>Solicitar que o cordel seja recitado em coro, alternando as estrofes entre os subgrupos;<br/>Entregar papel madeira e pincéis atômicos para que cada subgrupo registre a síntese da análise e discussão das questões norteadoras:<br/>- Qual o conceito e objetivo da Educação em Saúde?<br/>- Quais os principais marcos históricos e conceituais da Educação em Saúde?<br/>- Quais os princípios norteadores da PNEPS?<br/>- Quais os princípios estratégicos da PNEPS?<br/>- Em quais aspectos a Educação Popular se aproxima e se diferencia das práticas de Educação em Saúde usualmente desenvolvidas na ESF?<br/>Socializar a análise e discussão alternando as questões entre os subgrupos, de modo que as respostas não sejam repetidas, mas questionadas ou complementadas pelo subgrupo ouvinte.</p> <p><u>Segundo Momento:</u><br/>Assistir o vídeo: Recid- “ Educação Popular”;<br/>Questões norteadoras:<br/>- Em sua prática existem problemas para desenvolver atividade educativa?<br/>- Se sim, quais fatores são de natureza administrativa e quais são de natureza educativa? (O facilitador deve registrar em papel madeira os fatores de natureza administrativa e os fatores de natureza educativa, deixando espaço na frente de cada problema para busca de soluções viáveis para eles);<br/>- Qual o posicionamento de cada participante em relação à perspectiva da Educação Popular em Saúde?<br/>- Quais possíveis experiências como participantes e como facilitadores de práticas educativas problematizadoras?<br/>Encerrar com o vídeo motivacional “Enquanto houver sol”.</p> |
| <b>Duração</b>         | Primeiro Momento: 1 hora;<br>Segundo Momento: 1 hora.   |
| <b>Avaliação</b>       | <p>Conseguiram conceituar Educação em Saúde e apontar seus objetivos?<br/>Identificaram os principais marcos históricos e conceituais da Educação em Saúde?<br/>Identificaram os princípios norteadores da PNEPS?<br/>Identificaram os princípios estratégicos da PNEPS?<br/>Identificaram os aspectos em que a Educação Popular se aproxima e se diferencia das práticas de Educação em Saúde desenvolvidas na ESF?<br/>Possuem posicionamento favorável à Educação Popular em Saúde?<br/>Possuem experiências como participantes de práticas educativas problematizadoras?<br/>Possuem experiências como facilitadores de práticas educativas problematizadoras?<br/>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.</p>   |

Fonte: a autora.

Esse momento avaliativo foi programado para avaliar o primeiro dia de encontro, pontuando aspectos negativos para que possam ser melhorados, e

positivos para que possam ser intensificados, além de perscrutar o que os participantes esperam para os próximos dias de atividades de capacitação para reconstrução das ações de Educação em Saúde na ESF:

QUADRO 06- Avaliando nossa trajetória: pontos positivos, negativos e perspectivas

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Objetivo</b>        | Encerrar as atividades do primeiro dia de encontro;<br>Avaliar pontos negativos e pontos positivos;<br>Sinalizar as perspectivas para o próximo encontro.   |
| <b>Material</b>        | Caixa de fósforos (palitos longos).   |
| <b>Desenvolvimento</b> | Formar círculo;<br>Solicitar que o participante por vez acenda o fósforo e enquanto a chama estiver acesa deve dizer os pontos negativos, os pontos positivos e as perspectivas para o encontro seguinte;<br>Atentar para fatores que possam apagar a chama mais rapidamente, tais como ventiladores e janelas abertas, por exemplo.  |
| <b>Duração</b>         | 30 minutos  |
| <b>Avaliação</b>       | Avaliaram o encontro positivamente?<br>Avaliaram o encontro negativamente?<br>Quais perspectivas foram sinalizadas para o próximo encontro? Encontram-se condizentes com a programação?<br>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões. |

Fonte: a autora.

#### 6.4.2 Comunicação, criatividade e habilidades para desenvolver técnicas pedagógicas participativas: desafios e possibilidades

A comunicação é originada do latim (*communis*) e significa “tornar comum”, portanto, não significa apenas informar ou emitir mensagem, mas faz-se necessário que o destinatário receba-a, analise-a, compreenda-a e emita *realimentação*, ou seja, retorno quanto ao que foi emitido, que aconteça interação de forma que em alguns momentos o emissor passe a ser receptor e o receptor passe a ser emissor, considerando o contexto no qual se encontram, o canal ou meio pelo qual a mensagem é conduzida, podendo ser verbal e não-verbal (BRASIL, 2009).

Esse momento foi planejado para proporcionar reflexão quanto às formas de comunicação e oportunidade de vivenciar situações que exigem comunicação com seus desafios e possibilidades, além possibilitar a integração, animação e relaxamento do grupo:

Quadro 07- Embarcando na comunicação

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Objetivo</b> | Descontrair/ Animar, relaxar e integrar o grupo;<br>Fomentar a reflexão e discussão acerca da comunicação e do trabalho em |
|-----------------|--|

|                        |  |
|------------------------|--|
|                        | equipe.  |
| <b>Material</b>        | Barbante; quatro suportes verticais para fixar o barbante; quatro tapetes (o número de tapetes deve corresponder a ¼ de participantes); música para harmonizar/agitar (sugestão: Beethoven 9th symphony/ disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=tpGSzH0Wlls">https://www.youtube.com/watch?v=tpGSzH0Wlls</a> ; ou Beethoven 5th symphony/ disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=kBpc3WZOubQ">https://www.youtube.com/watch?v=kBpc3WZOubQ</a> ); computador; projetor.   |
| <b>Desenvolvimento</b> | <p>Amarrar o barbante nos suportes verticais formando um retângulo com espaço suficiente para todos os participantes para simular um barco;</p> <p>Disponibilizar os tapetes identificados (pode ser com fita gomada) como botes salva-vidas dentro do barco;</p> <p>Convidar os participantes para embarcarem, explicando que a viagem é o cruzeiro da comunicação;</p> <p>Solicitar atenção para a condução de todas as etapas da viagem, pois as informações não poderão ser repetidas, nem poderão perguntar aos colegas;</p> <p>Todos devem tentar se comunicar, porém não podem utilizar palavras e devem usar criatividade para isso;</p> <p>Quando estiverem a bordo, todos devem cumprimentar-se sem palavras, mas com criatividade, expressando como está o seu dia e desejando boa viagem para todos;</p> <p>Estão navegando em mares calmos: o que fariam para aproveitar os momentos de calma?</p> <p>Percebam que se aproxima uma tempestade: o que fariam para alertarem os desatentos?</p> <p>Enfrentem a tempestade: o que fariam para protegerem-se da tempestade?</p> <p>O vento estava tão forte que fez o barco colidir com formações rochosas: e agora, o que fariam?</p> <p>O barco foi danificado (o espaço deve ser reduzido à metade) e está prestes a afundar: quais atitudes tomariam?</p> <p>(Nesse momento, observar se alguém pega bote salva-vidas e se divide o bote com outro (s) participante (s); se alguém pula na água; se alguém tenta consertar a embarcação, retornando os suportes verticais ao local original ou estirando o barbante nos suportes; se alguém envia sinal de socorro; etc.)</p> <p>Avistem um porto adiante, ainda há esperança: como tentariam chegar até ele?</p> <p>Fim de viagem: partilhem como se sentiram...</p> <p>Questões norteadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como se sentiram ao terem que se comunicar sem palavras?</li> <li>- Quais dificuldades/facilidades?</li> <li>- Conseguiram transmitir/compreender a mensagem uns dos outros?</li> <li>- Tinha alguém desatento quando foi avisado que uma tempestade se aproximava? O que foi feito para advertir essa pessoa? Ela conseguiu compreender a mensagem?</li> <li>- O que fizeram para protegerem-se da tempestade?</li> <li>- Quais atitudes tomaram quando o barco foi danificado?</li> <li>- Quem pegou primeiro o bote salva-vidas?</li> <li>- Não tinha botes em quantidade suficiente, quem conseguiu pegar partilhou com quem ficou sem bote?</li> <li>- Quem ficou sem bote tentou pedir ajuda?</li> <li>- Alguém que pegou bote chegou à terra firme? Se sim, como fez? Pensou em fazer alguma coisa para salvar o restante dos passageiros? Se sim, o que?</li> <li>- Alguém pulou na água para nadar até terra firme?</li> <li>- Alguém pensou em consertar a embarcação? Se sim, como?</li> <li>- Alguém enviou pedido de socorro? Se sim, como?</li> <li>- Todos agiram individualmente ou em equipe?</li> <li>- Qual a importância da comunicação para nosso trabalho diário?</li> <li>- Quais as formas de comunicação existem?</li> </ul> |
| <b>Duração</b>         | 1 hora   |
| <b>Avaliação</b>       | A dinâmica conseguiu descontraír/ animar, relaxar e integrar o grupo?<br>Fomentar a reflexão acerca da comunicação, do trabalho em equipe e do   |

|  |   |
|--|---|
|  | planejamento?<br>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões. |
|--|---|

Fonte: a autora.

A comunicação pode influenciar positivamente ou negativamente a construção do conhecimento, podendo facilitar ou dificultar o desempenho de criatividade e de habilidade para o desenvolvimento de práticas educativas, além de ser por meio dela que se revelam os objetivos, identificam-se valores socioculturais, compreendem-se os saberes científicos/populares/religiosos e norteiam-se as relações interpessoais favoráveis à aprendizagem. Por isso, faz-se importante identificar como acontece essa comunicação, quais seus elementos e funções para o bom êxito das práticas educativas desenvolvidas no âmbito da ESF:

QUADRO 08- Comunicação nossa de cada dia

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Objetivo</b>        | Identificar o conceito de comunicação, seus elementos, suas funções e como acontece o processo comunicativo no âmbito da ESF;<br>Refletir sobre a importância da comunicação adequada (com ênfase dos elementos adequados) para o desenvolvimento práticas educativas exitosas na ESF.  |
| <b>Material</b>        | Tarjetas contendo os “Elementos e Funções da Linguagem” (APÊNDICE K); Painéis de cartolinas coloridas contendo “Verdadeiro”, “Falso”, “Vivência” e “Explicação”; medalhas de honra ao mérito- ouro, prata e bronze (sugestão: confeccionar utilizando material descartável) (Primeiro Momento).<br>Vídeo: Elementos da comunicação (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=h45NGutYVAw">https://www.youtube.com/watch?v=h45NGutYVAw</a> ); Vídeo: Funções da linguagem (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=tXUA3-m7fbo">https://www.youtube.com/watch?v=tXUA3-m7fbo</a> ); computador; projetor. (Segundo Momento).<br>História em Quadrinhos: “Comunicação verticalizada: modelo tradicional ou autoritário” (ANEXO D); “Comunicação mecanicista: modelo populista ou manipulatório” (ANEXO E); “Comunicação circular: modelo dialógico-libertador” (ANEXO F) (Terceiro Momento).  |
| <b>Desenvolvimento</b> | <u>Primeiro Momento:</u><br>Dividir o grupo em três subgrupos;<br>Cada subgrupo por vez receberá uma tarjeta que pode conter uma afirmação verdadeira ou falsa ou conter uma pergunta relacionada à vivência ou solicitar que exemplifique tópicos que permeiam o processo de comunicação, devendo fixar a tarjeta no respectivo painel à medida que a comenta e caso o comentário seja adequado ganhará ponto;<br>Os outros subgrupos devem estar atentos para contestar e argumentar o que foi comentado pelo grupo anterior, pontuando quem melhor fizer uso da dialética, comentando adequadamente;<br>O grupo que mais pontuar ao final do processo será o vencedor e ganhará medalha de ouro, podendo escolher qual das histórias em quadrinhos prefere explorar; o grupo que ganhou medalha de prata escolhe por segundo; e o grupo que ficou com medalha de bronze fica com a última história em quadrinhos.<br><u>Segundo Momento:</u><br>Transmitir os vídeos “Elementos da comunicação” e “Funções da linguagem” para erradicar possíveis discordâncias entre os grupos relacionadas à etapa |

|                  |   |
|------------------|---|
|                  | <p>anterior, bem como esclarecer alguma questão que não conseguiram solucionar (as discussões e comentários devem acontecer de acordo com as dúvidas e problemáticas apontadas pelos participantes).</p> <p><u>Terceiro Momento:</u><br/> Entregar cópias da história em quadrinhos para os grupos respectivos (ANEXO D, E ou F);<br/> Cada grupo vai selecionar a forma como pretende explorar cada história em quadrinhos (pode ser através de dramatização, poesia, narrativa, recorte/colagem, pintura, dentre outras técnicas pedagógicas).</p>  |
| <b>Duração</b>   | Primeiro Momento: 1 hora e 30 minutos;<br>Segundo Momento: 30 minutos;<br>Terceiro Momento: 1 hora.   |
| <b>Avaliação</b> | Conseguiram identificar o conceito de comunicação?<br>Conseguiram identificar os elementos da linguagem?<br>Conseguiram identificar as funções da linguagem?<br>Conseguiram identificar como acontece o processo de comunicação na ESF?<br>As histórias em quadrinhos foram exploradas com criatividade e utilização de técnicas pedagógicas participativas?<br>A forma como foram exploradas auxiliou a reflexão sobre a importância da comunicação adequada para o desenvolvimento de práticas educativas na ESF?<br>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões. |

Fonte: a autora.

A criatividade está presente no nosso cotidiano e cada vez mais é exigida para a resolução de problemas que surgem no decorrer das práticas no âmbito da ESF. Embora muitos considerem que seja um dom ou acreditem que surja do nada, as inspirações mais criativas são resultantes de curiosidades, desafios, disposição e persistência, mostrando que todos podem carregar dentro de si essa capacidade para desenvolvê-la se tiverem boa vontade e dedicação. Esse momento foi planejado para proporcionar reflexão acerca de processos criativos e inovadores, além de mostrar que todos possuem capacidade para desenvolver alguma coisa e ensinar como outros podem fazer para desenvolver também, ressaltando que a habilidade é conseguida com a ousadia e perseverança:

**QUADRO 09- Desenvolvendo habilidade para ensinar/aprender: criatividade e expressões artísticas**

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Objetivo</b> | Refletir acerca da importância da criatividade e inovação ao desenvolver práticas de Educação em Saúde;<br>Conhecer as aptidões artísticas dos participantes e suas habilidades para ensinar/ aprender.   |
| <b>Material</b> | Vídeos “O que é criatividade”- André Alves (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Z0zp1sxa1-A">https://www.youtube.com/watch?v=Z0zp1sxa1-A</a> ) “A lagarta e a borboleta: da criatividade à inovação- Martha Gabriel (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=d9oAlsEBclI">https://www.youtube.com/watch?v=d9oAlsEBclI</a> ); computador; projetor. (Primeiro Momento);<br>Obs: Os participantes devem providenciar e trazer o material que será utilizado por eles, por isso essa atividade deve ser explicada com antecedência |

|                        |   |
|------------------------|---|
|                        | (APÊNDICE M) (Segundo Momento).   |
| <b>Desenvolvimento</b> | <p><b>Primeiro Momento:</b><br/>Reproduzir os dois vídeos;<br/>Questões orientadoras:<br/>- Qual a relação entre os dois vídeos?<br/>- Qual a diferença entre criatividade e inovação?<br/>- Por que precisamos de criatividade e inovação nas nossas práticas educativas?<br/>- O que fazer para desenvolver a criatividade e inovar nossas práticas de Educação em Saúde?</p> <p><b>Segundo Momento:</b><br/>Formar pares;<br/>Solicitar que cada participante por vez partilhe a sua arte com sua dupla, ensinando-o a fazer e deixar que ele experimente fazer;<br/>Quando as duplas terminarem o processo de ensinar/aprender suas artes deverão partilhar com todo grupo.<br/>Questões norteadoras?<br/>- Quais facilidades/dificuldades apresentadas ao “ensinar”?<br/>- Quais facilidades/dificuldades apresentadas ao “aprender”?<br/>- Como as dificuldades podem ser trabalhadas para potencializar seu ensino/aprendizagem?</p> |
| <b>Duração</b>         | Primeiro Momento: 1 hora;<br>Segundo Momento: 1 hora.   |
| <b>Avaliação</b>       | <p>Conseguiram identificar a importância da criatividade e da inovação para o desenvolvimento de práticas educativas na ESF?<br/>Apresentaram habilidade para “ensinar” sua aptidão artística para seu parceiro?<br/>Apresentaram habilidade para “ensinar” sua aptidão artística para o parceiro?<br/>Apresentaram habilidade para “aprender” a expressão artística do parceiro?<br/>Identificaram possibilidades de trabalhar as dificuldades que possuem para ensinar/aprender?<br/>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.</p>   |

Fonte: a autora.

Há várias maneiras de proporcionar processos participativos que favoreçam diálogo, reflexão e problematização, lembrando que o ponto de partida deve sempre ser a observação e desvelamento da realidade sociocultural, independente de como sejam denominadas, aqui receberam a classificação de Técnicas Pedagógicas Participativas, o mais importante é que ampliem a visão sobre as reais necessidades, instiguem motivação e mobilização para buscar soluções para os problemas identificados, viabilizando a emancipação e o controle social. Faz-se imprescindível que os participantes conheçam algumas orientações básicas e que atuem para conduzir processos educativos dentro dessa perspectiva:

QUADRO 10- Técnicas Pedagógicas Participativas: construindo o conhecimento

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Objetivo</b> | Aproximar os participantes dos aspectos metodológicos das Técnicas Pedagógicas Participativas;<br>Proporcionar aos participantes a experimentação das técnicas para o |
|-----------------|---|

|                        |   |
|------------------------|---|
|                        | desenvolvimento de habilidades para conduzir práticas educativas participativas.  |
| <b>Material</b>        | Panfleto “Técnicas Pedagógicas Participativas” (ANEXO G)  |
| <b>Desenvolvimento</b> | <p>Dividir o grupo em quatro subgrupos;<br/> Distribuir os panfletos contendo as “Técnicas Pedagógicas Participativas”;<br/> Sortear entre os subgrupos os conteúdos: “Técnicas Vivenciais”, “Técnicas com Atuação”, “Técnicas Audiovisuais” e “Técnicas Visuais”.</p> <p>Cada subgrupo deve escolher uma forma criativa para apresentar seu conteúdo, de preferência que seja condizente com as respectivas técnicas.</p> <p>Questões norteadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as principais técnicas participativas de construção do conhecimento?</li> <li>- Além dessas, quais outras técnicas participativas podem ser identificadas?</li> <li>- Quais objetivos e aplicabilidade de cada uma dessas técnicas?</li> <li>- Qual a relação dessas técnicas com os princípios norteadores da PNEPS-SUS?</li> <li>- Quais dificuldades/possibilidades de utilização dessas técnicas no desenvolvimento das práticas educativas na ESF?</li> </ul> |
| <b>Duração</b>         | 1 hora e 30 minutos.  |
| <b>Avaliação</b>       | <p>Conseguiram apresentar sua técnica participativa de forma criativa, contribuindo assim para o desenvolvimento de habilidade?</p> <p>Conseguiram identificar os objetivos e aplicabilidade das técnicas participativas?</p> <p>Conseguiram relacionar as técnicas participativas com os princípios norteadores da PNEPS-SUS?</p> <p>Conseguiram identificar dificuldades/possibilidades de utilização dessas técnicas no desenvolvimento das práticas educativas na ESF?</p> <p>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.</p>  |

Fonte: a autora.

Ao finalizar o dia de atividade é valorativo que as atividades sejam avaliadas, que sejam identificadas as contribuições do que foi visto e experienciado para a ressignificação do fazer Educação em Saúde, e ainda conhecer como pretendem reconstruir as práticas educativas usualmente desenvolvidas na ESF dentro da perspectiva de participação e libertação:

QUARO 11- Práticas educativas participativas: raízes, folhas e frutos.

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Objetivo</b>        | Avaliar as contribuições das atividades desenvolvidas no dia para a ressignificação das práticas educativas na ESF;<br>Identificar as perspectivas de reconstrução das práticas educativas de acordo com a PNEPS-SUS.  |
| <b>Material</b>        | Música para harmonizar (Sugestão: “Tocando em frente” - Almir Sater & Renato Teixeira; disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=TlfVNCkckH4">https://www.youtube.com/watch?v=TlfVNCkckH4</a> ); computador; projetor; recortes em formato de maçãs, folhas e em formato de raízes; desenho do tronco de uma árvore em papel madeira; fita gomada.   |
| <b>Desenvolvimento</b> | Colocar música para harmonizar (Tocando em frente)<br>Entregar os recortes em formato de raízes e solicitar que descrevam o que aprenderam nas atividades desenvolvidas no dia que contribuíram para ressignificação das práticas educativas no âmbito da ESF;<br>Entregar os recortes de folhas e solicitar que escrevam as contribuições que podem ofertar para a reconstrução das práticas educativas de acordo com o |

|                  |   |
|------------------|---|
|                  | <p>que é preconizado pela PNEPS-SUS;<br/>         Entregar os recortes das maçãs e solicitar que relatem os frutos que pretendem colher com essa reconstrução das práticas de Educação em Saúde.<br/>         Fixar os recortes das partes da árvore com fita gomada no painel que contém o troco da árvore, completando-a;<br/>         Fazer a síntese do que aprenderam, das contribuições que pretendem ofertar e possíveis frutos que colherão.</p>  |
| <b>Duração</b>   | 30 minutos  |
| <b>Avaliação</b> | <p>Descreveram todas as atividades desenvolvidas no dia de encontro como contribuição para ressignificação das práticas educativas na ESF?<br/>         Conseguiram descrever as contribuições que pretendem ofertar dentro da perspectiva da PNEPS-SUS?<br/>         Identificaram os possíveis frutos que colherão a partir dessa reconstrução das práticas de Educação em Saúde?<br/>         Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.</p> |

Fonte: a autora.

#### 6.4.3 Papel do educador em saúde para o fortalecimento do trabalho em equipe e construção do protagonismo popular

A construção do protagonismo popular requer além de união, participação e cooperação, disposição para dar e receber apoio, discernimento para enfrentar as dificuldades da trajetória, ânimo para eliminar a inércia, mobilização para romper com a estagnação e a inoperância, criatividade para reinventar o cotidiano, amorosidade para fortalecer o vínculo, compromisso com a dimensão integral do ser humano, enfim, coragem para legitimar a luta por melhores condições de vida e saúde. É nessa perspectiva que esse ritual foi pensado, para que a sensibilidade possa ser aflorada:

QUADRO 12- Cerimonial da participação, união e cooperação

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Objetivo</b>        | Sensibilizar os participantes para o desenvolvimento de trabalho em grupo, importância da união e da cooperação.  |
| <b>Material</b>        | <p>Recortes de cartolina com formato de círculo, retângulo, quadrado, triângulo, coração, infinito, seta, etc.; redoma de vidro; pincéis coloridos; painel de cartolina com a frase “Desejo Ofertar” e outro com “Desejo Receber”; fita gomada; música/vídeo (Sugestão: Duplo eterno- Tim e Vanesa; disponível em <a href="https://www.youtube.com/watch?v=4Ev40xUqAms">https://www.youtube.com/watch?v=4Ev40xUqAms</a>); computador; projetor (Primeiro Momento);<br/>         Mensagem (Sugestão: “Cerimonial de participação, união e cooperação” (APÊNDICE L)); Música: “Te ofereço paz”- Grupo Arte Nascente (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=xpmE13o3xEs">https://www.youtube.com/watch?v=xpmE13o3xEs</a>) (Segundo Momento).<br/>         Vídeo motivacional: “Trabalho em equipe: juntos fazemos mais e melhor”- Antônio de Lisboa Junior (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=twg9SCt76UE">https://www.youtube.com/watch?v=twg9SCt76UE</a>).</p> |
| <b>Desenvolvimento</b> | <u>Primeiro Momento:</u>  |

|                  |   |
|------------------|---|
|                  | <p>Cadeiras em círculo e música para harmonizar (Sugestão: “Duplo eterno”- Tim e Vanessa); pode ser colocada na função de repetir para proporcionar relaxamento e tornar-se um mantra; pode ser utilizado incenso e velas para dar ao ambiente aspecto ritualístico;</p> <p>Disponibilizar no centro uma redoma de vidro com recortes em cartolina com formato de círculo, retângulo, quadrado, triângulo, coração, infinito, seta, etc. e pincéis coloridos;</p> <p>Solicitar que escolham recortes de cartolinas (nos formatos e quantidades que desejarem) para escrever o que estão dispostos a ofertar e a receber durante o encontro;</p> <p>Socializar, de modo que cada participante explique o deseja ofertar e o que deseja receber, explicando a escolha do formato da cartolina e pregar no painel correspondente “Desejo Ofertar” e “Desejo Receber”;</p> <p><u>Segundo Momento:</u></p> <p>Convidar todos para ficarem em pé e dar as mãos, formando um círculo de modo que a mão direita fique por cima e a esquerda para baixo;</p> <p>Realizar o pronunciamento: “Cerimonial de participação, união e cooperação”- Lembrando que não precisa necessariamente ser feita a leitura, o facilitador pode tomar como base e enunciar com suas próprias palavras, importante que a mensagem seja de participação, união e cooperação;</p> <p>Solicitar que todos fechem os olhos e meditem a música “Te ofereço paz”- Grupo Arte Nascente (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=xpmE13o3xEs">https://www.youtube.com/watch?v=xpmE13o3xEs</a>);</p> <p>Da segunda vez o facilitador pode recitar os versos (Te ofereço paz/ Te ofereço amor/ Te ofereço amizade/ Ouço tuas necessidades/ Vejo tua beleza/ Sinto os teus sentimentos/ Minha sabedoria flui/ De uma fonte superior/ E reconheço esta fonte em ti/ Trabalhem juntos, trabalhem juntos...) para que os participantes possam repetir, cantando todos juntos e sentindo que diz a letra;</p> <p>Convidar para que todos digam em uma única voz o que desejam ofertar e posteriormente o que desejam receber durante o encontro.</p> <p>Encerrar com o vídeo motivacional “Trabalho em equipe: juntos fazemos mais e melhor”.</p> |
| <b>Duração</b>   | 1 hora  |
| <b>Avaliação</b> | <p>Conseguiram registrar o que pretendiam ofertar e o que desejam receber fazendo a relação adequada com o formato dos recortes de cartolina selecionados?</p> <p>Quais palavras foram registradas como “Desejo ofertar” e “Desejo receber”? (Verificar a disponibilidade do grupo para participação, união e cooperação)</p> <p>O conteúdo da mensagem “Cerimonial de participação, união e participação” encontra-se alinhado com o objetivo da dinâmica?</p> <p>A música “Te ofereço paz” proporcionou reflexão quando a importância de doar e receber, auxiliando a sensibilização quando à participação, união e cooperação?</p> <p>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.</p>   |

Fonte: a autora.

Os trabalhadores de saúde ao se confrontarem com práticas originadas do saber popular acabam ignorando-as ou excluindo-as, isso acontece devido à formação técnico científica biologicista construída historicamente. No entanto, dentro da perspectiva dialógica-libertadora de construção do aprendizado, as práticas populares de cuidado têm sido integradas ao saber científico e produzido respostas

aos desafios socioeconômicos e determinantes do adoecimento a partir do reconhecimento da ancestralidade, da interpretação que fazem do mundo, de vivências e dos valores culturais e artísticos, revelando-se parceria importante para a ressignificação do fazer saúde:

QUADRO 13- Conhecimento científico e conhecimento popular: opostos ou complementares?

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Objetivo</b>        | Refletir sobre a importância da integração entre conhecimento científico e popular para o processo educativo e assistencial na ESF pautado na visão holística do cuidado e no protagonismo dos sujeitos.  |
| <b>Material</b>        | Cópia das frases “Conhecimento científico e popular: produção de práticas educativas dialógicas e libertadoras” (APENDICE M) em folhas de papel A4 que deve ser enroladas uma após a outra (formando tipo um repolho); música (Sugestão: “Cirandas”- Intérprete Mariene de Castro; disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=i_pUMESd18g">https://www.youtube.com/watch?v=i_pUMESd18g</a> ) (Primeiro Momento). Papel madeira com as questões orientadoras; pincéis anatômicos (Segundo Momento)  |
| <b>Desenvolvimento</b> | <p><u>Primeiro Momento:</u><br/>Formar um círculo e enquanto tocar a música o repolho contendo as frases “Conhecimento científico e popular: produção de práticas educativas dialógicas e libertadoras” deve passar de mão em mão, sendo que quando a música for interrompida a pessoa que ficou segurando-o deverá retirar uma folha contendo a afirmativa, vai responder se é verdadeira ou falsa e explicar a sua resposta;<br/>O facilitador deverá após cada resposta e explicação perguntar a opinião do grupo e instigar a análise e discussão.</p> <p><u>Segundo Momento:</u><br/>Instigar a discussão das questões norteadoras;<br/>Registrar a síntese das respectivas respostas nos painéis contendo as questões norteadoras.<br/>Questões orientadoras:<br/>- Como as manifestações culturais e artísticas podem contribuir com as práticas educativas e com a produção de cuidado na ESF?<br/>- Dentro do território de atuação da ESF quais atores de práticas populares podem ser identificados?<br/>- Elaborar estratégias para abordar/ convidar esses atores para o planejamento de práticas educativas em saúde e produção do cuidado.</p> |
| <b>Duração</b>         | Primeiro Momento: 1 hora<br>Terceiro Momento: 30 minutos  |
| <b>Avaliação</b>       | O “repolho” informativo sobre conhecimento científico e popular conseguiu fomentar a reflexão acerca da importância da integração dos saberes?<br>Conseguiram identificar como as manifestações culturais e artísticas podem contribuir para o processo educativo e produção de saúde na ESF?<br>Conseguiram identificar os atores de práticas populares residentes no território de atuação da ESF?<br>Conseguiram elaborar estratégias para abordagem/ convite desses atores para o planejamento de práticas educativas e produção do cuidado?<br>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.  |

Fonte: a autora.

A participação social foi normatizada através da Lei Nº 8.142/1990 para que a população tivesse a garantia de sua presença na gestão do SUS, porém ao

longo das últimas décadas essa “participação” ainda tem se apresentado timidamente ao ponto que em 2014 criou-se a Política Nacional de Participação Social (PNPS) com o Decreto Nº 8.243, com o intuito de possibilitar o diálogo entre o governo federal e a população civil através de mecanismos para definição em conjunto da agenda governamental, bem como da formulação, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação de programas e políticas públicas (BRASIL, 2014). Mesmo assim, o conhecimento e apropriação dessas informações continuam sendo uma necessidade para a efetivação da participação social nas decisões e desenvolvimento do exercício da cidadania:

QUADRO 14- Cidadania, participação social e saúde: o que temos e o que queremos?

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Objetivo</b>        | Refletir sobre os conceitos de participação social e cidadania e relação que possuem com a saúde da população.   |
| <b>Material</b>        | <p>Tarjetas de cartolina; papel madeira; pincéis anatômicos; fita gomada (Primeiro Momento);</p> <p>Vídeos: “Lei 8.142”- Concurseiros da saúde (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=4fUXhgPShN0">https://www.youtube.com/watch?v=4fUXhgPShN0</a>); “Quem tem medo de Participação Social?” – Marcos Botelho (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=abCDuluelkY">https://www.youtube.com/watch?v=abCDuluelkY</a>) e “O que é cidadania?” - Marcio Bordin (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Ar9HMYZIIDk">https://www.youtube.com/watch?v=Ar9HMYZIIDk</a>); computador; projetor; questões orientadoras; “Cidadania, participação social e saúde: o que temos e o que queremos?” (APÊNDICE N) (Segundo Momento);</p> <p>Leitura complementar: Política Nacional de Participação Social (Disponível em: <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm</a>; e <a href="http://www.museus.gov.br/wp-content/uploads/2014/10/CartilhaPNPS1.pdf">http://www.museus.gov.br/wp-content/uploads/2014/10/CartilhaPNPS1.pdf</a>).</p>  |
| <b>Desenvolvimento</b> | <p><u>Primeiro Momento:</u></p> <p>Círculo de Cultura “Cidadania e participação social”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palavras Geradoras- Solicitar que definam cidadania e participação social em palavras que serão dispostas com pincéis anatômicos em tarjetas que serão fixadas com fita gomada no papel madeira, formando um painel, no qual as palavras similares deverão ser acopladas;</li> <li>- Tematização- Provocar a codificação e decodificação das palavras geradoras, buscando a compreensão da realidade e a capacidade de intervir sobre ela;</li> <li>- Problematização: Discutir os problemas surgidos e elaborar estratégias para solucioná-los.</li> </ul> <p><u>Segundo Momento:</u></p> <p>Transmitir os vídeos “Lei 8.142”, “Quem tem medo de Participação Social?” E “O que é cidadania?”</p> <p>Questões norteadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação social pode ser compreendida como “fazer parte”, “ter parte de algo” e “tomar parte de algo”- qual a diferença entre essas três formas de conceituar?</li> <li>- Como acontece a participação social no âmbito das ações desenvolvidas na ESF?</li> <li>- Cidadania, participação social e saúde: o que temos e o que queremos? (Disponibilizar o ANEXO H para que os participantes possam assinalar as figuras com um círculo, de acordo com as instruções do impresso).</li> <li>- Qual a relação entre participação social, cidadania e a saúde da população?</li> <li>- Solicitar que relacionem o que foi abordado no Círculo de Cultura ao que foi visualizado nos vídeos.</li> </ul> |

|                  |  |
|------------------|--|
|                  | Disponibilizar o <i>link</i> da Política Nacional de Participação Social para que os estudos possam ser aprofundados.  |
| <b>Duração</b>   | Primeiro Momento: 1 hora;<br>Terceiro Momento: 30 minutos.   |
| <b>Avaliação</b> | Conseguiram identificar os conceitos de cidadania e participação social?<br>Conseguiram tematizar as palavras geradoras considerando a realidade na qual se encontram inseridos?<br>Conseguiram problematizar e elaborar estratégias viáveis para superação dos problemas identificados?<br>Conseguiram diferenciar as três formas de conceituar participação social (“fazer parte”, “ter parte de algo” e “tomar parte de algo”)?<br>Identificaram como acontece a participação social no âmbito da ESF?<br>Conseguiram relacionar participação social e cidadania e sua importância para a saúde da população?<br>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões. |

Fonte: a autora.

Desde que o homem descobriu a capacidade de pensar antes de agir, fazer planos começou a existir e atualmente tem se tornado uma necessidade em todas as áreas de atuação para garantir operacionalização que possibilite que os objetivos sejam alcançados e que os resultados sejam os melhores possíveis. Esse momento foi pensado para identificar como os participantes percebem o planejamento das práticas educativas no cotidiano da ESF, entender as formas de planejamento existentes e suas fases, refletir acerca do papel do trabalhador de saúde enquanto educador e protagonista das práticas educativas libertadoras, além de desafiá-los na elaboração de estratégias para serem desenvolvidas com a comunidade, disseminando a ideia do planejamento participativo das ações de Educação em Saúde, embrião para a reconstrução dessas práticas no âmbito da ESF:

QUADRO 15- Planejar ou improvisar: decisão que teremos que tomar!

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Objetivo</b> | Identificar como acontece o planejamento das práticas educativas no cotidiano da ESF;<br>Conceituar planejamento e identificar suas etapas, enfatizando a importância do planejamento participativo para o desenvolvimento de práticas educativas na ESF;<br>Analisar e discutir o papel do trabalhador de saúde enquanto protagonista de práticas educativas participativas;<br>Elaborar estratégias para disseminar a temática do planejamento participativo das práticas educativas com a comunidade. |
| <b>Material</b> | Papel A4; tinta guache; pincéis para aquarela; revistas; tesoura; cola; cartolina; papel madeira (depende da criatividade do participante) (Primeiro Momento);<br><i>Slides</i> “Planejamento de práticas educativas na ESF” (APÊNDICE O); computador; projetor; questões orientadoras (Segundo Momento).  |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Desenvolvimento</b> | <p><u>Primeiro Momento:</u><br/>Solicitar que expressem de forma criativa (Sugestão: texto/ narrativa, cordel/ poesia, desenho/pintura, recorte/colagem, dentre outras técnicas participativas) sobre como é desenvolvido o planejamento das práticas de Educação em Saúde na ESF;<br/>Dividir em dois subgrupos para que possam partilhar como acontece o planejamento dessas práticas- cada subgrupo deve preparar uma síntese em painel que será apresentada em plenária (Primeiro Momento);</p> <p><u>Segundo Momento:</u><br/>Realizar exposição dialogada com roda de conversa sobre “Planejamento de práticas educativas na ESF”;<br/>Questões orientadoras:<br/>- Qual a diferença entre planejar e improvisar?<br/>- O que compreendem por planejamento de práticas educativas?<br/>- Quais as formas de planejamento existentes?<br/>- Qual a forma de planejamento para as práticas educativas usualmente desenvolvidas na ESF?<br/>- Quais as perspectivas para o planejamento das práticas educativas no âmbito da ESF?<br/>- Qual o papel do trabalhador em saúde enquanto educador e protagonista de práticas educativas participativas?</p> <p><u>Terceiro Momento:</u><br/>Elaborar estratégias para desenvolvimento de atividade com a comunidade com o objetivo de divulgar e construir o planejamento participativo de práticas educativas libertadoras;<br/>Ressaltar que esse primeiro momento é para elaborar estratégias com objetivo de disseminar a ideia de realização do planejamento participativo das práticas educativas de acordo com os ideais da PNEPS-SUS e com a metodologia que foi apresentada ao longo do encontro;<br/>As estratégias devem ser permeadas de práticas pedagógicas participativas, podendo ser desenvolvidas individualmente ou em formato de oficina, aglutinando várias dessas técnicas, tais como:<br/>- vivenciais (descontração/animação, relaxamento, integração e formação participativa), neste caso será preciso definir ou criar a prática, descrever desenvolvimento, questões norteadoras, materiais necessários e definir responsabilidades; e /ou<br/>- com atuação e musicalidade (apresentação teatral/teatro de bonecos, neste caso, esse momento seria para a construção do enredo, definir papéis, decidir colaboração dos outros integrantes, materiais necessários; dança, repente e paródia musical, sendo o momento destinado para elaboração ou composição coletiva, dentre outras definições); e/ ou<br/>- audiovisuais (filme/vídeo, neste caso seria para seleção e elaboração de questões norteadoras; caso escolham exposição dialogada/roda de conversa, seria o momento para elaboração dos <i>slides</i> e questões norteadoras); e/ ou<br/>- visuais (recorte e colagem/produção de painel, desenho/pintura, texto/narrativa, cordel/poesia e panfleto/jornal), sendo o momento para preparação de como seriam desenvolvidas, definição de materiais, divisão de responsabilidades ou composição/ desenvolvimento para que fossem apresentadas.<br/>O importante é que essa atividade com a comunidade proporcione análise e discussão e diagnósticos de problemas educativos, estabelecimento de prioridades, sugestões de estratégias para solucioná-los, que guiem o plano de ação de práticas libertadoras, definição de como, quando e onde serão executadas, bem como propostas de como serão avaliadas (esses tópicos serão desenvolvidos durante a prática na comunidade).</p> |
| <b>Duração</b>         | <p>Primeiro Momento: 1 hora;<br/>Segundo Momento: 1 hora;<br/>Terceiro Momento: 1 hora.</p>  |
| <b>Avaliação</b>       | <p>Conseguiram expressar de forma criativa como acontece o planejamento das práticas educativas na ESF?</p>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Compreenderam a diferença entre planejar e improvisar?<br/>         Conseguiram identificar as formas de planejamento existentes?<br/>         Pontuaram as perspectivas para as práticas educativas na ESF?<br/>         Identificaram o papel do trabalhador de saúde enquanto educador e protagonista de práticas libertadoras?<br/>         Conseguiram elaborar as estratégias para disseminação da ideia do planejamento participativo das práticas educativas, bem como para seu desenvolvimento?<br/>         Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.</p> |
|--|---|

Fonte: a autora.

Esse momento de finalização do encontro foi pensado para ultrapassar o processo avaliativo, mas para proporcionar reflexão acerca de todo o aprendizado construído em equipe, através do diálogo e da problematização, e principalmente lembrar que foi apenas o início, que será no cotidiano que o processo de trabalho, que o planejamento das práticas educativas precisa ser reconstruído, de forma que culminem em ressignificação e transformação, sendo para isso indispensável que todos os participantes assumam esse compromisso em consonância com a PNEPS-SUS:

QUADRO 16- Esse não é o final: apenas começamos...

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Objetivo</b>        | <p>Refletir acerca do conhecimento construído no encontro e da importância de que seja reconstruído diariamente e disseminado com outros atores;<br/>         Avaliar a experiência do trabalho em equipe e do processo de ensino-aprendizagem dialógico libertador;<br/>         Sinalizar compromisso com a disseminação do planejamento participativo e da reconstrução das práticas educativas na ESF em consonância com a PNEPS-SUS.</p>   |
| <b>Material</b>        | <p>Música/Vídeo “Como uma onda no mar”- Lulu Santos (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=KbJ3oZyAiDk">https://www.youtube.com/watch?v=KbJ3oZyAiDk</a>); computador; projetor; papel A4 (Primeiro Momento);<br/>         Papel A4; envelope; canetas esferográficas; cola para papel; vídeo motivacional: “Trabalho em equipe - os desafios e conquistas do trabalho em equipe”- Mammute Desenvolvimento Humano (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=lo5JgWUFZ54">https://www.youtube.com/watch?v=lo5JgWUFZ54</a>) (Segundo Momento)<br/>         Vídeo “Temos muito ainda por fazer”- Legião Urbana (Disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=XQc3lkj32dc">https://www.youtube.com/watch?v=XQc3lkj32dc</a>) (Terceiro Momento).</p>                                    |
| <b>Desenvolvimento</b> | <p><u>Primeiro Momento:</u><br/>         Música para harmonizar e refletir (Como uma onda no mar);<br/>         Formar um círculo;<br/>         Distribuir a folha de papel A4 e solicitar que amassem o máximo que puder;<br/>         Solicitar que desamassem o papel tentando deixa-lo da forma que era antes;<br/>         Refletir que da mesma forma que o papel, eles também se encontram diferentes de quando iniciaram o encontro e que jamais serão como antes;<br/>         Partilhar rapidamente como se sentiram ao chegar e como estão se sentindo ao final do processo de ensino-aprendizagem dialógico e libertador.<br/> <u>Segundo Momento:</u><br/>         Reproduzir o vídeo motivacional: “Trabalho em equipe- os desafios e conquistas do trabalho em equipe” e solicitar que reflitam sobre ele;</p> |

|                  |  |
|------------------|--|
|                  | <p>Entregar folha A4 e envelope;<br/>Solicitar que escrevam uma carta contando o que acharam do encontro de Resignificação/Reconstrução das práticas educativas na ESF, registrando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que aprenderam e como colocarão esse aprendizado em prática;</li> <li>- O que gostariam de ter aprendido e como poderão viabilizar essa busca pelo conhecimento;</li> <li>- Pontos positivos e negativos;</li> <li>- Sugestões para os próximos encontros.</li> </ul> <p>Solicitar que coloquem a carta dentro do envelope, preenchendo seu verso com o próprio nome e endereço, ou seja, serão eles próprios os destinatários; O Facilitador deverá responsabilizar-se pelo envio das cartas um mês após esse primeiro encontro;</p> <p>Lembrar que seria importante que o grupo continuasse trabalhando em equipe, fecundando as sementes plantadas no encontro, pois foi apenas o começo e ainda há muito por fazer para a reconstrução das práticas educativas na ESF.</p> <p><u>Terceiro Momento:</u></p> <p>Reproduzir o vídeo “Temos muito ainda por fazer” e deixar na função repetir; Ficar em círculo e dar as mãos, mentalizando quem ficou à direita e que ficou à esquerda;</p> <p>Solicitar que soltem as mãos e passem pela sala;</p> <p>Ressaltar que o encontro foi apenas início, mas que ainda há muito o que fazer;</p> <p>Lembrar que em alguns momentos estarão atuando cada um nos seus campos de atuação, mas que jamais serão como antes;</p> <p>Não estarão sozinhos para o enfrentamento das adversidades e solicitar que parem no local onde se encontra;</p> <p>Pedir que continuem onde pararam e tentem dar a mão a quem se encontrava à sua direita e a quem se encontrava à sua esquerda (as mesmas mãos do início da atividade);</p> <p>O máximo que podem fazer é esticar os braços e mover as pernas para alcançar sem no entanto, modificar a posição que se encontram;</p> <p>Formará um emaranhado que será relacionado às dificuldades que enfrentarão ao trilharem o caminho para reconstrução das práticas educativas, mas juntos, de mãos dadas (não pode soltar as mãos) com a contribuição de todos conseguirão encontrar saídas e terminar unidos como no início da dinâmica;</p> <p>Continuar de mãos dadas e cantar a música (E nossa história/ Não estará/ Pelo avesso assim/ Sem final feliz/ Teremos coisas bonitas pra contar/ E até lá/ Vamos viver/ Temos muito ainda por fazer/ Não olhe pra trás/ Apenas começamos/ O mundo começa agora/ Apenas começamos);</p> <p>Aplaudir o momento e encerrar com abraços.</p> |
| <b>Duração</b>   | <p>Primeiro Momento: 20 minutos;<br/>Segundo Momento: 20 minutos;<br/>Terceiro Momento: 20 minutos.</p>  |
| <b>Avaliação</b> | <p>Conseguiram refletir acerca das transformações pessoais e coletivas proporcionadas pela resignificação de como desenvolver as práticas educativas na ESF?</p> <p>Conseguiram avaliar o processo de ensino-aprendizagem, registrando o que aprenderam, o que gostariam de ter aprendido, os pontos positivos e negativos?</p> <p>Sinalizaram compromisso com o planejamento e desenvolvimento de práticas educativas em consonância com a PNEPS-SUS?</p> <p>Obs: Essas questões devem ser respondidas pelos participantes em formulários ao final de cada dia de encontro, seguidas por alternativas Sim, Não e Parcialmente, seguidas de espaço para Observação, Críticas, Elogios e Sugestões.</p>   |

Fonte: a autora.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Pesquisa-intervenção foi construída a partir de Círculos de Culturas organizados em três momentos com objetivos específicos: o primeiro com o intuito de conhecer os saberes e práticas dos trabalhadores de saúde da ESF acerca de Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde; o segundo para aproximá-los dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS; e o terceiro, foram trabalhadas as Técnicas Pedagógicas Participativas para identificar o conhecimento e a experiência que possuíam com ações educativas, tornando-se importante orientador para o plano reconstrução das práticas de Educação em Saúde no cenário da ESF.

Os saberes e práticas dos trabalhadores de saúde acerca de Educação em Saúde na ESF encontraram-se em alguns momentos permeados pelas próprias experiências enquanto educandos e relacionadas ao “modelo tradicional ou autoritário”, marcado pela culpabilidade do sujeito quanto às falhas no aprendizado, assimetria entre quem ensina e quem deve aprender, ressaltando a falta de autonomia do educando. Acredita-se que devido a essas vivências e ao processo de formação biologicista dos profissionais de saúde, perpetua-se a tendência de reprodução do caráter normativo e prescritivo no âmbito da ESF, quando a transmissão do conhecimento faz-se presente através das orientações do que fazer para evitar doenças e ter saúde, sendo os usuários responsabilizados pela falta de êxito de alguns programas como o de imunização com o não alcance de metas vacinais e as falhas no combate ao *Aedes aegypti*, como os citados por alguns participantes que seria compreensível que nesses casos fossem usadas medidas coercitivas.

Quanto aos fatos supracitados, outros participantes entendiam que a coerção não seria a melhor alternativa por desencadear ações desumanas e sofrimentos, de acordo com experiências pessoais, sendo o conhecimento e a conscientização instrumentos mais viáveis e que deveriam ser viabilizados pelos profissionais de saúde através de ações educativas. Nesse mesmo contexto foram identificadas limitações relacionadas às atividades de Educação em Saúde, tais como a forma como essas práticas estavam sendo desenvolvidas no âmbito da ESF, transitando entre os “modelos autoritário e populista”, sem que a análise e reflexão fossem instigadas para a reconstrução dos saberes e práticas, desconsiderando os

valores socioculturais e sem que as inovações tecnológicas fossem esclarecidas mediante estudos que evidenciassem a segurança na utilização.

A “educação populista” foi compreendida pelos participantes como forma de ludibriar os indivíduos para que pensassem que pertenciam ao processo e aceitassem o que estava sendo dito, remetendo-se aos fatos políticos que fizeram parte da história do Brasil e que ainda se encontram bastante presente na conjuntura atual.

No cenário da ESF, apontaram a existência da “educação manipulatória” durante as práticas de Educação em Saúde partem da tentativa dos profissionais, enquanto detentores do conhecimento, convencer os usuários através de orientações acerca de mudanças de hábitos, como se essas medidas fossem bastassem para aquisição ou manutenção da saúde, sem considerar todo o contexto, tais como determinantes sociais que causam o adoecimento. Nesse sentido, apesar de alguns apontarem que essas orientações contribuíam para o não adoecimento e saúde da população, outros consideravam que essas práticas não apresentavam êxito, questionando se apenas informar estava sendo suficiente e que precisavam buscar conhecimentos para o desenvolvimento de práticas educativas que favorecessem a participação e o aprendizado.

Outro enfoque marcante quanto ao aspecto “manipulatório” no contexto da ESF foi a percepção de que não apenas os profissionais tentam manejar os usuários, mas também se sentem manipulados por estes em algumas situações, bem como pela gestão quando são cobrados para que metas sejam atingidas, sendo que todas essas relações geram desconfortos e insatisfações.

Quanto à “educação dialógica-libertadora”, reconheciam Paulo Freire como revolucionário por ter inovado com a pedagogia dialógica, proporcionando reflexão e libertação através da participação e da construção coletiva do conhecimento. Consideraram essa forma de desenvolver ensino-aprendizagem mais proveitoso por proporcionar horizontalidade e exigir que os sujeitos pensem, envolvendo-os no processo. A partir da problematização dessa conjuntura percebeu-se mudança de postura de alguns participantes que no início mostraram-se adeptos do modelo tradicional, quando se questionaram quanto às práticas educativas que desenvolviam na ESF, se consideravam o conhecimento prévio dos participantes relacionado às temáticas e se estas eram de interesse deles, se realmente prestavam atenção e estavam participando.

Outro avanço proporcionado pela intervenção foi a percepção de que “modelo biomédico”, com seu enfoque diagnóstico e medicamentoso, continuava vigorando no cenário da ESF através da utilização intensificada dos serviços médicos-assistenciais em detrimento do reconhecimento dos determinantes sociais do adoecimento, das atividades de promoção da saúde e da busca por melhor qualidade de vida. Nesse contexto, consideravam-se corresponsáveis pelo desenvolvimento de processos educativos que poderiam ser exitosos para o fortalecimento do modelo centrado na pessoa, enxergando a necessidade de busca de conhecimento e desenvolvimento de habilidade para realização de práticas educativas que favorecessem a escuta, o diálogo, a troca de experiências, a problematização, o empoderamento e a resolução dos problemas identificados.

Compreendiam o “modelo centrado na pessoa” como aquele que não enxerga a pessoa doente e não a doença, e dessa forma ultrapassava o diagnóstico e a cura, enfocando também a prevenção e a promoção da saúde, além de vantagens como a melhoria do acesso e o caráter multidisciplinar. Sabe-se que para que o modelo centrado na pessoa consiga atingir seus objetivos, muito ainda precisa ser feito, principalmente no que tange à transformação de mentalidade e comportamento por parte dos trabalhadores de saúde e dos usuários, reorganização do processo de trabalho envolvendo as famílias e comunidade e funcionalidade adequada da RAS.

Quanto ao quesito de aproximar os participantes dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS, destaca-se como imprescindível a utilização do Círculo de Cultura como matriz pedagógica para intervenção, e de grande valia o empregando figuras para tematização por facilitar e suscitar reflexão acerca das próprias experiências, compreensão da própria realidade, reconhecimento das limitações e das potencialidades para intervir criticamente sobre os problemas identificados. Registra-se que embora desconhecessem os princípios orientadores da PNEPS-SUS, percebiam que muitos aspectos eram desenvolvidos intuitivamente no cotidiano da ESF e que apresentavam interesse conhecer e sistematizar para que funcionassem em maior plenitude.

Compreendiam adequadamente o “diálogo”, enquanto princípio orientador da PNEPS-SUS, como troca de saberes e experiências que proporcionam construção coletiva de novos saberes a partir da reflexão, que necessitava de participação e interesse para que acontecesse adequadamente, sendo

indispensável a capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de práticas problematizadoras e emancipatórias. A maioria acreditava que o “diálogo” encontrava-se presente entre eles e entre os trabalhadores de saúde e a comunidade, sendo que entre gestão e trabalhadores de saúde e gestão e comunidade praticamente inexistia comunicação, e quando acontecia era de forma verticalizada, seguindo o modelo gerencial hegemônico. Apontaram como consequência dessa falta de diálogo a inoperância do sistema que causava inúmeros transtornos, dentre eles a insatisfação dos usuários mediante a política de favorecimento que circunda o serviço de marcação de exames e encaminhamentos para serviços especializados.

O princípio da “amorosidade” foi inter-relacionado pelos participantes à união, ao respeito pelo outro e pelas diferenças de pensamentos e saberes, ao abandono de julgamentos de valores, superação de preconceitos e compreensão da diversidade étnica, religiosa, cultural e sexual. Apontaram que a amorosidade é vivenciada no âmbito da ESF através do acolhimento e da escuta, fatores que fortalecem a confiança e o vínculo solidário, mas que reconheciam que esses aspectos precisavam ser melhorados e intensificados, principalmente quando relacionado aos usuários que apresentam sintomas inespecíficos e buscam excessivamente os serviços de saúde.

A “problematização” foi compreendida por eles como discussão de problemas através do diálogo para identificação de possíveis soluções para eles, porém reconheciam que essa ferramenta não era utilizada nas práticas educativas que desenvolviam, principalmente por falta de habilidade dos profissionais de saúde para conduzirem processos de Educação em Saúde problematizadores e por perceberem-se impotentes perante a grande demanda de problemas presentes no cotidiano da ESF, apesar de geralmente tentarem resolvê-la. Enquanto princípio orientador da PNEPS-SUS possui maior abrangência, trata-se de artefato essencial para leitura crítica da realidade, considerando a experiência pregressa dos sujeitos, partem da consciência de situações limites viabilizadas por processos dialógicos que desencadeiam empoderamento e atos de busca pelo inédito viável, ou seja, transformação social ocasionada pela solução dos problemas.

Quanto à “construção compartilhada do conhecimento”, reconheciam como importante a interação dos saberes dos diversos profissionais, apesar de prática cotidiana nem sempre a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade

acontecerem da forma ideal, perpetuando o desafio de rompimento com o modelo biomédico e suas relações assimétricas, e da responsabilização entre profissionais, indivíduos, famílias e comunidade para atuar sobre os DSS, solucionar problemas e vencer os entraves. Registrou-se desestímulo para essa luta por parte dos trabalhadores de saúde e concomitantemente percebiam que precisavam continuar acreditando e tentando vencer as dificuldades, relataram que para isso seria indispensável a utilização de ferramentas adequadas, saber como fazer para desenvolver práticas educativas libertadoras, sendo que esse desvelamento de nós críticos da Educação em Saúde na ESF pode ser citado como fruto dessa Pesquisa-intervenção.

O princípio orientador da “emancipação” era compreendido pelos participantes como liberdade, percebida por alguns como utopia ao relacionarem-na a atual conjuntura política, enquanto outros consideravam-na inexistente no cenário da ESF, e sentiam-se limitados perante os entraves encontrados, apesar de identificarem-se sujeitos ativos na luta pela transformação da realidade. Esse fato de reconhecerem as barreiras no âmbito político e no sistema de saúde pode ser apontado como ampliação da leitura crítica da realidade, uma das instigações dessa Intervenção, ao mesmo tempo em que impulsionava para que se sentissem motivados a encontrar estratégias de superação e esperançosos vencerem a batalha através da participação social e da responsabilidade política, que podem ser desencadeadas pelo compromisso com as práticas educativas dialógicas e conscientizadoras.

O “compromisso com a construção do projeto democrático popular” trata-se da superação de todas as formas de opressão e valorização integralidade humana, da organização do poder popular, da democracia participativa com garantia dos direitos universais, e enquanto a maioria considerava que ainda não estava sendo desenvolvido na ESF, alguns percebiam que acontecia, ainda que timidamente, através do diálogo e do respeito ao pensamento dos sujeitos, condições fundamentais para construção de relações humanizadas e democráticas. Entendiam que as matrizes pedagógicas participativas, tais como o Círculo de Cultura poderiam favorecer as potencialidades, intensificar esse diálogo entre os atores, elucidar os desafios, contribuir para a construção participativa de novos conhecimentos, desencadear o protagonismo popular, que culminaria na criação de

políticas públicas e edificação do projeto democrático popular como é enfatizado pela PNEPS-SUS.

As Técnicas Pedagógicas Participativas trabalhadas para identificação do conhecimento e experiências dos trabalhadores de saúde com práticas educativas foram: técnicas vivenciais (descontração/animação, relaxamento, integração e formação participativa); técnicas com atuação e musicalidade (apresentação teatral/teatro de bonecos, dança, repente e paródia musical); técnicas audiovisuais (filme/vídeo e exposição dialogada/roda de conversa); e técnicas visuais (recorte e colagem/produção de painel, desenho/pintura, texto/narrativa, cordel/poesia e panfleto/jornal).

Conseguiram identificar com êxito os objetivos de cada técnica, todos já haviam vivenciado a maioria delas na condição de participantes e poucos possuíam experiência enquanto facilitador, mas reconheciam a necessidade de desenvolvimento de habilidades para que fossem trabalhadas em consonância com a PNEPS-SUS, além de terem apontado desafios e potencialidades para que as práticas educativas em saúde fossem desenvolvidas dentro dessa perspectiva. Esses fatos foram analisados e outras sugestões foram acatadas, tornando-se importante guia para elaboração do plano de ativação de mudanças das atividades de Educação em Saúde da ESF.

Esse plano de ativação de mudanças foi construído em formato de Oficinas permeadas das diversas Técnicas Pedagógicas Participativas, que podem ser desenvolvidas com a terminologia de “curso”, “encontro” ou “seminário”, com objetivo de ressignificar e reconstruir as práticas de Educação em Saúde no contexto da ESF, considerando a realidade na qual os sujeitos se encontram inseridos, tais como os fatores socioeconômicos e culturais, os saberes e vivências pregressos, as perspectivas que possuem para a produção de ações participativas que considerem a interação dos saberes científico e popular, os desafios e as possibilidades que circundam o processo de comunicação, a utilização da criatividade e o desenvolvimento de habilidades, ressaltando o papel do trabalhador de saúde enquanto protagonista de práticas dialógicas-libertadoras, e a importância da participação, união e cooperação para o trabalho em equipe.

Pontua-se que essa Pesquisa-intervenção e que o plano de ativação de mudanças das práticas educativas na ESF não são construtos acabados, outros estudos e ideias podem favorecer os processos educativos participativos,

potencializar a institucionalização da PNEPS-SUS, reconstruir processos de trabalho na ESF e fortalecer o SUS.

## REFERÊNCIAS

- ALBINATTI, Maria Eugênia Castelo Branco. Artes visuais. **Artes II**. [Internet]. Belo Horizonte. 2009.
- ALVES, G.G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.16, n.1, p.319-325. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- ANDRADE, A.C.V.; SCHWALNI, M.T.; CERETTA, L.B.; DAGOSTIN, V.S.; SORATTO, M.T. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 37, n.4, pg. 439-449. 2013. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/155558/A09.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A09.pdf) Acesso em: 15 ago. 2016.
- ANTUNES, A. Paulo Freire. In: PERICÁS, L.B.; SECCO, L. (Org.). Intérpretes do Brasil: clássicos, rebeldes e renegados. 1 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.
- ARAÚJO, P.C.A.; PARAÍBA, U.E. Folhetos de cordel, uma prática educativa que motiva diálogos interculturais. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.33, pg.159-168, mar. 2009. Disponível em: [http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/33/art10\\_33.pdf](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/33/art10_33.pdf) Acesso em: 27 jul. 2016.
- ARAÚJO, V.S.; DIAS, M.D.; BUSTORFF, L.A.C.V. A instrumentalização da Educação em Saúde na Atenção Básica. **Rev. Enferm. Ref.** v.3, n.5, p.7-17, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserllln5/serllln5a01.pdf> Acesso em: 14 mar. 2015.
- AUGUSTO, S. Reflexões do formador: dinâmica motivacional ou estratégia formativa? **Revista avisa lá**. [Online]. n.48, pg.12-21, nov. 2011. Disponível em: [http://www.claraboia.org/uploads/8/3/1/8/8318213/avisala\\_48\\_dina%CC%82mica\\_motivacional\\_ou\\_estrategie%CC%81gia\\_formativa.pdf](http://www.claraboia.org/uploads/8/3/1/8/8318213/avisala_48_dina%CC%82mica_motivacional_ou_estrategie%CC%81gia_formativa.pdf) Acesso em: 27 jul. 2016.
- BADZIAK, R.P.F; MOURA, V.E.V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **R. Saúde Públ.** Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.
- BACELLAR, A; ROCHA, J.S.X; FLÔR, M.S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Rev. NUFEN** [online]. v.4, n.1, janeiro-junho, 127-140, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n1/a11.pdf> Acesso em: 03 jun. 2016.
- BARBOSA, A.S.M.; PASSOS, C.M.B.; COELHO, A.A. O cordel como recurso didático no ensino de ciências. **Experiências em Ensino de Ciências**. V.6, n.2, pg.161-168. 2011. Disponível em: [http://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo\\_ID154/v6\\_n2\\_a2011.pdf](http://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo_ID154/v6_n2_a2011.pdf) Acesso em: 27 jul. 2016.
- BARROS, M.D.M.; ZANELLA, P.G.; ARAÚJO-JORGE, T.C. A música pode ser uma estratégia para o ensino de ciências naturais? Analisando concepções de

professores da educação básica. **Revista Ensaio**, Belo Horizonte. v.15, n. 01, p. 81-94, jan. /abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epec/v15n1/1983-2117-epec-15-01-00081.pdf> Acesso em: 06 ago. 2016.

BATISTA, A.L.C. A importância da dança e a contribuição no processo de ensino-aprendizagem. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Licenciatura em Educação Física/ Faculdade de Ciências da Educação e Saúde Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.2015. Disponível em: <http://docplayer.com.br/15457140-A-importancia-da-danca-e-a-contribuicao-no-processo-de-ensino-aprendizagem.html> Acesso em: 15 jul. 2016.

BONETTI, O.P.; CHAGAS, R.A.; SIQUEIRA, T.C.A.S. A Educação Popular em Saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BONFANTE, A.C.; FERNANDES, J.; SALES, R. A inserção da arte no processo de ensino-aprendizagem no contexto do ensino fundamental. Curso de Graduação em Pedagogia. **Multivix Serra**. [Internet]. 2015. Disponível em: [http://serra.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2015/06/ainsercaodaartenoprocesodeensinoaprendizagemnocontextoensino-fundamental\\_ped.pdf](http://serra.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2015/06/ainsercaodaartenoprocesodeensinoaprendizagemnocontextoensino-fundamental_ped.pdf) Acesso em: 28 jul. 2016.

BORGES JUNIOR, C. Alfabetização: leitura do mundo, leitura da palavra. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 57, p. 303-310, jul./set. 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n57/1984-0411-er-57-00303.pdf>. Acesso em: 03 set. 2015.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Soc.** Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, mai./ago. 2011. Disponível em: <http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220> Acesso em: 07 mar. 2015.

BOZZ, T. Trabalhos escritos com apresentação: painel. **Se aprende fazendo**. [Internet]. 2016a. Disponível em: <https://sites.google.com/site/seaprendefazendo/trabalhos-de-apresentacao/painel> Acesso em: 29 jul. 2016.

BOZZ, T. Técnicas ou Dinâmicas de Grupo: painel integrado. **Se aprende fazendo**. [Internet]. 2016b. Disponível em: <https://sites.google.com/site/seaprendefazendo/tecnicas-ou-dinamicas-de-grupo/painel-integrado> Acesso em: 29 jul. 2016.

BOZZ, T. Técnicas ou Dinâmicas de Grupo: painel progressivo. **Se aprende fazendo**. [Internet]. 2016c. Disponível em: <https://sites.google.com/site/seaprendefazendo/tecnicas-ou-dinamicas-de-grupo/painel-progressivo> Acesso em: 29 jul. 2016.

BRACCIALLI, L.A.D.; VIEIRA, T.Q. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. **Rev. APS**. v.15, n.4, p.412-420, out./dez. 2012. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-686952> Acesso em: 13 mar. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Técnicas de apresentação e comunicação e Formação de instrutores de capacitação. Apostila compilada pela Equipe de Capacitação/MDS/Senarc. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Disponível em: <http://www.sst.sc.gov.br/capacitabolsafam/Apostila-TecnicasdeApresentaComunica.pdf> Acesso em: 05 set. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf) Acesso em: 04 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde- SUS, especialmente para implantação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (Participa-SUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais- CIR e do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS- SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.612, de 13 de abril de 2012. **Declara o educador Paulo Freire Patrono da Educação Brasileira**. Brasília: Ministério da Justiça, 2012c. Disponível em: [http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%2012.612-2012?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.612-2012?OpenDocument). Acesso em: 04 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. 2014. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 04 jun.. 2015.

BRASIL, C. H. G. **Ferramentas de acesso à família. Residência em Medicina de Família e Comunidade e Especialização em Saúde de Família para Enfermeiros e Cirurgiões Dentistas.** Universidade Estadual de Montes Claros. Faculdade de Medicina. Montes Claros, MG: Unimontes, 2013.

BUSS, P. M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **Eco Cidadania & Meio Ambiente.** 15 p. fevereiro [periódico na Internet]. 2010. Disponível em: < <http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

CAMPOS, L. S; COSTA, A.L. Avaliação de produtividade em serviços de saúde pública: estudos de casos sobre desempenho econômico. **Gestão & Regionalidade** v. 27, n.81, set./dez. 2011. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/article/view/1381/1051](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/1381/1051) Acesso em: 26 mai. 2016.

CARNEIRO, A.O. **Relatório de atividades e proposta de atuação. Auditoria extraordinária Juazeiro do Norte.** Procuradoria Federal da República. Justiça Federal XVIª VARA. Processos: Nº 00117-31.2015.4.05.810. Nº 00117-31.2015.4.05.8102. [Internet]. Juazeiro do Norte – CE, 2015. Disponível em: [www.prce.mpf.mp.br/conteudo/noticias/arquivos/plano-de-trabalho...a.../file](http://www.prce.mpf.mp.br/conteudo/noticias/arquivos/plano-de-trabalho...a.../file) Acesso em: 25 jun. 2016.

CARVALHO, M.F; BARBOSA, M.I; SILVA, E.T; ROCHA, D.G. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. **Tempus Actas Saúde Coletiva.** v.3, n.3, pg.44-55. 2009. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12720/1/ARTIGO\\_IntersetorialidadeDialogoPolitica.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12720/1/ARTIGO_IntersetorialidadeDialogoPolitica.pdf) Acesso em: 03 jun. 2016.

CAVALCANTE, J. H. V. **Círculos de Cultura e o Adolescente: contribuições para atitudes saudáveis frente às drogas, Sobral-CE.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014. 162 p. Disponível em: [http://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/disseracoes/2014\\_UVA\\_Jo%C3%A3o%20Henrique%20Vasconcelos%20Cavalcante.pdf](http://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/disseracoes/2014_UVA_Jo%C3%A3o%20Henrique%20Vasconcelos%20Cavalcante.pdf). Acesso em: 02 set. 2015.

CERON, M. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa.** Especialização em Saúde da Família. Módulo Psicossocial. UNASUS. UNIFESP. 2012. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_psicossocial/Unidade\\_17.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf) Acesso em: 15 jun. 2015.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & DEMO.** n.11, v.1, pg.31-46. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3051.pdf> Acesso em: 15 jun. 2016.

COUTINHO, C. P.; LISBOA, E. Sociedade da Informação, Conhecimento e Aprendizagem Desafios para a Educação no Século XXI. **Revista de Educação**, v.18, n 1, pp. 5-22, 2011. Disponível em: [http://revista.educ.fc.ul.pt/arquivo/vol\\_XVIII\\_1/artigo1.pdf](http://revista.educ.fc.ul.pt/arquivo/vol_XVIII_1/artigo1.pdf) Acesso em 19 mar. 2015.

CORDOBA, E. **Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Rideel, 2013.

COSTA, R.V. Atenção à saúde: discussão sobre os modelos biomédico e biopsicossocial. **Psicologado**. n.03. 2013. Disponível em: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-da-saude/atencao-a-saude-discussao-sobre-os-modelos-biomedico-e-biopsicossocial> Acesso em: 30 mai. 2016.

COSTA, V. A.; VIEIRA, A. P. G.; DIAS, G. A. R.; FERNANDES, D. S. Paródia como estratégia de educação em saúde sobre hanseníase: relato de experiência. **Anais do III Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA)**. Universidade Federal do Pará. 12 a 14 de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2014/expandidos/relatoexperiencia/REL411.pdf> Acesso em: 22 de jul. 2016.

DAMIANI, M.F.; ROCHEFORT, R.S.; CASTRO, R.F.; DARIZ, M.R.; PINHEIRO, S.S. Discutindo pesquisa do tipo intervenção pedagógica. **Cadernos de Educação**. FaE/PPGE/ UFPel. Pelotas, v.45, p.57-67, mai./ago. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/download/.../3074>. Acesso em: 02 set. 2015.

DANTAS, V.L.A. **Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida em Fortaleza-CE**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFC, 2010.

DANTAS, V.L.; LINHARES, A.M.B. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf) Acesso em: 08 mar. 2015.

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z.A.P. Paradigmas culturais, habilidades sociais e análise do comportamento. In: VICHI,C; HUZIWARA, E.M; SADI, H.M.;POSTALLIL.M.M (Org). **Comportamento em foco**. p.139-148. São Paulo: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental- ABPMC, 2014.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. Educação e saúde no Brasil: estudos sobre habilidades sociais. In: MATOS, M; TOMÉ, G (Org). **Aventura social: promoção de competências e capital social para empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade**. p.418-422. Lisboa: Placebo LTDA, 2012a.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidade histórica e as novas questões. **Perspectivas em Análise do Comportamento**. v.1, n.2, p.104-115. 2012b

DOWBOR, T.P.; WESTPHAL, M.F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v.47, n.4, pg.781-90. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0781.pdf> Acesso em: 03 jun. 2016.

ESSINGER, S. Repente. **Clique music: a música brasileira está aqui**. [Internet]. 2015. Disponível em: <http://cliquemusic.uol.com.br/generos/ver/repente> Acesso em: 17 jul. 2016.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras Enferm**. Brasília, v.63, n.4, p.567-573, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf> Acesso em: 08 mar. 2015.

FERREIRA, V.F.; ROCHA, G.O.R.; LOPES, M.M.B.; SANTOS, M.S.; MIRANDA, S.A. Educação em Saúde e cidadania: revisão integrativa. **trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-378, mai./ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a09v12n2.pdf> Acesso em: 09 mar. 2015.

FERTONANI, H.P; PIRES, D.E.P; BIFF, D; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, pg.1869-1878. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf> Acesso em: 30 mai. 2016.

FIGUEIREDO, M.F.S., RODRIGUES NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de Educação em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.63, n.1, p.117-121. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf> Acesso: 14 mar. 2015.

FREIRE, P. R. N. **Comunicação e Extensão**. 14 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 34 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43 ed. São Paulo: Paz e terra, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 17 ed. São Paulo: Paz e terra, 2011d.

\_\_\_\_\_. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. 51. ed. São Paulo: Cortez, 2011e. (Coleção questões da nossa época, volume 22).

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança.** Tradução de Moacir Gadotti. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2011f.

\_\_\_\_\_. **Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos.** 14ª Ed., Rio Janeiro: Paz e Terra, 2011g.

FREIRE, P; SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor.** 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GIL, C; TEIXEIRA, E. A. Aula expositiva dialogada: contextos e dilemas no ensino superior. **Revista Partes.** [Internet]. v.15. set. 2014. Disponível em: <http://www.partes.com.br/2014/09/22/aula-expositiva-dialogada-contextos-e-dilemas-no-ensino-superior/#.V6c6NpgrLIU> Acesso em: 23 de jul. 2016

FUZIKAWA, A.K. **O método clínico centrado na pessoa: um resumo.** Especialização em Saúde da Família. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva- NESCON. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf> Acesso em: 05 jun. 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, M; MENDONÇA, H.M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/E-Book-9-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2015.

GOOGLE IMAGENS. **Educação tradicional ou autoritária.** 2016a. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ). Acesso em: 15 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Educação populista ou manipulatória.** 2016b. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+populista+ou+manipulat%C3%B3ria](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+populista+ou+manipulat%C3%B3ria). Acesso em: 15 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Educação dialógica-libertadora.** 2016c. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-)

BR&authuser=0&tbm=isch&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+dial%C3%B3gica-libertadora. Acesso em: 15 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Modelo biomédico ou centrado na doença.** 2016d. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Modelo+biom%C3%A9dico+ou+centrado+na+doen%C3%A7a+](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Modelo+biom%C3%A9dico+ou+centrado+na+doen%C3%A7a+). Acesso em: 15 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Modelo biomédico ou centrado na doença.** 2016e. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Modelo+biom%C3%A9dico+ou+centrado+na+doen%C3%A7a+](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Modelo+biom%C3%A9dico+ou+centrado+na+doen%C3%A7a+). Acesso em: 15 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Determinantes Sociais da Saúde.** 2016f. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Determinantes+Sociais+da+Sa%C3%BAde](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Determinantes+Sociais+da+Sa%C3%BAde). Acesso em: 15 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Diálogo.** 2016g. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Di%C3%A1logo+](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Di%C3%A1logo+). Acesso em: 16 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Amorosidade.** 2016h. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Amorosidade](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Amorosidade). Acesso em: 16 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Problematização.** 2016i. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Problematiza%C3%A7%C3%A3o+](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Problematiza%C3%A7%C3%A3o+)

+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Problematiza%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 16 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Construção compartilhada do conhecimento.** 2016j.

Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Constru%C3%A7%C3%A3o+compartilhada+do+conhecimento+](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Constru%C3%A7%C3%A3o+compartilhada+do+conhecimento+). Acesso em: 16 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Emancipação.** 2016k. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Emancipa%C3%A7%C3%A3o](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Emancipa%C3%A7%C3%A3o). Acesso em: 16 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Compromisso com a construção do projeto democrático popular.** 2016l. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Compromisso+com+a+constru%C3%A7%C3%A3o+do+projeto+democr%C3%A1tico+popular+](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Compromisso+com+a+constru%C3%A7%C3%A3o+do+projeto+democr%C3%A1tico+popular+).

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Compromisso+com+a+constru%C3%A7%C3%A3o+do+projeto+democr%C3%A1tico+popular+](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Compromisso+com+a+constru%C3%A7%C3%A3o+do+projeto+democr%C3%A1tico+popular+). Acesso em: 16 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Descontração/ Animação.** 2016m. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Descontra%C3%A7%C3%A3o%2F+Anima%C3%A7%C3%A3o](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Descontra%C3%A7%C3%A3o%2F+Anima%C3%A7%C3%A3o). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Relaxamento.** 2016n. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Relaxamento](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Relaxamento). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Integração**. 2016o. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Integra%C3%A7%C3%A3o)

BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Integra%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Formação participativa**. 2016p. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Forma%C3%A7%C3%A3o+participativa)

BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Forma%C3%A7%C3%A3o+participativa. Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Apresentação teatral**. 2016q. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Apresenta%C3%A7%C3%A3o+teatral)

BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Apresenta%C3%A7%C3%A3o+teatral. Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Teatro de bonecos**. 2016r. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Teatro+de+bonecos)

BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Teatro+de+bonecos. Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Dança**. 2016s. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Dan%C3%A7a)

BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Dan%C3%A7a. Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Repente**. 2016t. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Repente)

BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Repente. Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Paródia musical.** 2016u. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Par%C3%B3dia+musical)

[BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Par%C3%B3dia+musical](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Par%C3%B3dia+musical). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Filme/ Vídeo.** 2016w. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Filme%2F+V%C3%ADdeo)

[BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Filme%2F+V%C3%ADdeo](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Filme%2F+V%C3%ADdeo). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Exposição dialogada/ Exposição dialogada com roda de conversa.** 2016x. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Exposi%C3%A7%C3%A3o+dialogada)

[BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Exposi%C3%A7%C3%A3o+dialogada](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Exposi%C3%A7%C3%A3o+dialogada). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Recorte e colagem.** 2016y. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Recorte+e+colagem)

[BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Recorte+e+colagem](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Recorte+e+colagem). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Produção de painel.** 2016z. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+a)

[BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+a](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+a). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Desenho/ Pintura.** 2016α. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Desenho%2F+Pintura)

[BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Desenho%2F+Pintura](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0...0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Desenho%2F+Pintura). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Texto/ Narrativa.** 2016β. Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?hl=pt-](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+a)

[BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+a](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+a)

3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Texto%2F+Narrativa. Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Cordel/ Poesia**. 2016y. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Cordel%2F+Poesia](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Cordel%2F+Poesia). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOOGLE IMAGENS. **Panfleto/Jornal**. 2016d. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs\\_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Panfleto%2FJornal](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=681&bih=618&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&oq=Educa%C3%A7%C3%A3o+tradicional+ou+autorit%C3%A1ria&gs_l=img.3...15662.15662.0.17524.1.1.0.0.0.185.185.0j1.1.0....0...1ac.2.64.img..0.0.0.pej9DPYn9SQ#hl=pt-BR&authuser=0&tbm=isch&q=Panfleto%2FJornal). Acesso em: 17 fev. 2016.

GOMES FILHO, J. **Gestalt do objeto: sistema de leitura visual**. 8.ed. rev. e ampl. São Paulo: Escrituras, 2008.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.1, p.7-18, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf> Acesso em: 11 mar. 2015.

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R; RESENDE, V.A; HORTA, N.C. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. v.1, n.1, pg.94-102. 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/35> Acesso em: 03 jun. 2016.

HAMZE, A. O uso do jornal na sala de aula. **Brasil escola- canal do educador/ Trabalho Docente**. [Internet]. 2012. Disponível em: <http://educador.brasilecola.uol.com.br/trabalho-docente/jornal-sala-aula.htm> Acesso em: 15 ago. 2016.

HEIDEMANN, I. T. S. B; WOSNY, A.M; BOEHS, A.E. Promoção da saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método Paulo Freire. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.19, n.8, p.3553-3559, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf> Acesso em: 12 mar. 2015

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ceará- Juazeiro do Norte**. [Internet]. 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230730>. Acesso em: 24 ago. 2016.

JUAZEIRO. Prefeitura de Juazeiro do Norte-CE. **A cidade- História da cidade**. [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.juazeiro.ce.gov.br/>. Acesso em: 31 jul.2015

LACERDA, D. A. L.; COSTA, I. C. C.; SANTOS, S. R.; COSTA, S. N. Educação Popular na Atenção à Saúde do Trabalhador: integrando formação acadêmica e redes de apoio social. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.16, Supl. 2, pg.101-108. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/16463/9531> Acesso em: 30 jul. 2016.

LACLAU, E. **A razão populista**. Trad. Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Três Estrelas, 2013.

LIMA, M. S. A. S. A Importância da dança no processo ensino aprendizagem. **Monografias Brasil Escola**. [Internet]. 2011. Disponível em: <http://monografias.brasilecola.uol.com.br/educacao/a-importancia-danca-no-processo-ensino-aprendizagem.htm> Acesso em: 15 jul. 2016.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H.B.;RABUSKE, M.M.; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, pg.1463-1472. 2009. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Gecioni\\_Loch-Neckel/publication/26808429\\_Challenges\\_to\\_an\\_interdisciplinary\\_action\\_in\\_basic\\_care\\_Implications\\_related\\_to\\_composition\\_of\\_family\\_health\\_teams/links/5512e07d0cf270fd7e33adf2.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gecioni_Loch-Neckel/publication/26808429_Challenges_to_an_interdisciplinary_action_in_basic_care_Implications_related_to_composition_of_family_health_teams/links/5512e07d0cf270fd7e33adf2.pdf) Acesso em: 01 jul. 2016.

LOPES, E.S. **Praticantes de mundos: a invenção de cotidianos discentes em uma universidade**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, PROPEd, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [http://www.proped.pro.br/teses/teses\\_pdf/2008\\_1-250-DO.pdf](http://www.proped.pro.br/teses/teses_pdf/2008_1-250-DO.pdf). Acesso em: 06 set. 2015.

MARIN, M.J.S.; MORACVICK, M.Y. A.D.; RODRIGUES, L.C.R.; SANTOS, S. C.; SANTANA, F. H. S.; AMORIN, D. M. R. Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde. **REME Rev. Min. Enferm.** v.17, n.3, p.500-504, jul./set. 2013. Disponível em:<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-711401> Acesso em: 09 mar. 2015.

MARINHO, A.R.B. **Círculo de cultura: origem histórica e perspectiva epistemológica**. Dissertação (Mestrado- Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Linguagem e Educação)- Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo- USP. São Paulo: s.n., 2009. 125p. il. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-24092009-155120/pt-br.php>. Acesso em: 03 set. 2015.

MARINHO, M.N.A.S.B. **Programa Saúde nas Escolas (PSE) na região metropolitana do Cariri: dos processos formativos aos cenários de práticas**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da

Saúde, Curso de Mestrado Profissional, Fortaleza, 2014. Disponível em: [www.uece.br/.../2065-mirna-neyara-alexandre-de-sa-barreto-marinho](http://www.uece.br/.../2065-mirna-neyara-alexandre-de-sa-barreto-marinho). Acesso em: 04 set. 2015.

MAXTA, B.S.B; ALMEIDA, A.B.; SILVEIRA, L.B.; SOLEMAN, C.; OGATA, M.N. Educação Popular em Saúde a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma Unidade de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p.155-166, mar./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/09.pdf> Acesso em: 08 mar. 2015.

MEDEIROS, J.M.A.; SILVA, R.C.A.; LEMOS, D.T. Literatura de cordel na prática educativa do PIBID. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**. v. 14, n. 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/696/pdf> Acesso em: 26 jul. 2016.

MENEZES, M.G.; SANTIAGO, M.E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-Posições**. v. 25, n. 3 (75), p. 45-62, set./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v25n3/v25n3a03.pdf> Acesso em: 11 nov. 2015.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento**. 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, P.F.A. Democracia deliberativa e promessas políticas em período eleitoral- Segurança jurídica nas relações obrigacionais e a aplicabilidade do art. 5.º, XXXV, da CF/1988. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. v.1, pg. 211-233. 2011. Disponível em: [http://www.tre-rs.gov.br/arquivos/Miranda\\_Democracia\\_deliberativafinal.pdf](http://www.tre-rs.gov.br/arquivos/Miranda_Democracia_deliberativafinal.pdf) Acesso em: 26 mai. 2016.

MOIMAZ, S.A.S.; FEDEL, C.B.; YARID, S.D.; DINIZ, D.G. Saúde Coletiva: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, pg.965-972, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a28v16s1.pdf> Acesso em: 01 jul. 2016.

MOREIRA, M.C. **Educação Permanente em Saúde: revisão sistemática da literatura científica [Especialização]**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

MORETTI-PIRES, R. O. Potencialidades da problematização freireana no ensino de “didática em enfermagem”. **Cogitare Enferm**. v.15, n.2, p.308-313, 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17866/11658>. Acesso em: 02 set. 2015.

NAPOLITANO, M. **Como usar o cinema na sala de aula**. 4ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

NUNES, T. As diferenças entre aulas expositivas e aulas dialogadas. **Pós-graduando**. [Internet]. fev. 2012. Disponível em: <http://posgraduando.com/as-diferencas-entre-aulas-expositivas-e-aulas-dialogadas/> Acesso em: 23 de jul. 2016.

OLIVEIRA, D.C; SÁ, C.P; SANTO, C.C.E; GONÇALVES, T.C; GOMES, A.M.T. Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.13, n.1, pg. 30-41, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8981>. Acesso em: 02 jun. 2016.

OLIVEIRA, P.M.P.; MARIANO, M.R.; REBOUÇAS, C.B.A.; PAGLIUCA, L.M.F. Uso do filme como estratégia de ensino-aprendizagem sobre Pessoas com deficiência: percepção de alunos de enfermagem. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro. v.16, n.2, p.293-305, abr./Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/13.pdf> Acesso em: 02 jun. 2016.

OLIVEIRA, M.J; ESPÍRITO SANTO, E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. v.2, n.2, jan./jun. 2013. Disponível em: [www.grupouninter.com.br/revistasauade/cadernosauadedesenvolvimento](http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/cadernosauadedesenvolvimento) Acesso em: 02 mai. 2016.

OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; GOMES, A.M.A.; SAMPAIO, M.H.L.M. Participação popular nas ações de Educação em Saúde: desafios para os profissionais da Atenção Primária. **Interface- Comun. Saúd. Educ.** v.18, n.2, p.1389-1400. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a09v20n4.pdf> Acesso em: 07 mar. 2015

OLIVEIRA, S.R.G.; WENDHAUSEN, A.L.P. (Re) significando a Educação em Saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n1/08.pdf> Acesso em: 10 mar. 2015

*Oxford English Dictionary* s.v. "**pamphlet**". [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/pamphlet> Acesso em: 12 ago. 2016.

PASINATO, D. Educação no período populista brasileiro (1945-1964). **Semina - Revista dos Pós-Graduandos em História da UPF**. v.12, n.1. 2013. Disponível em: <http://www.upf.com.br/seer/index.php/ph/article/view/3647> Acesso em: 26 mai. 2016

PEDROSA, J.I.S. Dialogando com a experiência das Cirandas da Vida em Fortaleza-CE: novas reflexões. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf> Acesso em: 30 mai. 2016. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf) . Acesso em: 15 jul. 2015.

PESSÔA, L.R.; SALGADO, M.B.B. Educação, saúde e audiovisual: relações possíveis e desejáveis. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.6, n.2, p.79-84. 2012. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1115> Acesso em: 24 jul. 2016.

PEZZATO, L.M; L'ABBATE, S. Uma pesquisa-ação-intervenção em saúde bucal coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.386-398, 2012. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a12v21n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a12v21n2.pdf). Acesso em: 05 mar. 2015.

PINAFO, E.; NUNES, E.F.P.A.; GONZÁLEZ, A.D.; GARANHANI, M.L. Relações entre concepções e práticas de Educação em Saúde na visão de uma equipe de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.201-221, jul./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/03.pdf> Acesso em: 09 mar. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORDEUS, V. Saúde é uma questão de cultura e cultura é uma questão de saúde: roda de conversa- arte e produção cultural nas lutas populares pela saúde: metodologias e processos. V Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde-ENEPS. Universidade Estadual do Rio de Janeiro- UERJ. Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

PRADO, E.V.; SALES, C.; NOMIYAMA, S. Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em Estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Interface-Comum. Saúd. Educ.** v.18, n.2, p.1441-1452. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1441.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2015.

PULGA, V.L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf> Acesso em: 30 mai. 2016. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf) . Acesso em: 08 mar. 2015.

PUTTINI, R.F; PEREIRA JUNIOR, A; OLIVEIRA, L.R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, pg.753-767. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf> Acesso em: 15 jun. 2016.

QUILICI, R.F.M; STADLER, C.C. A importância da ciência e tecnologia de inovação na saúde pública brasileira: Novos conceitos e diretrizes. In: **Anais SIMPEP/FEB/UNESP**. São Paulo: UNESP, 2011. Disponível em: 748-quilici\_RFM\_A\_importancia\_da\_ciencia (1) Acesso em: 26 mai. 2016

REIS, P.A. Trabalho e educação no período populista. *Discutindo historia.blogspot*. [internet], 2010 Disponível em: <http://discuthistoria.blogspot.com.br/2010/07/trabalho-e-educacao-no-periodo.html> Acesso em: 26 mai. 2016

REIS, P.J. F. M. **Paulo Freire: análise de uma história de vida**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Letras da Universidade Federal de São João Del Rei, 2012. 199p. il. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestletras/PRINCIPAL/Pollyanna.pdf>. Acesso em: 03 set. 2015.

REIS, T.C.; FIGUEIREDO, M.F.S.; SOUZA, L.P.S.S.; SILVA, R.S.; AMARAL, A.K.M.; MESSIAS, R.B.; LEITE, M.T.S.; RODRIGUES NETO, J.F.R. Educação em Saúde: aspectos históricos no Brasil. **J. Health Sci. Inst.** v.31, n.2, p.219-23. 2013. Disponível em: [http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02\\_abr-jun/V31\\_n2\\_2013\\_p219a223.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p219a223.pdf) Acesso em: 18 mar. 2015.

RICHARTZ, B. O uso de jogos e metodologias vivenciais para despertar a cultura empreendedora e a gestão participativa. **Inventa**. [Internet]. p.6-10. 2010. Disponível em: [inventa.net/.../o\\_uso\\_de\\_jogos\\_e\\_metodologias\\_vivenciais\\_Bianca\\_Richartz.pdf](http://inventa.net/.../o_uso_de_jogos_e_metodologias_vivenciais_Bianca_Richartz.pdf) Acesso em: 17 ago.2016.

ROCHA, D. M.; CARVALHO, E. L. L.; CRUZ, M.A.P. Benefícios do Programa de Saúde da Família – PSF para a melhoria na qualidade de vida dos moradores do bairro São Pedro, em Teresina – PI. **Revista Inova Ação**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 1, p. 01-14, jan./jun. 2012. Disponível: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/inovaacao/article/download/476/pdf> Acesso em: 18 mai. 2015.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V.E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J. Health Sci. Inst.** v.28, n.4, p.321-324, out./dez. 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-598724> Acesso em: 08 mar. 2015.

ROECKER, S.; BUDÓ, M.L.D.; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev Esc Enferm USP.** v.46, n.3, pg. 641-649. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SAITO, R.X.S. Programa Saúde da Família. In: OHARA, E. C. C; SAITO, R.X.S (Org). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3ed. São Paulo: Martinari, 2014a.

SAITO, R.X.S. Saúde e Doença: modelos assistenciais. In: OHARA, E. C. C; SAITO, R.X.S (Org). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3ed. São Paulo: Martinari, 2014b.

SAITO, R.X.S. Políticas de Saúde. In: OHARA, E. C. C; SAITO, R.X.S (Org). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3ed. São Paulo: Martinari, 2014c.

SAITO, R.X.S. Atenção Primária à Saúde. In: OHARA, E. C. C; SAITO, R.X.S (Org). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3ed. São Paulo: Martinari, 2014d.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G.C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A.S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface-Comum. Saúd. Educ.** v.18, n.2 Supl, pg. 1299-1312. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf> Acesso em: 25 de jul. 2016.

SANTANA, F.R.; SANTANA, F.R.; ANJOS, G.V.; CAMPOS, T.V.; LIMA, P.C.T.; LOPES, M.M.; LIMA, R.P.; OLIVEIRA, N.S.; WEIRICH, C.F.; FORTUNA, C.M. Ações de saúde na Estratégia Saúde da Família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.2, p.422-429. abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v15n2/15.pdf> Acesso em: 08 mar. 2015

SANT'ANA, C.; VIANA, E.; TEIXEIRA, T.; NEVES, W. Técnicas Vivenciais. **Projetar-Desenvolvimento Humano**. [Internet]. 2015. Disponível em: [http://projetarbrasil.org/metodologia-detalhes.php?id\\_metodologia=1](http://projetarbrasil.org/metodologia-detalhes.php?id_metodologia=1) Acesso em: 29 jul. 2016.

SANTOS, B.S. **Um Discurso sobre as Ciências**. 7ed. São Paulo: Editora Cortez, 2010.

SANTOS, M.P.S.; OLIVEIRA, E.C.S.; SOUSA, F.N.; TOMAZ, E.X.; SANTO, L.C.S.; SILVA, J.V.P.; SAMPAIO, T.M.V. A paródia: uma estratégia educativa para conhecimentos relacionados à saúde. **R. bras. Ci. e Mov.**v.19, n.3, pg.86-98, 2011. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/2712/2043> Acesso em: 04 ago. 2016.

SANTOS, S.A; WIMMER, G. **Curso de Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2013.

SCANDELAI, A.L.O. A política de educação no período populista desenvolvimentista (1945 – 1964). **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 8, n. 2, p. 22-33, jul/dez 2011. Disponível em: <http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/ch/article/viewArticle/341> Acesso em: 26 mai. 2016

SILVA, C.M.C.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C.; MIADLHE, F.L. Educação em Saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2539-2550. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf> Acesso em: 13 mar. 2015.

SILVA, E.A.; OLIVEIRA, F.R.; SCARABELI, L.; COSTA, M.L.O.; OLIVEIRA, S.B. Fazendo arte para aprender: A importância das artes visuais no ato educativo. **Pedagogia em ação**. v.2, n.2, p. 1-117, nov. 2010. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/viewFile/4850/5029> Acesso em: 27 de jul. 2016.

SOARES, M. S; SILVA, L.B.; SILVA, P.A.B. o teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho Educativo na Saúde da Família. **Esc Anna Nery** (impr.). v.15, n.4, p.818-824, out/dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a22v15n4.pdf> Acesso em: 17 jul. 2016.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde soc.** [Internet]. v.19, n.1, p.35-47, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/04.pdf> Acesso em: 17 jun. 2016.

SOUSA, E, C; ALMEIDA, J, B. Narrar histórias e contar a vida: memórias cotidianas e histórias de vida de educadores baianos. In: ABRAHÃO, M. H. M. B. **Pesquisa (auto) biográfica em rede**. Natal: Ed. UFRN; Porto alegre: Ed. IPUCRS; Salvador; Ed. UNEB, 2012.p.29-31.

SOUSA, M.G.S.; CABARAL, C.L.O. A narrativa como opção metodológica de pesquisa e formação de professores. **Horizontes**. v. 33, n. 2, p. 149-158, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://revistahorizontes.usf.edu.br/horizontes/article/download/149/102> Acesso em: 24 jul. 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, 2010. Disponível em: [http://www.astresmetodologias.com/material/O\\_que\\_e\\_RIL.pdf](http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf) Acesso em: 07 mar. 2015.

STADLER, A. **Gestão de processos com suporte em tecnologia da informação**. v.6. Curitiba: Intersaberes, 2013.

SULTI, A. D. C.; LIMA, R. C. D.; FREITAS, P. S. S.; FELSKY, C. N.; GALAVOTE, H. S. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, jan-mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00172.pdf> Acesso em: 15 jun. 2016.

TENÓRIO, I. R. **Juazeiro do Norte- a Meca do Cariri**. [Internet].2015. Disponível em: <http://iderval.blogspot.com.br/2015/08/juazeiro-do-norte-meca-do-cariri-clik.html> Acesso em: 30 jun. 2015.

TESSER, C.D.; GARCIA, A.V.; VENDRRUSCOLO, C.; ARGENTA, C.E. Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.16, n.11, p.4295-4306, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a02v16n11.pdf> Acesso em: 09 mar. 2015

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 136 p.

TOLEDO, R.F.; PELICIONI, A.F.; ZOMBINI, E. V. Prática educativas no contexto da promoção da saúde. In: OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3ed. São Paulo: Martinari, 2014.

TONIOLO, J.M.S.A. **Diálogo e amorosidade em Paulo Freire: dos princípios às atitudes na formação de professores**. Dissertação de Mestrado em Educação – Curso de Mestrado em Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Centro de Educação (CE). Santa Maria: UFSM, 2010. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp139958.pdf>. Acesso em: 04 set. 2015.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes; 2010.

VERDERI, E. B . **Dança na escola: uma abordagem pedagógica**. São Paulo: Phorte, 2009.

VASCONCELOS, E.M.As trincheiras na universidade de uma guerra em andamento: a luta para preservar e construir uma sociedade que permita a todos a realização dos anseios fundamentais do coração. In: CRUZ, P.J.S.C.; VASCONCELOS, M.O.D.; SARMENTO, F.I.G.; MARCOS, M.L.; VASCONCELOS, E.M. **Educação popular na universidade: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop)**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2013.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: VASCONCELOS, EM; CRUZ PJS, organizadores. **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; 2011a. p. 28-34.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2011b.

VIEIRA, N.F.C (Org). **Educação na saúde I: caderno do módulo**. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Fortaleza: Fiocruz, 2014.

WEFFORT, F. C. Educação e política (reflexões sociológicas sobre uma pedagogia da liberdade). In: FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

## APÊNDICE A

### RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### PLANEJAMENTO DO I CÍRCULO DE CULTURA:

Saberes e Práticas acerca de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde

**Tema:** “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2011b, p. 68).

**Objetivo:** Conhecer os saberes e práticas dos trabalhadores da ESF acerca de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde.

**Temas geradores:** educação autoritária ou tradicional; educação populista ou manipulatória; educação dialógica libertadora; modelo biomédico ou centrado na saúde-doença; determinantes sociais; modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa.

**Tematização:** codificação a partir de figuras (selecionadas do Google imagens) e decodificação buscando a consciência do vivido, significado social, compreensão da própria realidade e perspectiva de intervir criticamente sobre ela.



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016).

**Problematização:** Discussão dos problemas surgidos na observação da realidade buscando possíveis soluções para eles.

Fonte: a autora.

## APÊNDICE B

### RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### PLANEJAMENTO DO II CÍRCULO DE CULTURA: Referenciais Teóricos e Metodológicos da PNEPS-SUS

**Tema:** “A educação modela as almas e recria os corações, ela é a alavanca das mudanças sociais” (FREIRE, 2011e p.28).

**Objetivo:** Aproximar os trabalhadores da ESF dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS.

**Palavras ou Temas Geradores:** diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático popular.

**Tematização:** codificação a partir de figuras (selecionadas do Google imagens) e decodificação buscando a consciência do vivido, significado social, compreensão da própria realidade e perspectiva de intervir criticamente sobre ela.



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016).

**Problematização:** Discussão dos problemas surgidos na observação da realidade buscando possíveis soluções para eles.

Fonte: a autora.

## APÊNDICE C

### RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### PLANEJAMENTO DO III CÍRCULO DE CULTURA: Técnicas Pedagógicas Participativas

**Tema:** “A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria” (FREIRE, 2011c, p. 142).

**Objetivo:** Identificar o conhecimento e a experiência dos trabalhadores da ESF acerca das práticas pedagógicas participativas.

**Temas geradores:** técnicas vivenciais (descontração/animação, relaxamento, integração e formação participativa); técnicas com atuação e musicalidade (apresentação teatral/teatro de bonecos, dança, repente e paródia musical); técnicas audiovisuais (filme/vídeo e exposição dialogada/roda de conversa); e técnicas visuais (recorte e colagem/produção de painel, desenho/pintura, texto/narrativa, cordel/poesia e panfleto/jornal).

**Tematização:** codificação a partir de figuras (selecionadas do Google imagens) e decodificação buscando a consciência do vivido, significado social, compreensão da própria realidade e perspectiva de intervir criticamente sobre ela.



Fonte: (GOOGLE IMAGENS, 2016).

**Problemática:** Discussão dos problemas surgidos na observação da realidade buscando possíveis soluções para eles.

Fonte: a autora.



OBS: \_\_\_\_\_

2.6 Compreende a própria realidade através de relatos de experiência?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.7 Identifica pontos positivos na própria realidade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.8 Identifica pontos negativos na própria realidade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.9 Consegue intervir criticamente sobre a própria realidade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.10 Discute os problemas surgidos na própria realidade?

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01020304050607080910 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBS: \_\_\_\_\_

2.11 Busca possíveis soluções para os problemas encontrados?

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01020304050607080910 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBS: \_\_\_\_\_

2.12 Diferencia educação autoritária ou tradicional (I) da educação populista ou manipulatória (II) e da educação dialógica libertadora (III)? Qual desses tipos de educação em saúde vigora na prática da ESF (I), (II) ou (III)?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.13 Diferencia o modelo biomédico ou centrado na saúde-doença (I) do modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa (II)? Qual desses modelos vigora na prática da ESF (I) ou (II)?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.14 Identifica a interrelação dos determinantes sociais com o processo saúde-doença?

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01020304050607080910 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBS: \_\_\_\_\_

2.15 Identifica seu desafios e potencialidades enquanto trabalhador de saúde e educador em saúde?

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01020304050607080910 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBS: \_\_\_\_\_

**CÍRCULO DE CULTURA**

**Objetivo:** Conhecer os saberes e práticas dos trabalhadores da ESF acerca de Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde.

**Temas geradores:**

educação autoritária ou tradicional: visa a domesticação das pessoas através de normas impostas pelo educador (autoridade sanitária); relação verticalizada entre educador-educando, cabendo ao educando/população obedecer e reproduzir o padrão de comportamento imposto (hábitos de higiene, vacinação, controle de epidemias, etc); o fracasso do ensino é de responsabilidade do educando (mudança de hábitos e estilo de vida); serve aos interesses de uma classe dominante (urbanização, industrialização, capitalismo); centrado na saúde-doença/modelo biomédico.



OBS \_\_\_\_\_

**educação populista ou manipulatória:** o educador apresenta discurso populista para passar a sensação de que o educando faz parte do processo de aprendizagem; na prática, visa manter as pessoas dominadas pela manipulação; perpetua a relação de dependência e inferioridade do educando; criação de grupos específicos de educação em saúde pelo Serviço Especial de Saúde Pública-SESP; continua centrado na saúde-doença, mas destacando conceito ampliado de saúde (criado pela Organização Mundial de Saúde-OMS).



OBS

**educação dialógica libertadora:** visa despertar o senso crítico e promover o diálogo entre as partes (educador/educando) para construção coletiva do saber; anima e apaixona seus participantes porque resgata a identidade e a dignidade; compromete as pessoas numa dimensão integral da vida; mobiliza porque rompe com a sensação de impotência gerada pela dominação, individualismo, consumismo e fatalismo; capacita e qualifica política e tecnicamente os sujeitos através da experimentação e apropriação do conteúdo e do método; produz multiplicação criativa para evoluir o conjunto da sociedade que compartilha a mesma realidade; incentiva e contribui para processos legítimos de luta pela emancipação e pela vida.



OBS

**modelo biomédico ou centrado na saúde-doença:** a saúde é considerada como ausência de doença, esta passa a ser vista como um desajuste causado por um agente patogênico ou perturbador do processo fisiológico, segundo uma lógica unicausal, abrindo espaço para o diagnóstico, tratamento e cura, por isso fortemente marcado pelo processo da medicalização e pela intensificação do uso de produtos e serviços médico-assistenciais.



OBS

**determinantes sociais:** condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e que influenciam na saúde delas.



OBS

**modelo biopsicossocial ou centrado na pessoa:** a finalidade ultrapassa o diagnóstico e o tratamento da doença, o foco é o ser humano, que além do corpo anatômico, possui racionalidade, apresenta saberes, emoções, desejos, projeto de vida, interação com outras pessoas e com o ecossistema.



OBS

**Tematização:** codificação a partir de figuras (selecionadas do Google imagens) e decodificação buscando a consciência do vivido, significado social, compreensão da própria realidade e perspectiva de intervir criticamente sobre ela.

**Problematização:** Discussão dos problemas surgidos na observação da realidade buscando possíveis soluções para eles.

## APÊNDICE E

### RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DO II CÍRCULO DE CULTURA: Referenciais Teóricos e Metodológicos da PNEPS-SUS

**Tema:** "A educação modela as almas e recria os corações, ela é a alavanca das mudanças sociais" (FREIRE, 2011e p.28).

#### Observação Sistemática

Registrar "S" para Sim, "N" para Não e "P" para Parcialmente, bem como possíveis observações quanto a cada quesito:

#### 1 Motivador/Animador/Coordenador

1.1 ( ) Pontualidade?

OBS: \_\_\_\_\_

1.2 ( ) Justifica possíveis atrasos?

OBS: \_\_\_\_\_

1.3 ( ) Apresenta a atividade que será realizada, inclusive a média de duração?

OBS: \_\_\_\_\_

1.4 ( ) Cria ambiente de confiança e simpatia?

OBS: \_\_\_\_\_

1.5 ( ) Reduz ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo?

OBS: \_\_\_\_\_

1.6 ( ) Propicia condições favoráveis ao diálogo?

OBS: \_\_\_\_\_

1.7 ( ) Posição de humildade, de quem aprende com os participantes?

OBS: \_\_\_\_\_

1.8 ( ) Posição de autoridade, de quem transmite conhecimento?

OBS: \_\_\_\_\_

1.9 ( ) Não emite opiniões pessoais?

OBS: \_\_\_\_\_

1.10 ( ) Devolve ao grupo perguntas que lhes são feitas?

OBS: \_\_\_\_\_

1.11 ( ) Incentiva a reflexão do grupo?

OBS: \_\_\_\_\_

1.12 ( ) Estimula a fala de todos sem no entanto causar constrangimento em quem ainda não falou ou apresenta-se tímido?

OBS: \_\_\_\_\_

1.13 ( ) Problematiza buscando possíveis resoluções para os problemas encontrados?

OBS: \_\_\_\_\_

1.14 ( ) Certifica-se de que compreendeu o que foi exposto pelos participantes?

OBS: \_\_\_\_\_

#### 2 Participantes (Enumerar os participantes no sentido horário)

1.2 Pontualidade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.2 Justifica possíveis atrasos?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

a. Apresenta receptividade quanto à atividade que será realizada?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

b. Escuta adequadamente as orientações sobre a atividade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.5 Relaciona adequadamente as figuras aos temas geradores?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.6 Participa da tematização (codificação- sentido real/decodificação- interpretação do sentido)?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

OBS: \_\_\_\_\_

2.6 Compreende a própria realidade através de relatos de experiência?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

OBS: \_\_\_\_\_

2.7 Identifica pontos positivos na própria realidade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

OBS: \_\_\_\_\_

2.8 Identifica pontos negativos na própria realidade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

OBS: \_\_\_\_\_

2.9 Consegue intervir criticamente sobre a própria realidade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

OBS: \_\_\_\_\_

2.10 Discute os problemas surgidos na própria realidade?

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01020304050607080910 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

OBS: \_\_\_\_\_

2.11 Busca possíveis soluções para os problemas encontrados?

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01020304050607080910 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

OBS: \_\_\_\_\_

2.12 Diferencia as Perspectivas da Educação Popular em Saúde das práticas de Educação em Saúde usualmente desenvolvida na ESF

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

OBS: \_\_\_\_\_

2.13 Identifica como os princípios orientadores da PNEPS-SUS são vivenciados ou podem ser vivenciados na ESF

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

OBS: \_\_\_\_\_

2.14 Identifica suas potencialidades enquanto educador em saúde de acordo com a PNEPS-SUS

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01020304050607080910 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

OBS: \_\_\_\_\_

2.15 Identifica seus desafios enquanto educador em saúde de acordo com a PNEPS-SUS

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01020304050607080910 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

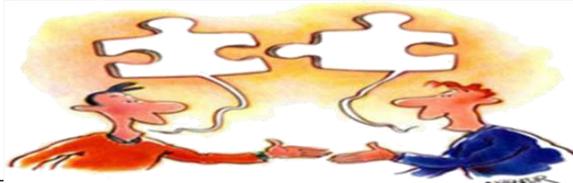
OBS: \_\_\_\_\_

**CÍRCULO DE CULTURA**

**Objetivo:** Aproximar os trabalhadores da ESF dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS.

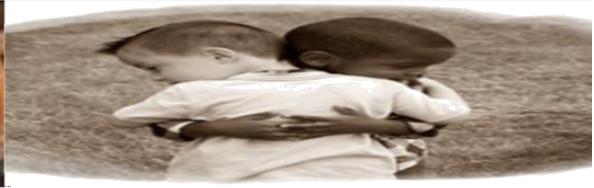
**Palavras ou Temas Geradores:**

**diálogo:** é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.



OBS

**amorosidade:** é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.



OBS

**problematização:** implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.



OBS

**construção compartilhada do conhecimento:** consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.



OBS

**emancipação:** é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.



OBS

**compromisso com a construção do projeto democrático popular:** é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.



OBS

**Tematização:** codificação a partir de figuras (selecionadas do Google imagens) e decodificação buscando a consciência do vivido, significado social, compreensão da própria realidade e perspectiva de intervir criticamente sobre ela.

**Problematização:** Discussão dos problemas surgidos na observação da realidade buscando possíveis soluções para eles.

Fonte: a autora.

## APÊNDICE F

### RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DO III CÍRCULO DE CULTURA: Técnicas Pedagógicas Participativas

**Tema:** “A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria” (FREIRE, 2011c, p. 142).

#### Observação Sistemática

Registrar “S” para Sim, “N” para Não e “P” para Parcialmente, bem como possíveis observações quanto a cada quesito:

#### 1 Motivador/Animador/Coordenador

1.1 ( ) Pontualidade?

OBS: \_\_\_\_\_

1.2 ( ) Justifica possíveis atrasos?

OBS: \_\_\_\_\_

1.3 ( ) Apresenta a atividade que será realizada, inclusive a média de duração?

OBS: \_\_\_\_\_

1.4 ( ) Cria ambiente de confiança e simpatia?

OBS: \_\_\_\_\_

1.5 ( ) Reduz ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo?

OBS: \_\_\_\_\_

1.6 ( ) Propicia condições favoráveis ao diálogo?

OBS: \_\_\_\_\_

1.7 ( ) Posição de humildade/ de quem aprende com os participantes?

OBS: \_\_\_\_\_

1.8 ( ) Posição de autoridade/de quem transmite conhecimento?

OBS: \_\_\_\_\_

1.9 ( ) Não emite opiniões pessoais?

OBS: \_\_\_\_\_

1.10 ( ) Devolve ao grupo perguntas que lhes são feitas?

OBS: \_\_\_\_\_

1.11 ( ) Incentiva a reflexão do grupo?

OBS: \_\_\_\_\_

1.12 ( ) Estimula a fala de todos sem no entanto causar constrangimento em quem ainda não falou ou apresenta-se tímido?

OBS: \_\_\_\_\_

1.13 ( ) Problematiza buscando possíveis resoluções para os problemas encontrados?

OBS: \_\_\_\_\_

1.14 ( ) Certifica-se de que compreendeu o que foi exposto pelos participantes?

OBS: \_\_\_\_\_

#### 2 Participantes (Enumerar os participantes no sentido horário)

2.1 Pontualidade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.2 Justifica possíveis atrasos?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.3 Apresenta receptividade quanto à atividade que será realizada?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.4 Escuta adequadamente as orientações sobre a atividade?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

2.5 Relaciona adequadamente as figuras aos temas geradores?

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBS: \_\_\_\_\_

|   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2.6 Participa da tematização (codificação- sentido real/decodificação- interpretação do sentido)? |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 01  | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |

OBS: \_\_\_\_\_

|   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2.6 Compreende a própria realidade através de relatos de experiência? |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 01  | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |

OBS: \_\_\_\_\_

|   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2.7 Identifica pontos positivos na própria realidade? |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 01  | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |

OBS: \_\_\_\_\_

|   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2.8 Identifica pontos negativos na própria realidade? |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 01  | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |

OBS: \_\_\_\_\_

|   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2.9 Consegue intervir criticamente sobre a própria realidade? |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 01  | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |

OBS: \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.10 Discute os problemas surgidos na própria realidade? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01020304050607080910                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBS: \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.11 Busca possíveis soluções para os problemas encontrados? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01020304050607080910   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBS: \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.12 Identifica objetivos/ aplicabilidade de cada uma dessas técnicas? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01020304050607080910   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBS: \_\_\_\_\_

|  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2.13 Relata experiência como participante/ facilitador de práticas educativas desenvolvidas com essas Técnicas Pedagógicas Participativas? |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 01   | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |

OBS: \_\_\_\_\_

|   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2.14 Relata como gostaria que essas Técnicas Pedagógicas Participativas fossem trabalhadas para o desenvolvimento de sua habilidade como educador em saúde? |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 01  | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |

OBS: \_\_\_\_\_

**CÍRCULO DE CULTURA**

**Objetivo:** Identificar o conhecimento e a experiência dos trabalhadores da ESF acerca das práticas pedagógicas participativas.

**Temas geradores:**

Técnicas vivenciais

descontração/animação: também conhecida como “quebra gelo”, pois quebra a seriedade do grupo, ajuda a eliminar as tensões, promove alegria, desinibe e aproxima os participantes, preparando-os para o encontro.



OBS: \_\_\_\_\_

relaxamento: pode ser utilizada logo após os momentos de descontração para que os participantes possam voltar à

tranquilidade e iniciar os processos formativos; possui como meta a eliminação da ansiedade e da fadiga, o equilíbrio entre o corpo e a mente, o exercício respiratório e adequação da frequência cardíaca, melhorando a concentração, a capacidade de observar e escutar, tornando o encontro mais produtivo.



OBS

**integração:** permite desenvolvimento da comunicação e interação em torno de um objetivo comum; importante exercício de autoanálise, pois favorece que cada indivíduo reflita sobre suas atitudes individuais e para com o grupo, bem como sobre suas contribuições para projetos coletivos; faz-se imprescindível para que os participantes possam compartilhar sentimentos, percepções e experiências que contribuirão para discussão e reflexão do grupo, consequentemente para o aprendizado.



OBS

**formação participativa:** é mais abrangente que uma dinâmica por possibilitar a ampliação do conhecimento do grupo sobre um conteúdo formativo, orientando a discussão, compreensão e intervenção acerca de temáticas que possuem objetivos delimitados, sendo necessários recursos específicos que contribuam para a construção do conhecimento.



OBS

Técnicas com atuação e musicalidade

**apresentação teatral/teatro de bonecos:** trata-se de adequado instrumento de expressão, comunicação e aprendizado, além de proporcionar descontração e alegria; configura-se como modalidade de ensino-aprendizagem que acopla movimentos, expressões corporal e facial, vozes, ousadia, criatividade e sonhos, favorecendo o crescimento individual e coletivo; ao integrar arte e educação em saúde, facilita o interesse em participar, socialização dos problemas cotidianos e busca de possíveis soluções para eles, intensifica a troca de saberes e construção de novos conhecimentos.



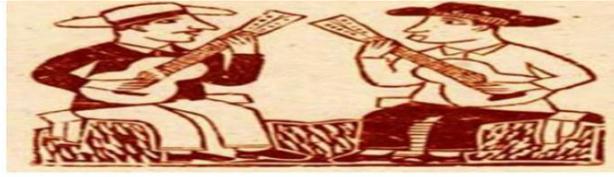
OBS

**dança:** é uma expressão corporal demonstrada através de movimentos que potencializam a relação do ser humano com o mundo, e analisada sob a ótica dos costumes regionais favorece a socialização, a comunicação, a afetividade, a alegria e fortalece os costumes de um povo.



OBS

**repente:** arte desenvolvida por poetas populares da região Nordeste que cantam seus versos "de repente", improvisam rimas em um desafio com outro cantador, acompanhados de violas, não importando a afinação, mas sim a esperteza de compor provocando o parceiro que deve responder suas suscitações.



OBS

**paródia musical:** é uma recriação da letra de acordes existentes, constituindo-se numa nova versão literária, mas respeitando a musicalidade da obra original. Como técnica educativa é uma maneira de recriar e transformar através de canções existentes, utilizando-se de nova linguagem manifestada pela intertextualidade e reflexividade.



OBS

#### Técnicas audiovisuais

**filme/vídeo:** favorece o reencontro com valores culturais, ideológicos e sociais, além de fortalecer o campo estético através da arte, de fecundar sonhos por meio do lúdico, proporcionar diversão e lazer, é uma possibilidade para construção do conhecimento através análise e reflexão.



OBS

**exposição dialogada/roda de conversa:** caracteriza-se pela apresentação de conteúdos por parte de um mediador que provoque o diálogo e promova uma discussão democrática, considerando o saber pregresso dos participantes, que resultará na reelaboração do saber; a roda de conversa é uma ferramenta que exprime horizontalidade entre os participantes, havendo a dissolução da figura do mestre como centro da prática educativa.



OBS

#### Técnicas visuais

**recorte e colagem/produção de painel:** utilização dos mais diversos materiais, tais como tecidos, papéis, papelões, revistas, fotografias e outros, combinando várias técnicas, como cortar, picar, rasgar ou amassar e colar justapondo ou sobrepondo em inúmeras superfícies, sejam lisas, rugosas, opacas ou brilhantes; pode ser utilizada concomitantemente com a produção de painel, este por vez pode ser desenvolvido de diversas formas e com várias finalidades dentro das práticas educativas em saúde.



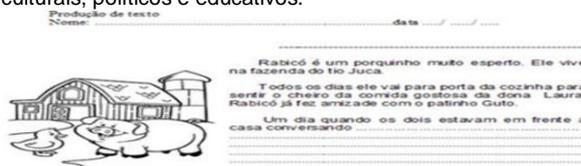
OBS

**desenho/pintura:** importantes formas de comunicação humana através do senso estético, da criatividade e da sensibilidade; no desenho, utiliza-se o traço e na pintura emprega-se a cor seja sobre papel, tela, parede ou qualquer outra superfície a ser trabalhada, a criação das formas são expressões de visão de mundo, recriação de imagens, manifestação de sentimentos que podem ter seus sentidos explorados, fazendo-se análise e reflexão da mostra artística possibilitando transformações e construção do conhecimento.



OBS \_\_\_\_\_

texto/narrativa: faz parte da história da humanidade e os seres humanos são por natureza contadores de histórias, narradas de geração em geração; nessa perspectiva, a tradição oral é fortalecida quando vinculada à escrita, concebendo a narrativa como ato de contar e registrar o modo pelo qual o mundo é visto e vivenciado pelos sujeitos dentro dos seus contextos históricos, sociais, culturais, políticos e educativos.



OBS \_\_\_\_\_

cordel/poesia: versos populares rimados que narram histórias que são dispostas em livretos com capas ilustradas por xilogravuras que identificam o conteúdo principal, são expostos em barbantes para serem vendidos, geralmente em feiras livres por seus próprios autores.



OBS \_\_\_\_\_

panfleto/jornal: panfleto ou folheto consiste em uma única folha de papel dobrada em várias partes ou em algumas páginas dobradas ao meio e grampeadas nas dobras contendo impressão ou fotocopiada em todas suas faces, utilizado para divulgação de ideias, informações, marcas, produtos, dentre outros, por ser de fácil manuseio e possuir baixo custo quando comparado a outras ferramentas, sendo amplamente utilizado para atingir grandes públicos em curto intervalo de tempo; o jornal é uma importante ferramenta de comunicação por disponibilizar fatos, ideias e opiniões atualizadas sobre os mais diversos temas, valores, ética, cultura e cidadania, inserindo o indivíduo na vida social.



OBS \_\_\_\_\_

**Tematização**: codificação a partir de figuras (selecionadas do Google imagens) e decodificação buscando a consciência do vivido, significado social, compreensão da própria realidade e perspectiva de intervir criticamente sobre ela.

**Problematização**: Discussão dos problemas surgidos na observação da realidade buscando possíveis soluções para eles.

Fonte: a autora.

## APÊNDICE G

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ELIZABETE GONÇALVES MAGALHÃES FILHA, RG 97029099768, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/ Nucleadora Universidade Regional do Cariri (URCA), está realizando a pesquisa intitulada **RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, que tem como objetivo: **RESSIGNIFICAR AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), FUNDAMENTADAS NA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PNEPS-SUS)**. Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas da Pesquisa-intervenção: planejamento (estrutura e programação de Círculos de Culturas para levantamento de informações, forma como essas informações serão registradas, ordenadas, classificadas e analisadas, embasando-as no referencial teórico) e implementação de inferências (componente interventivo do estudo através do desenvolvimento dos Círculos de Cultura) e avaliação (componente que subsidiará a construção do plano de mudanças ou inovações das práticas educativas na ESF).

Por essa razão, o(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em participar de três Círculos de Cultura (Apresentação de palavras ou temas geradores; Tematização; e Problematização) para levantamento dos saberes e práticas sobre Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde, bem como favorecer sua aproximação dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS-SUS e averiguar conhecimento e experiência com as práticas pedagógicas participativas. As informações desses Círculos de Cultura subsidiarão a construção de uma proposta de ativação de mudanças das práticas educativas em saúde na ESF através do método de Oficina. Este plano de reconstrução das práticas educativas na ESF será posteriormente validado por especialistas. Os procedimentos utilizados para o registro das informações serão filmagens, gravações de áudio, fotografias e observações que serão redigidas em formulários semiestruturados. Estes procedimentos poderão trazer algum desconforto, por exemplo, inibição, mensurado em risco mínimo, ou seja, o mesmo apresentado em uma conversa com muitos participantes, e para que seja minimizado, você será esclarecido em qualquer aspecto que desejar, e sua fala poderá ser suprimida do estudo, caso sinta constrangimento.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de reconstrução das práticas educativas em consonância com a PNEPS-SUS, que enquanto referencial teórico e prático pode contribuir para abertura de diálogo entre comunidade e trabalhadores da ESF, proporcionando espaços de reflexão, aprendizado e criatividade capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, bem como ampliação e criação de diálogos, troca de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença.

Toda as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. Seus dados pessoais e suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nas falas, nas filmagens, nos áudios, nas fotografias e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado os Círculos de Cultura.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar-me: Elizabete Gonçalves Magalhães Filha, nos turnos noturnos à R. José Pereira Lima, 142, Salesianos, CEP 63.050-061, Juazeiro do Norte-CE; ou em horários comerciais pelo telefone (88) 99197980; ou a qualquer momento pelo e-mail [elifil@bol.com.br](mailto:elifil@bol.com.br).

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Regional do Cariri, localizado à Rua Coronel Antonio Luiz, 1161, 1º andar, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88) 3102.1212 ramal 2424, Crato-CE

Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia desse TCLE.

**APÊNDICE H****TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE referente à pesquisa intitulada **RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, que tem como objetivo: **RESSIGNIFICAR AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), FUNDAMENTADAS NA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PNEPS-SUS)**, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Juazeiro do Norte-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE I

### O que seria Educação em Saúde?

Seria ditar regras  
para comunidade obedecer  
mostrando que sou eu  
o dono do saber?

Seria fiscalizar  
e punir quem desrespeitar as  
normas que foram criadas  
para serem acatadas?

Seria transmitir informação  
de como cuidar da saúde,  
evitar as doenças  
e manter o corpo são?

Seria divulgar campanha para  
prevenir ou diagnosticar  
doenças que podem detonar a  
saúde de nossa população?

Seria convencer a comunidade  
do que não se deve fazer  
não pode fumar nem  
beber para não adoecer?

Ou seria dialogar e auxiliar  
o próprio povo a identificar  
o que pode melhorar ou prejudicar  
para uma atitude tomar?

Elizabeth G. Magalhães Filha

## APÊNDICE J

### **Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde: conhecendo a trajetória para reconstrução de suas práticas**

Meus companheiros eu vos peço nesse momento muita atenção,  
Nessa história que vos conto com fervor no coração,  
Sobre práticas educativas em saúde no solo dessa nação,  
E como parte desse processo qual a nossa implicação.

Vamos refletir agora fundamentação histórica e conceitual,  
Da Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde-EPS e coisa e tal,  
Para conhecer bem amiúde nossa Política Nacional,  
E com esta PNEP-SUS, teremos mais atitude e mudança de astral.

Qual conceito e objetivo de Educação em Saúde?  
E nossa concepção e prática de dessas atividades na ESF?  
Quais princípios norteadores e estratégicos da PNEPS?  
E como a PNEPS-SUS se diferencia das práticas educativas da nossa ESF?

Com essa oficina esperamos identificar,  
Conhecimento sobre saberes e práticas educativas,  
Dos trabalhadores de saúde desse lugar,  
Refletindo sobre a PNEPS-SUS e o que veio acrescentar.

Para contextualizar Educação em Saúde precisamos compreender,  
Sua evolução histórica ao redor do mundo e ver,  
Que surgiu foi na Europa pra assim poder conter,  
Na segunda metade do século XIX as epidemias e o sofrer.

Mas o padecimento e a opressão só aumentavam,  
Pois pra os menos favorecidos era que as práticas se destinavam,  
Como regras de higiene e ações disciplinares,  
Apelando pra condutas morais como se fossem mudar “os ares”

E no final do século XIX, no Brasil já vigorava,  
Essa prática educativa desumanamente autoritária,  
Embasadas na higiene e caráter comportamental,  
Onde medidas preventivas e imunização obrigatória ganharam apoio total.

Entre 1903 e 1909 com a crescente industrialização e urbanização,  
Surge o Movimento Higienista tendo Oswaldo Cruz na antemão,  
Autoritarismo verdadeiro e compulsão por vacinação,  
Confinamento de enfermos para evitar disseminação.

Educação em Saúde resumia-se a versos guardados na memória,  
E os pobres é que sofriam toda ação discriminatória,  
Culpabilizados por suas mazelas e não tinham escapatória,  
Culminando na revolta contra a vacinação compulsória.

Em 1919, nos EUA, surge a Educação Sanitária,  
Que foi trazida pro Brasil, liderada por Carlos Chagas,  
Com redução do poder de polícia e transmissão de consciência sanitária,  
E relação educador e educando com práticas verticalizadas.

Fundamentava-se no referencial biologicista do processo saúde-doença,  
Onde ações hospitalocêntricas e curativistas estavam em evidência,  
Não havendo necessidade de educandos com consciência,  
Fortalecendo a “ideia bancária” de conhecimento sem coerência.

Em 1942, um fato pode ser observado,  
Com a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública-SESP,  
Grupos de educação sanitária específicos foram criados,  
Enfocando a prevenção de doenças como assunto apropriado.

Em 1945, com a criação da Organização Mundial de Saúde-OMS,  
Saúde deixa de ser conceituada como ausência de doença,  
Passando a ter maior abrangência,  
Como completo bem estar físico, mental e social, ampliando sua crença.

Na década de 1960, com o advento da medicina comunitária,  
A concepção “populista” camuflava a visão “autoritária”,  
Passando a impressão de que o educando fazia parte,  
Manipulando-o para que não percebesse sua dependência e inferioridade.

Na década de 1970, eclodiram muitos movimentos,  
E profissionais de saúde defenderam a construção do conhecimento,  
Desencadeado por Paulo Freire com sua Educação Popular,  
Tematizando e problematizando para o educando libertar.

A Educação Popular em Saúde-EPS passou a ser um elemento,  
Contrapondo a “ideia bancária” de transmissão do conhecimento,  
O saber técnico-científico não devia mais ser imposto,  
Com a participação e o diálogo, os sujeitos tomaram gosto.

A Educação em Saúde como prática de promoção, É  
artefato capaz de capacitar o cidadão,  
Pra intervir na própria vida e ter participação,  
No seu processo de saúde, seja manutenção ou recuperação.

Uma alternativa pra ela é a Educação Popular,  
Que com referencial dialógico vem se apresentar,  
E também com a dialética que é arte de argumentar,  
Valorizando a cultura e os problemas do lugar.

Nas décadas de 1980 a 1990, a abertura política veio propiciar,  
Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde-CNS veio o SUS regulamentar,  
Desencadeada pela Constituição Federal de 1986, que pôs a governança em seu lugar,  
Afirmando que “saúde é direito de todos” e o dever do Estado é proporcionar.

No campo da EPS, em 1991 venho apresentar,  
O I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde que fez desabrochar, A  
Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde-ANEPS,  
Que profissionais de saúde, pesquisadores e lideranças sociais vieram organizar.

Para garantir os princípios do SUS e a Atenção Básica reestruturar, Criou-se  
o Programa Saúde da Família-PSF em 1994, pra saúde melhorar,  
Remontando ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS de 1991,  
experiência espetacular,  
Passando a família a ser foco de atenção, prevenção e promoção no seu próprio lugar.

Em 2003, a Educação Popular em Saúde aproximou-se da esfera  
Federal, Mas foi a 12ª CNS em 2004, que garantiu mudança institucional,  
Sendo inserida na Gestão Estratégica Participativa-SGEP em 2005,  
Fortalecendo sua identidade com a democratização do SUS através da partição social.

Em 2006, o PSF consolida-se como estratégia, passando assim a ser ESF,  
Tendo em 2011, a Política Nacional da Atenção Básica-PNAB revisada, Para  
que suas diretrizes e normas fossem melhor implementadas, Lembrando que  
Educação em Saúde teria que ser articulada.

A SGEP instituiu em 2009, o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde-CNEPS, Reunindo um coletivo de 28 membros titulares e suplentes, Que discutiram e construíram estratégias de fortalecimento da EPS, Apoiando e sistematizando o processo de formulação e implantação da PNEPS.

Com o intuito de estimular as práticas e princípios da EPS, Foi que a Portaria Nº 2.979/2011 foi publicada pela SGEP-MS, Garantindo recursos federais às gestões estaduais de cada lugar, Para implementação do ParticipaSUS e a equidade em saúde proporcionar.

Na 14ª CNS em 2012, o Espaço Paulo Freire fomentou liberdade de expressão, Construção do conhecimento em saúde a partir da integração, Dos diversos saberes, da cultura popular e da discussão, Garantia dos direitos à saúde partindo da participação.

Em 2013, a Portaria Nº 2.761 instituiu a PNEPS-SUS, Propondo prática político-pedagógica que pudesse fazer jus, Perpassando promoção, proteção e recuperação no âmbito do SUS, Enfocando troca de saberes e práticas científicas e populares como bônus.

A PNEPS-SUS conta, com seis princípios para orientação: Diálogo; Construção compartilhada do conhecimento; Problematização, Amorosidade; Construção do projeto democrático e popular; e Emancipação, Aproximando os sujeitos, dos serviços de saúde e da gestão.

E conta ainda com quatro princípios estratégicos: Participação, controle social e gestão participativa; Formação, comunicação e produção de conhecimento; de forma intensa e ativa, Cuidado em saúde; e Intersetorialidade e diálogos multiculturais, Provando positivamente ao povo o universo de que é capaz.

Elizabeth G. Magalhães Filha

## APÊNDICE K

| <b>ELEMENTOS E FUNÇÕES DA LINGUAGEM</b><br>(Frases para tarjetas com afirmativas verdadeiras, falsas, vivências e explicação)  |
|--|
| Comunicar é informar, transmitir ou emitir informação.   |
| Comunicação é a relação dialógica de compartilhar informação.  |
| Quando comunicamos nem sempre o receptor compreende a mensagem.  |
| Para que aconteça a comunicação é necessário que o receptor compreenda a informação.   |
| Comunicar e comunicação são a mesma coisa.   |
| A comunicação pode ser verbal e não verbal.  |
| Exemplifique a comunicação verbal.   |
| Exemplifique comunicação não verbal.   |
| Nas nossas vivências comunicamos ou desenvolvemos comunicação?   |
| Exemplifique o significado de “comunicar”.   |
| Exemplifique o significado de “comunicação”.   |
| Quando trocamos experiências e ideias estamos ensinando e aprendendo.  |
| Só aprendemos com pessoas que são especialistas em assuntos determinados.  |
| Comunicação significa colocar algo em comum com o outro.   |
| O que é necessário para que a comunicação aconteça?  |
| Quem comunica é o emissor e deve possuir objetivo e conhecimento para informar, podendo ser chamado também de remetente.   |
| Quem recebe a mensagem é o receptor ou destinatário e deve receber passivamente a informação.  |
| A mensagem é o conjunto de sinais, símbolos e códigos que é transmitido/assimilado.  |
| Para que a comunicação aconteça esse conjunto de sinais e códigos devem ser conhecidos tanto pelo emissor quanto pelo receptor.  |
| O canal é o meio pelo qual a mensagem pode ser conduzida, tais como a voz as pregas vocálicas conduzem a voz; gestos e expressões que são conduzidas pelos nossos sentidos; a carta, o jornal, a revista, o livro, a internet conduzem palavras escritas e a figuras; o rádio, a internet e mídias conduzem a música; a televisão, a internet e mídias conduzem vídeos; etc.   |
| O receptor ao receber a mensagem deve ser um sujeito ativo, tornando-se preceptor, alguém com capacidade de analisar e discutir a informação.  |
| A mensagem deve ter conteúdo técnico e informativo e por isso não deve agrupar experiências e emoções, nem considerar o contexto sociocultural.  |
| Quando acontece a comunicação, observa-se que em alguns momentos o emissor passa a ser receptor e o receptor passa a ser emissor.  |
| Nas nossas práticas educativas somos sempre emissores e a nossa comunidade receptora ou permitimos a inversão de papéis?   |
| Contexto é a situação a que a mensagem se refere.  |
| Muitos fatores podem influenciar o processo de comunicação, tais como o tempo, o espaço, o meio, o clima relacional, o corpo, a experiência, a história, as expectativas, dentre outras.   |
| Exemplifique como o tempo (intervalo; duração) pode influenciar no processo de comunicação.  |
| Exemplifique como o espaço (ambiente; local) pode influenciar no processo de comunicação.  |
| Exemplifique como o meio (canal de comunicação) pode influenciar no processo de comunicação  |
| Exemplifique como o clima relacional (atmosfera que circunda a relação; como se tratam) pode influenciar no processo de comunicação.   |
| Exemplifique como o corpo (gestos; entonação; emoções) pode influenciar no processo de comunicação.  |
| Exemplifique como a experiência (vivência; prática) pode influenciar no processo de comunicação.   |
| Exemplifique como a história (acontecimentos vividos num determinado período) pode influenciar no processo de comunicação.   |
| Exemplifique como expectativa (ansiedade; perspectiva) pode influenciar no processo de comunicação.  |
| Quais barreiras de comunicação podem ser identificadas nas práticas educativas que usualmente desenvolvemos na ESF?  |
| Os elementos da comunicação são: emissor (quem manda a mensagem), código (combinação de sinais e símbolos que compõem a mensagem), mensagem (decodificação do conjunto de sinais e símbolos para que possa ser compreendida), canal (meio pelo qual a mensagem se propaga), receptor (quem recebe a mensagem), contexto (situação a que a mensagem se refere), e feedback (retorno de como a mensagem foi compreendida pelo receptor). |

|   |
|---|
| Qual o mais importante, o emissor, o código, a mensagem, o canal, o receptor, o contexto ou o feedback?   |
| Todos os elementos são essenciais para haver comunicação, mas de acordo com o objetivo do ato de comunicação um pode apresentar-se mais em evidência que os outros, dizemos então que nossa linguagem apresenta várias funções.   |
| A linguagem pode ser usada para várias finalidades, tais como explicar alguma coisa, informar, pedir, influenciar, expressar sentimentos e perguntar, tudo dependerá da evidência que se dá a cada um dos elementos da comunicação  |
| A função emotiva ou expressiva acontece quando a evidência se encontra no emissor (caracteriza-se pela emoção ou expressão de quem envia a mensagem e encontra-se sempre na primeira pessoa do singular)  |
| Exemplifique a utilização da função emotiva nas práticas educativas em saúde  |
| A função conativa ou apelativa e acontece quando a evidência se encontra no receptor e seu objetivo é influenciar ou persuadir ou convencer (caracteriza-se por frases no modo imperativo, como nas propagandas)  |
| Exemplifique a utilização da função conativa nas práticas educativas em saúde   |
| A função metalinguística é quando a ênfase se encontra no código e tem como objetivo explicar o próprio código, como acontece quando se utiliza o dicionário ou se explica o que se entende em um ditado popular.   |
| A função fática é quando a ênfase recai no canal de comunicação, testando-o para garantir que a mensagem está sendo compreendida.   |
| Exemplifique a utilização da função fática nas práticas de educação em saúde.   |
| A função referencial acontece quando se pretende transmitir uma mensagem de forma direta como ocorre nos trabalhos científicos e nos jornais.   |
| Exemplifique a utilização da função referencial nas práticas de educação em saúde.  |
| A função poética é quando a ênfase está na mensagem de forma artística, com utilização de palavras elaboradas e rítmicas para chamar atenção e encantar como acontece nas poesias.  |
| Exemplifique a utilização da função poética nas práticas de educação em saúde.  |
| A atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem sem perguntar ou questionar as informações que lhes são transmitidas.  |
| Existe função linguística ideal para ser utilizada nas práticas de educação em saúde?   |
| Podemos utilizar várias funções da linguagem numa mesma prática educativa?  |
| O modelo tradicional ou autoritário enfatiza a mensagem de forma direta, portanto faz uso da linguagem referencial, considerando que o receptor deve absorver a mensagem, caracterizando uma relação verticalizada.   |
| Não precisa se preocupar com o universo conceitual da população, pois apenas transmitir o conhecimento é suficiente.  |
| Recomendações práticas quebram as barreiras socioeconômicas e culturais não dificultando que as pessoas sigam as orientações.   |
| Quando as informações são transmitidas de forma fragmentada e fora do contexto acabam não atingindo o objetivo desejado.  |
| O modelo populista ou manipulatório enfatiza os resultados utilizando para isso a linguagem conativa, acrescentando o feedback ou retroalimentação para assegurar que a mensagem foi compreendida, porém não tem como garantir que será colocada em prática.                              |
| A simples divulgação de como fazer para evitar doença e ter saúde contribui faz com que as pessoas mudem práticas indesejáveis e busquem as saudáveis, melhorando assim a qualidade de vida.  |
| O modelo dialógico libertador enfatiza o emissor e o receptor, que deve atuar como preceptor e por isso é também conhecido como participativo por proporcionar processo horizontal e simultaneidade entre os papéis.  |
| As mudanças no sentido de manter, buscar e reivindicar por saúde ocorrem quando o indivíduo, os grupos populares e a equipe de saúde identificam juntos os problemas, pensam em possíveis soluções e planejam como fazer para atingir os objetivos.                                       |
| A discussão, a reflexão crítica, a partir de um dado conhecimento sobre saúde/doença, suas causas e conseqüências, permitem que se chegue a uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de uma doença e como resolver os problemas para modificar aquela realidade. |
| A troca de informações é importante para que a população tome as próprias decisões.   |

Fonte: a autora.

## APENDICE L

### CERIMONIAL DE PARTICIPAÇÃO, UNIÃO E COOPERAÇÃO

Um cerimonial é o desenvolvimento de um rito, esse é de união e cooperação. Um acordo entre as partes que exige respeito, concentração e introspecção. Uma celebração do amor que elimina todos os desentendimentos e mágoas entre os participantes, e faz aflorar o perdão, a alegria do encontro e a leveza da solidariedade.

Estamos em círculo, com a mão direita por cima, simbolizando nossa capacidade de ajudar e nossa mão esquerda embaixo, simbolizando nossa necessidade de receber auxílio, pois “nenhum de nós é tão pobre que não possa doar e nem tão rico que não precise receber”.

Deve haver sempre um equilíbrio entre dar e receber que é encontrada na partilha. Partilhar não é dar o que temos excedendo ou que não nos serve mais, é dividir o que possuímos e que poderá até fazer-nos falta. Em alguns momentos, o que temos pode ser muito bom, como aquele chocolate ou outra coisa que gostamos muito e pode até bater aquele sentimento mesquinho de guardar só para si, mas pode também ser a esperança de dias melhores, alegria de uma conquista, etc. Em outros momentos, precisamos partilhar uma tristeza, uma decepção, uma desilusão que poderá causar em nós o adoecimento não só da mente, mas do corpo também.

Vivemos em mundo permeado por agitações, por nossos afazeres, pela necessidade de produzir, de consumir e muitas vezes não percebemos que estamos nos esquecendo de viver, de parar, respirar, ouvir, sentir, falar, etc.

As redes sociais que eram para diminuir distâncias estão quase sempre nos afastando de quem está no nosso convívio para interligar-nos com quem está bem distante, sem emoção, distraidamente, sem calor humano, pensemos nisso.

Voltando para nosso cerimonial, o círculo é a formação mais democrática que existe para simbolizar a união e a cooperação. Talvez seja um legado dos nossos ancestrais após a descoberta do fogo, ao sentarem-se ao redor da fogueira para aquecerem-se e protegerem-se do frio; em outros momentos faziam círculos para festejar colheitas e caças, garantindo que ninguém ficasse fora da roda.

E é dessa forma que precisamos permanecer no nosso cotidiano, em círculos. Certificando-nos que todos estejam participando, que ninguém é melhor que ninguém, pois estamos todos no mesmo nível, não há ninguém atrás de nós, nem na nossa frente. Estamos em busca dos mesmos ideais, não precisamos ser melhores que os outros, precisamos ser tão bons quanto os melhores. Todos possuímos direitos e deveres, e devemos cumprir nossos deveres e lutar para garantir nossos direitos. Só dessa forma, com participação, união e cooperação é que poderemos ressignificar nosso processo de trabalho, conquistar melhorias para trabalhar com qualidade, pautando-nos no respeito e na solidariedade.

Que nesse círculo permaneça o ânimo, a alegria, a motivação, a comunicação, o compromisso, a disponibilidade, a flexibilidade, e tudo o que fortalece e faz de nós vencedores.

Elizabeth Gonçalves Magalhães Filha

**APÊNDICE M****QUAL A SUA ARTE?**

“Ninguém é tão sábio que não tenha algo pra aprender e nem tão tolo que não tenha algo pra ensinar.”

Blaise Pascal

Caros Participantes!

Faremos uma oficina de trabalho no nosso próximo encontro que irá exigir toda sua criatividade e aptidão.

Cada um deve escolher um de suas expressões artísticas, algo que tenha aptidão e goste de fazer para compartilhar com outro participante.

Deixe a imaginação livre, vale: tricô, crochê, dobradura, costura, bordado, pintura em papel/tela ou, tecido, culinária, modelagem, arranjo de flores, colagem, cartonagem, teatro de fantoches, mímica, recortes, música, canto entre outras artes.

Cada participante será responsável por providenciar o material necessário para o desenvolvimento desta atividade, ou seja, mostrar como se faz a um dos seus colegas e estimulá-lo a tentar fazer com você.

Aguardaremos com expectativas as produções artísticas de vocês!

## APÊNDICE N

### SABERES CIENTÍFICO E POPULAR

|   |
|---|
| Os saberes científico ou técnico e popular ou empírico são opostos e não há como conciliá-los (Verdadeiro ou Falso?)  |
| O saber científico sobrepõe-se ao conhecimento popular numa relação vertical, domidadora e de transmissão unidirecional (Verdadeiro ou Falso?)  |
| A relação entre o saber científico e o saber popular deve ser dialógica, horizontal, bidirecional e democrática (Verdadeiro ou Falso?)  |
| O saber científico e o saber popular são distintos, mas não essencialmente opostos podendo tornar-se complementares (Verdadeiro ou Falso?)  |
| A população desenvolve durante seu cotidiano um saber que embora não tenha sido sistematizado não pode ser destituído de validade e importância (Verdadeiro ou Falso?)  |
| O saber popular é o mesmo que mito ou superstição (Verdadeiro ou Falso?)  |
| O saber popular pode ser ponto de partida para transformações quando apoiado pelo saber técnico-científico (Verdadeiro ou Falso?)   |
| O saber popular e científico quando utilizados em consonância podem orientar processos educativos dialógicos e problematizadores, nos quais os questionamentos surgem ou são lançados, considerando a realidade e os fatores socioculturais, encontram as verdadeiras causas e efeitos proporcionando liberdade para os envolvidos fazerem suas escolhas (Verdadeiro ou Falso?) |
| A ação educativa não pode legitimar crenças, valores, temores e costumes, pois isso surge a partir da interpretação que o povo faz do mundo (Verdadeiro ou Falso?)  |
| O confronto que acontece entre o saber científico e o saber popular dentro da ação educativa é para a reconstrução de novos saberes, implicando também a transformação dos sujeitos, tanto dos técnicos quanto da população (Verdadeiro ou Falso?)  |
| Não é necessário conhecimento nem habilidade para conduzir processos educativos dialógicos, pois os saberes fluem das experiências (Verdadeiro ou Falso?)   |
| Para conduzir processo educativos problematizadores é imprescindível além de competência técnica, compreensão do contexto socioeconômico, político e cultural (Verdadeiro ou Falso?)  |
| O facilitador deve atuar como viabilizador do processo de construção do conhecimento, instigando a análise e reflexão, possibilitando que os próprios sujeitos encontrem soluções viáveis para seus questionamentos (Verdadeiro ou Falso?)  |
| É mais prático o educador em saúde ditar regras para serem depositadas nas cabeças das pessoas que construir processos educativos participativos, considerando o conhecimento progresso e as experiências dos educandos (Verdadeiro ou Falso?)  |
| A identidade cultural e artística não deve ser levada em consideração nas práticas educativas porque não faz sentido alimentar costumes e conhecimento que não tem comprovação científica (Verdadeiro ou Falso?)  |
| Valorizar a cultura e a arte de um povo faz com que ele se sinta pertencente ao processo educativo, proporciona inclusão, além de chamar atenção, embelezar e fazer eclodir emoções (Verdadeiro ou Falso?)  |
| Muitos profissionais de saúde excluem as práticas oriundas do saber popular porque desconhecem o valor que possuem e o quanto podem contribuir para a edificação e manutenção da saúde do povo (Verdadeiro ou Falso?)   |
| Os profissionais de saúde tiveram formação voltada apenas para questões técnico científicas e por isso desprezam o saber popular (Verdadeiro ou Falso?)   |
| Através do diálogo, da convivência ativa de saberes científicos e populares deve acontecer o despertar de potências, o respeito intercultural, o vínculo e a solidariedade (Verdadeiro ou Falso?)   |
| As práticas populares de cuidados são respeitadas pela PNEPS-SUS, por apresenta caminhos para integração dos saberes a partir da escuta do saber uns os outros, frutos das experiências, da interpretação que fazem do mundo e do contexto sociocultural (Verdadeiro ou Falso?)   |
| Os (As) raizeiros (as)/ erveiros (as), benzedeiros (as)/ curandeiros (as), parteiras, praticantes de matrizes africanas e indígenas são exemplos de atores de práticas populares e podem contribuir para projetos que considerem a autonomia dos sujeitos, a promoção da saúde e a qualidade de vida (Verdadeiro ou Falso?)   |
| A PNEPS-SUS compreende essas práticas populares como importantes mediadoras entre os saberes técnico científicos e populares, sem intuito de profissionalizá-los, mas busca-las como aliadas do cuidado holístico e integralizado (Verdadeiro ou Falso?)  |

Fonte: a autora

## APÊNDICE O

### SLIDES EXPOSIÇÃO DIALOGADA COM RODA DE CONVERSA

# PLANEJAMENTO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESF

ELIZABETE G.M. FILHA



## FORMAS DE PLANEJAMENTO

### CENTRALIZADO

- Equipes pensam, decidem e executam (tecnicamente);
- Atende aspectos epidemiológicos;
- Controle e fiscalização das ações por parte do gestor;
- Rápido e previsível.



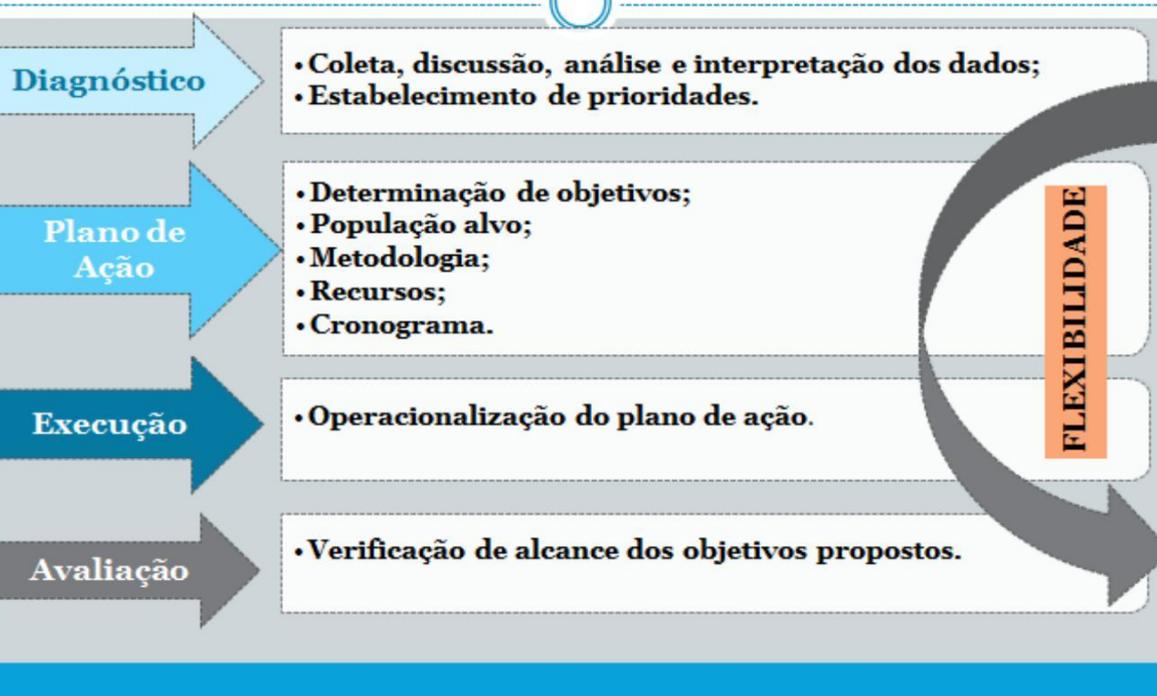
### PARTICIPATIVO

- Equipe e população discutem os problemas e pensam em possíveis estratégias para resolução;
- Compartilham todos os passos: planejamento, execução e avaliação;
- Diálogo bidirecional e democrático;
- Favorece a transformação da realidade.

## MOMENTO PARA REFLEXÃO



## ETAPAS DO PLANEJAMENTO



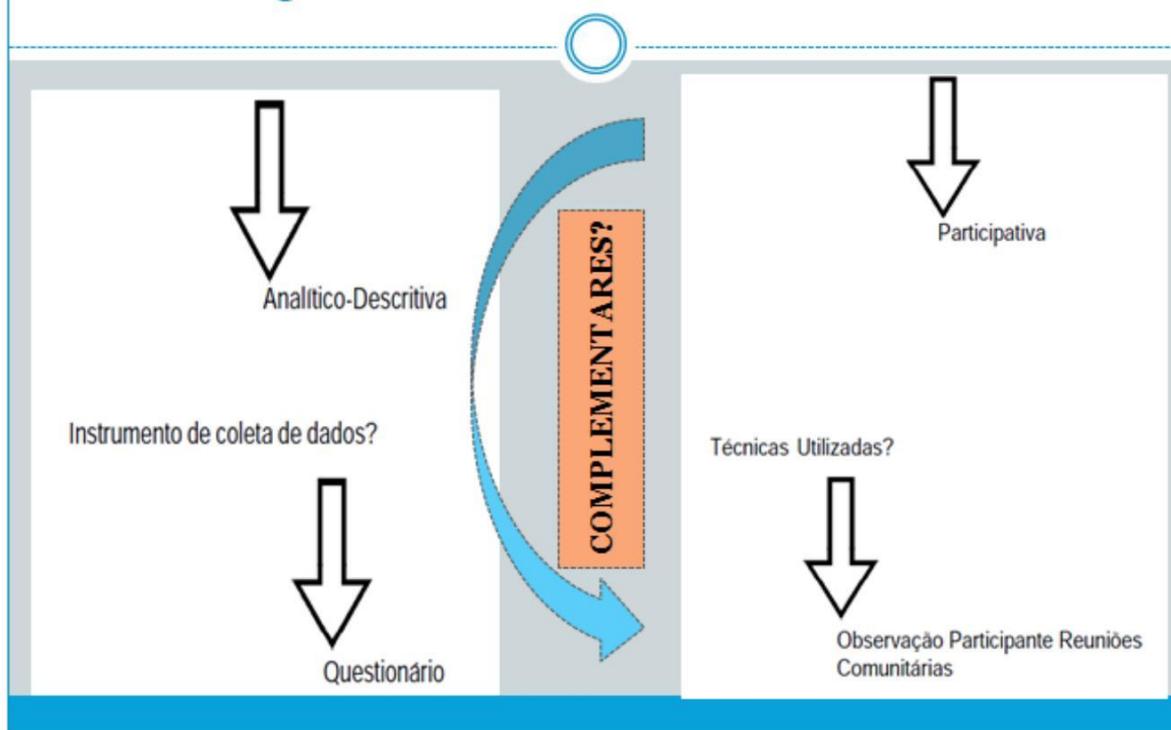
## DIAGNÓSTICO



## COLETA DE DADOS



## QUAL FORMA UTILIZAR?



## COMO FAZER?

- 
- Tabular dados coletados, se necessário;
  - Elaborar tabelas, quadros e gráficos que facilitem a visualização;
  - Descrever as informações que foram coletadas de forma qualitativa;
  - Analisar dados/informações levantadas;
  - Levantar sugestões para solução dos problemas;
  - Destacar problemas de natureza administrativa para encaminhamento ao setor responsável;
  - Identificar propostas de intervenção educativa para os problemas de natureza pedagógica.



## ANEXO A

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Elizabete Gonçalves

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 51129815.3.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.437.752

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa sobre as práticas educativas em saúde da Estratégia Saúde da Família, fundamentadas na Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). O estudo possui abordagem qualitativa e é do tipo Pesquisa-Intervenção. Será realizada em Juazeiro do Norte (CE) e terá como participantes os trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família. Utilizar-se-á Círculos de Cultura para levantamento de informações acerca dos saberes e práticas sobre Educação em Saúde/Educação Popular em Saúde e o plano de intervenção será construído em formato de Oficinas com utilização de Dinâmicas de Grupo e Rodas de Conversa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

•Ressignificar as práticas educativas em saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), fundamentadas na Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS).

Objetivo Secundário:

•Conhecer os saberes e práticas dos trabalhadores de saúde da ESF acerca de Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde;

•Aproximar os trabalhadores de saúde dos referenciais teóricos e metodológicos da PNEPS- SUS;

•Construir uma proposta de ativação de mudanças das práticas de educação em saúde na ESF;

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

**Bairro:** Pimenta

**CEP:** 63.105-000

**UF:** CE

**Município:** CRATO

**Telefone:** (88)3102-1212

**Fax:** (88)3102-1291

**E-mail:** cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 1.437.752

•Validar o plano de reconstrução das práticas educativas na ESF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos. Os benefícios pautam que as práticas educativas podem ser reconstruídas em consonância com a PNEPS-SUS, que enquanto referencial teórico e prático pode contribuir para abertura de diálogo entre comunidade e trabalhadores da ESF, proporcionando espaços de reflexão, aprendizado e criatividade capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, bem como ampliação e criação de diálogos, troca de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ética e relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados e adequados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                      | Postagem               | Autor               | Situação |
|---|--|------------------------|---------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_626040.pdf | 11/02/2016<br>22:25:02 |                     | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO_DE_ASSENTIMENTO.docx                   | 11/02/2016<br>22:24:03 | Elizabeth Gonçalves | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_CEP.doc                              | 17/12/2015<br>20:26:42 | Elizabeth Gonçalves | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_CEP.doc                                 | 17/12/2015<br>20:25:10 | Elizabeth Gonçalves | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FOLHA_DE_ROSTO.docx                          | 17/12/2015             | Elizabeth Gonçalves | Aceito   |

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

**Bairro:** Pimenta

**CEP:** 63.105-000

**UF:** CE

**Município:** CRATO

**Telefone:** (88)3102-1212

**Fax:** (88)3102-1291

**E-mail:** cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 1.437.752

|                |                     |          |                     |        |
|----------------|---------------------|----------|---------------------|--------|
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.docx | 20:20:56 | Elizabete Gonçalves | Aceito |
|----------------|---------------------|----------|---------------------|--------|

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CRATO, 04 de Março de 2016

---

**Assinado por:**  
**Antonio Germane Alves Pinto**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

**Bairro:** Pimenta

**CEP:** 63.105-000

**UF:** CE

**Município:** CRATO

**Telefone:** (88)3102-1212

**Fax:** (88)3102-1291

**E-mail:** cep@urca.br

## ANEXO B



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, Maria Marcleide do Nascimento Laet Rafael, RG 95029185188 SSP -CE, CPF 869.155.503-30, Secretária Municipal de Saúde, declaro ter lido o projeto intitulado **RECONSTRUÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** de responsabilidade da pesquisadora Elizabete Gonçalves Magalhães Filha, CPF 037.780.724-98. autorizo a realização deste projeto nesta instituição, condicionada a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Instituição Proponente Universidade Regional do Cariri – URCA, fazendo cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Juazeiro do Norte, Ce , 11 de Fevereiro de 2016.

*pp 15-1-66 R-Laet Rafael*  
Assinatura e carimbo do responsável

Recebido em:  
Elizabete G Magalhães Filha

ANEXO C

VAMOS DISCUTIR A HISTÓRIA DE MARCELO E CAIO QUE ESTUDAM EM ESCOLAS DIFERENTES?



Caio

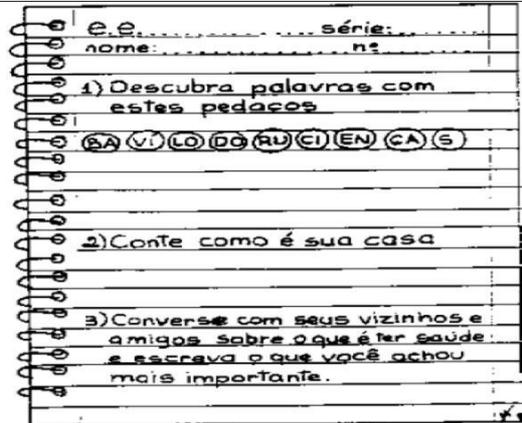
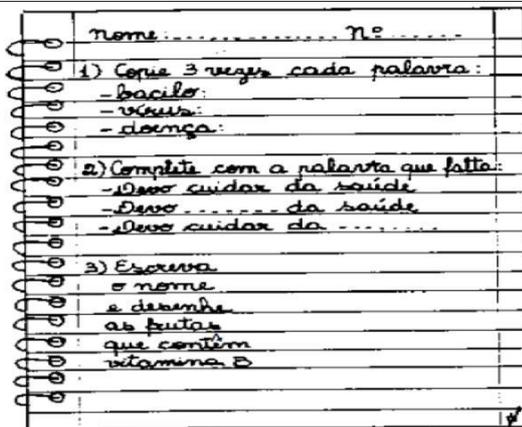


Marcelo

LIÇÃO DO CADERNO DE CAIO



CADERNO DE MARCELO



QUAIS DIFERENÇAS PODEMOS OBSERVAR NAS LIÇÕES DE CAIO E MARCELO? COMO AS DUAS PROFESSORAS ENTENDEM O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM?



QUAIS CONCLUSÕES PODEMOS CHEGAR ACERCA DAS SALAS DE AULA? QUAL CONTEXTO FOI VIVENCIADO POR VOCÊ NO SEU PERÍODO ESCOLAR? CONTE FATOS DE SUAS EXPERIÊNCIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM... COMO VOÇÊ COMPREENDE O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM?

Para dona Teresa, a professora de Caio, o exercício é a continuação do que foi feito na sala de aula.  
Ela acredita que o exercício deve ser a repetição das palavras e idéias do professor.

Para Maria da Graça, professora de Marcelo, o exercício é um trabalho de relacionamento, de conscientização e de criação.  
**E AGORA?**



Tereza



Maria da Graça

Pensa que o professor sabe e só ele pode ensinar. O Caio não sabe nada e está ali para aprender.

Isto é um círculo.

Pensa que o professor sabe e os alunos também sabem.  
O professor e os alunos sabem coisas diferentes e podem saber mais quando trabalham juntos.

O Caio só vai aprender quando gravar todas as informações por ela dadas para usá-las quando necessário.

Aprender é descobrir coisas novas sobre aquilo que se está interessado.

Para o Caio aprender ele tem que escutar e prestar muita atenção.

ESTUDAR

Para aprender é preciso repetir o que já foi falado ou feito por alguém.

O caminho para aprender passa pela observação, reflexão e ação.

Para aprender é necessário refazer e recriar o que já foi falado ou feito.

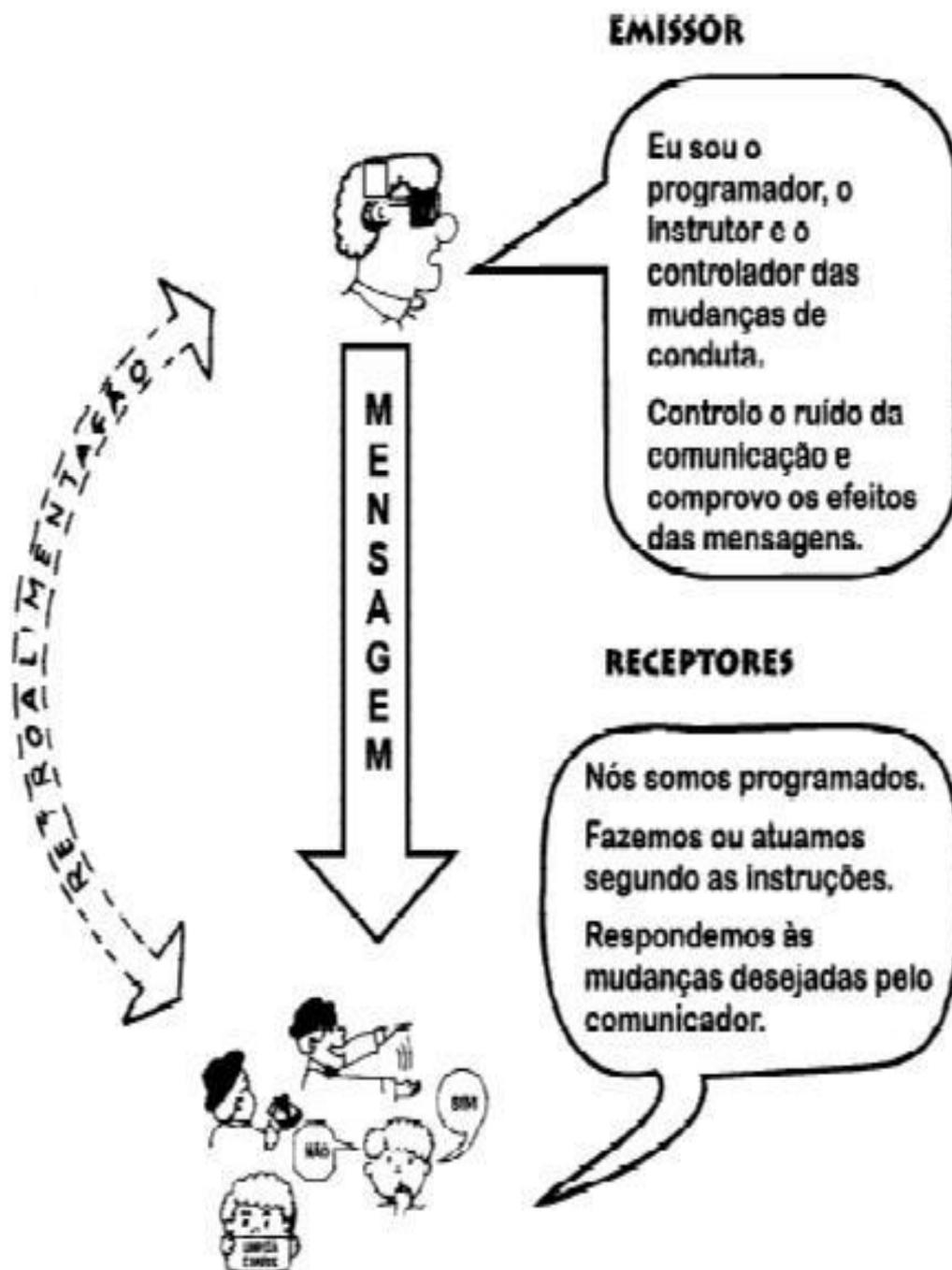
**COM QUAIS DESSAS AFIRMAÇÕES VOCÊ CONCORDA? POR QUÊ?  
O QUE VOCÊ ENTENDE POR EDUCAÇÃO AUTORITÁRIA/ TRADICIONAL?  
O QUE VOCÊ ENTENDE POR EDUCAÇÃO DIALÓGICA/ LIBERTADORA?**

## ANEXO D

**COMUNICAÇÃO VERTICALIZADA: MODELO TRADICIONAL OU AUTORITÁRIO**

Fonte: Adaptado de Araújo, M. Educação em Saúde: planejando as ações educativas-Teoria e Prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde- São Paulo [Internet]. 2001.

## ANEXO E

**COMUNICAÇÃO MECANICISTA: MODELO POPULISTA OU MANIPULATÓRIO**

O QUE DIZ ESSE CONTEXTO?

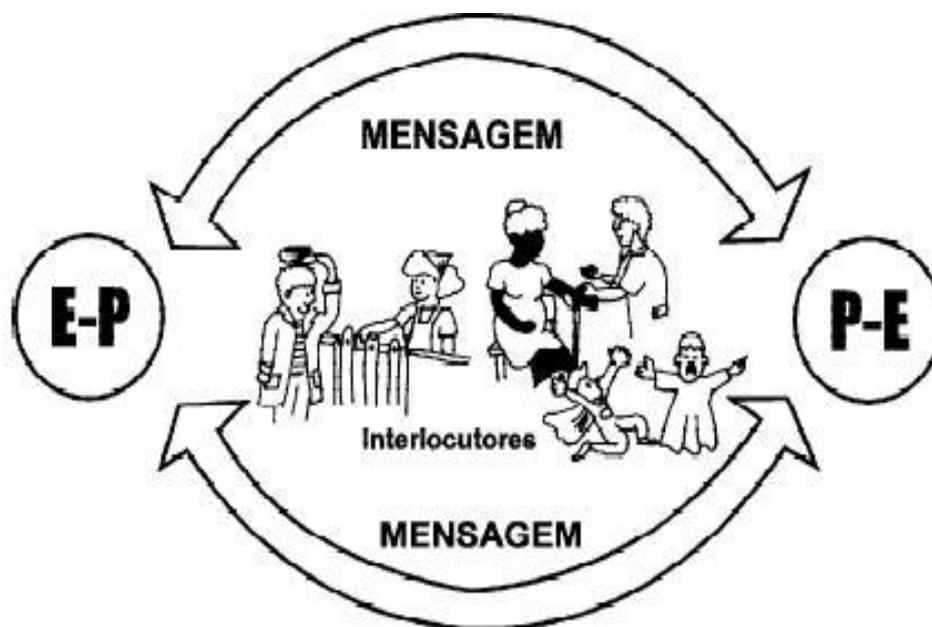
O QUE ENFATIZA ESSE MODELO DE COMUNICAÇÃO?

COMPARE ESSE MODELO DE COMUNICAÇÃO COM O USUALMENTE DESENVOLVIDO NA ESF.  
DESENVOLVA UMA PRÁTICA EDUCATIVA ORIENTADA POR ESSA FORMA DE COMUNICAÇÃO.

Fonte: Adaptado de Araújo, M. Educação em Saúde: planejando as ações educativas-Teoria e Prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde- São Paulo [Internet]. 2001.

## ANEXO F

## COMUNICAÇÃO CIRCULAR: MODELO DIALÓGICO-LIBERTADOR



## Perceptores/Emissores

Percebemos, estabelecemos o diálogo.

**CODIFICAMOS E DECODIFICAMOS.**

Escolhemos os meios e os recursos.

Conhecemos e aprendemos.

Colocamos em "comum" o que sentimos e o que queremos.



O QUE DIZ ESSE CONTEXTO?

O QUE ENFATIZA ESSE MODELO DE COMUNICAÇÃO?

COMPARE ESSE MODELO DE COMUNICAÇÃO AO USUALMENTE DESENVOLVIDO NA ESF.

DESENVOLVA UMA PRÁTICA EDUCATIVA ORIENTADA POR ESSA FORMA DE COMUNICAÇÃO.

Fonte: Adaptado de Araújo, M. Educação em Saúde: planejando as ações educativas-Teoria e Prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde- São Paulo [Internet]. 2001.

ANEXO G

PANFLETOS COM TÉCNICAS PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS

**TÉCNICAS PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS**

**TÉCNICAS VIVENCIAIS**

- ⦿ Privilegiam a dimensão vivencial;
- ⦿ Objetivos:
  - Unir, integrar ou criar ambiente fraterno e participativo;
  - Promover alegria, humor ou descontração dos participantes;
  - Oferecer elementos simbólicos para a reflexão sobre uma determinada questão.
- ⦿ Utilização:
  - Processos de aproximação entre trabalhadores e comunidade;
  - Início de atividades formativas para permitir integração dos participantes ou depois de momentos intensos de trabalho para possibilitar o descanso e a descontração.

| TÉCNICAS VIVENCIAIS   | CARACTERÍSTICAS  |
|---|--|
| <p>Quebrando o gelo/<br/>Descontração</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajuda a tirar as tensões do grupo, desinibindo e aproximando as pessoas para o encontro;</li> <li>- Pode ser uma brincadeira de movimento e descontração;</li> <li>- Resgata e trabalha experiências de infância;</li> <li>- Ajuda a apresentar os participantes uns aos outros (quem sou, de onde sou, o que faço, o que gosto, o que sinto, etc);</li> <li>- Exige diálogo verdadeiro (o que posso e quero para o grupo);</li> <li>- Precisa ser desenvolvida num clima de confiança e descontração.</li> </ul> |
| <p>Integração</p>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permite analisar o comportamento pessoal e grupal;</li> <li>- Trabalha a interação, comunicação, encontros e desencontros do grupo;</li> <li>- Ajuda a sermos vistos pelos outros na interação grupal e como vemos a nós mesmos;</li> <li>- Interpela as pessoas a pensar suas atitudes e seu ser em relação ao outro e ao grupo.</li> </ul>  |
| TÉCNICAS VIVENCIAIS   | CARACTERÍSTICAS  |
| <p>Animação e Relaxamento</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elimina as tensões, cansaço, ansiedade, fadigas, ajuda a soltar o corpo;</li> <li>- Proporciona encontro mais ativo e produtivo;</li> <li>- Rompe ambiente de frieza e impessoalidade entre pessoas que se conhecem pouco.</li> </ul>   |
| <p>Atividades de Formação</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilita a revisão, a comunicação e a percepção da realidade que os rodeia;</li> <li>- Amplia a capacidade de escutar e observar;</li> <li>- Facilita a atitude do orientador quanto a atividade grupal, tornando-a mais clara;</li> <li>- Dinâmicas podem ser usadas para facilitar a reflexão e o aprofundamento de um tema central.</li> </ul>  |

## TÉCNICAS PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS

### TÉCNICAS COM ATUAÇÃO

- ⊙ Tem a expressão corporal como aspecto central;
- ⊙ Representa situações, comportamentos e formas de pensar.
- ⊙ Aspectos Centrais:
  - Ordenação e coerência na apresentação;
  - Limite de tempo para que os elementos centrais sejam sintetizados;
  - Clareza na expressão corporal e facial, movimento, gestualidade, dicção e presença cênica;
  - Importância da criatividade e da espontaneidade.

| TÉCNICAS COM ATUAÇÃO   | CARACTERÍSTICAS  |
|--|--|
| <p>Dança</p>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corpo como principal instrumento de trabalho;</li> <li>- Focada no ritmo e na alegria;</li> <li>- Criação de identidade individual e coletiva;</li> <li>- Expressão da cultura de um povo.</li> </ul>   |
| <p>Jogos Teatrais/ Teatro de Bonecos</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de palco e criatividade;</li> <li>- Apresentação ordenada e coerente;</li> <li>- Utiliza expressão corporal, movimento, gestos e expressão facial;</li> <li>- Fala com voz forte;</li> <li>- Não pode ter atuação e fala de dois participantes ao mesmo tempo;</li> <li>- Integra tema da saúde com saberes populares</li> </ul> |
| TÉCNICAS COM ATUAÇÃO   | CARACTERÍSTICAS  |
| <p>Repentes/Jograis</p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voz e instrumento de corda (viola, violão, etc);</li> <li>- Temas de saúde integrados com saberes populares;</li> <li>- Arte de rimas de improviso ou ensaiada;</li> <li>- Expressa as raízes culturais de um povo.</li> </ul>  |
| <p>Musicalidade</p>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza instrumentos musicais populares e voz;</li> <li>- Pode acompanhar as outras técnicas de atuação como a dança, a encenação, o teatro de bonecos, o jogral, o repente, a brincadeira de roda ou ciranda, etc;</li> <li>- Mensagem educativa e político-social;</li> <li>- Expressa as raízes culturais de um povo.</li> </ul>       |

## TÉCNICAS PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS

### TÉCNICAS AUDIOVISUAIS

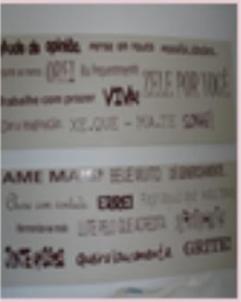
- ◉ Utilização de som e imagem;
- ◉ Necessário elaboração prévia ou conhecimento do conteúdo a ser desenvolvido;
- ◉ Importante fazer uma discussão prévia para apresentação do enfoque que será trabalhado;
- ◉ Instiga a reflexão e análise individual e do grupo;
- ◉ Algumas perguntas podem ser preparadas para relacionar o conteúdo com a realidade do grupo.

| TÉCNICAS AUDIOVISUAIS  | CARACTERÍSTICAS  |
|--|--|
| <p>Filmes/Vídeos</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Podem ser utilizados como veículos de informação através de signos convencionais e figurativos;</li> <li>- Ligação intrínseca entre sons e imagens;</li> <li>- O conteúdo deve servir para análise e reflexão do grupo;</li> <li>- Desenvolvimento de enquetes podem fazer a ligação com a realidade sócio-econômica-cultural do grupo e motivar transformações.</li> </ul> |
| <p>Exposições Dialogadas</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A escrita e as imagens se constituem como elemento central;</li> <li>- Ponto de vista particular de cada participante pode ser trazido para o debate coletivo;</li> <li>- Trazer elementos de informação adicional para que o grupo enriqueça a discussão e análise do tema.</li> </ul>   |

## TÉCNICAS PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS

### TÉCNICAS VISUAIS

- ◉ Utilização da escrita ou de simbologias;
- ◉ Pode ser desenvolvida individual ou coletivamente para construção do saber;
- ◉ Trata-se de reprodução artística de uma realidade do(s) artista(s);
- ◉ Importante fazer uma discussão prévia para apresentação do enfoque que será trabalhado;
- ◉ Instiga a reflexão e análise individual e do grupo;
- ◉ Algumas perguntas podem ser preparadas para relacionar o conteúdo com a realidade do grupo.

| TÉCNICAS VISUAIS   | CARACTERÍSTICAS   |
|--|---|
| <p>Produção de Painel/ Texto</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza a escrita como elemento central;</li> <li>- É fundamental que a letra seja legível, a redação seja clara, as ideias sejam centrais e a linguagem correspondente ao nível dos participantes;</li> <li>- Podem ser elaboradas por um grupo no processo de formação para identificar o que sabe, conhece ou pensa sobre determinado tema;</li> <li>- Concentram e concretizam as ideias e reflexões do grupo;</li> <li>- Importante que seja acompanhada de passos metodológicos que permita o debate coletivo sobre o conteúdo.</li> </ul> |
| <p>Mandala/ Pintura</p>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza desenhos e símbolos como elementos centrais;</li> <li>- Possibilita a expressão artística de uma realidade física ou psíquica por parte do(s) artista (s);</li> <li>- Podem ser construídas individual ou coletivamente, bem como concentram e concretizam as ideias e reflexões do grupo;</li> <li>- Essa técnica gráfica deve ser acompanhada de descrição dos elementos e interpretação por parte dos participantes.</li> </ul>   |

Fonte: Adaptado de PULGA, V.L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

## ANEXO H

**CIDADANIA, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SAÚDE: o que temos e o que queremos?**

**DIRIGENTE**

Equipe de Saúde...

INFORMAÇÃO    CONSULTA FACULTATIVA    CONSULTA OBRIGATORIA    ELABORAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES    CO-GESTÃO CO-DECISÃO COLEGIADO    DELEGAÇÃO    AUTO-GESTÃO

**Marcar qual o grau de participação enquanto Dirigentes e enquanto Membros da Equipe de Saúde/Profissional Conselheiro/Voluntário de acordo com as figuras abaixo relacionadas:**

Como **DIRIGENTES**, temos grande poder na tomada de decisões?  ou pequeno

Como **MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE, PROFISSIONAL CONSELHEIRO, e/ou VOLUNTÁRIO**,

participamos muito  ou pouco

na tomada de decisão?

| SIGNIFICADO   |  |
|---|--|
|    | A direção nos DIZ o que fazer e agimos.  |
| INFORMAÇÃO  |  |
|    | A direção CONSULTA, solicita a opinião da equipe se quiser. Ela é facultativa.   |
| CONSULTA FACULTATIVA  |  |
|    | A consulta é OBRIGATÓRIA mas a decisão ainda é da direção.   |
| CONSULTA OBRIGATÓRIA  |  |
|    | Como membro da equipe elaboramos RECOMENDAÇÕES que a chefia pode ou não levar em conta.  |
| ELABORAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES   |  |
|    | As decisões são tomadas em conjunto na forma de CO-GESTÃO e/ou COLEGIADO (grupo formado por representantes dos funcionários e a direção).  |
| CO-GESTÃO<br>CO-DECISÃO<br>COLEGIADO  |  |
|  | É DELEGADA à equipe, pelo dirigente, a tomada de decisão com responsabilidade assumida.  |
| DELEGAÇÃO   |  |
|  | Todos nós participamos, tomamos decisões e agimos de acordo com o preestabelecido coletivamente, com responsabilidades assumidas no nível da nossa competência. É a AUTO-GESTÃO. |
| AUTO-GESTÃO   |  |

Fonte: Adaptado de BORDENAVE, D. J. O que é participação? 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. [Coleção Primeiros Passos, nº 95] apud ARAÚJO, M. Educação em Saúde: planejando as ações educativas-Teoria e Prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde- São Paulo [Internet]. 2001.