

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - MESTRADO EM
EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Kellen Nunes Rodrigues Gassen

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO
POPULAR NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Santa Cruz do Sul

2015

Kellen Nunes Rodrigues Gassen

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO
POPULAR NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Educação, Trabalho e Emancipação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Hamilton Brito de Goes

Santa Cruz do Sul

2015

Kellen Nunes Rodrigues Gassen

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO
POPULAR NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Educação, Trabalho e Emancipação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Dr. Cesar Hamilton Brito de Goes
Professor Orientador – UNISC

Dr. Moacir Fernando Viegas
Professor examinador – UNISC

Dr. Ana Zoé Schilling da Cunha
Professor examinador – UNISC

Ms. Paula Camboim Silva de Almeida
Professor examinador convidado – UNISC

Dr. Patrícia Serpa de Souza Batista
Professor examinador – UFPB

Santa Cruz do Sul

2015

A todos os sujeitos participantes do estudo, por compartilharem experiências na construção desse novo conhecimento.

A minha mãe Ilva Goretti, pela incansável colaboração e otimismo na minha formação e ao meu filho Arthur, meu amigo de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer ao educador e meu orientador Cesar Hamilton Brito de Goes, por percorrer esse caminho comigo com muita paciência, amorosidade, carinho, estímulo e compreensão. Obrigado por seus ensinamentos e sua por amizade!

Aos meus colegas do Mestrado em Educação, em especial as colegas Carmem Elisete Gabbi, Adriana Lens e Joice Nunes Lanzarini, que estiveram sempre próximas nos momentos de reflexão dessa formação humana.

A Secretaria de Saúde de Santa Cruz do Sul/RS, em especial ao Secretário de Saúde Carlos Behm, por compreender meu afastamento das atividades de trabalho ao me dedicar exclusivamente aos estudos do Mestrado em Educação e pelo apoio e interesse na pesquisa nos campos das Estratégias de Saúde da Família do município.

A todas as minhas colegas enfermeiras, coordenadoras das Estratégias de saúde da Família, representando o campo das práticas, que estiveram integrando o estudo com suas percepções a cerca da temática e contribuindo para elencar os campos e sujeitos com potencialidades para o estudo. Certamente nossos diálogos foram também significantes para as práticas de cuidado à saúde.

Aos educadores, representando o campo acadêmico, que potencializaram nossas interpretações a cerca da temática, com suas pertinentes contribuições sobre a formação profissional em saúde.

A coordenação do Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Educação, por acreditarem desde o processo de seleção na relevância e potencial do estudo no campo da educação, possibilitando o ingresso com a bolsa CNPq.

A todos meus maravilhosos professores/educadores, especial aos da nossa linha de pesquisa Educação, Trabalho e Emancipação. Ao Moacir Fernando Viegas que acompanhou meu estudo desde o desenvolvimento do projeto de pesquisa, com contribuições valiosas, a sábia educadora Janes Fraga Siqueira que nos instiga com seu espírito libertador e a educadora Suzana Guerra Albornoz por me permitir reflexões inimagináveis sobre a formação humana.

E por fim, um agradecimento especial a todos os estudantes participantes, que tiveram interesse e dedicaram-se na construção coletiva desse conhecimento.

A todos minha profunda gratidão!

RESUMO

Esta pesquisa analisa a Formação Profissional e suas relações com a educação popular quando nos territórios das Estratégias de Saúde da Família. Está referenciada nos pressupostos filosóficos Freirianos e nas contribuições do aporte teórico em Thompson, Doimo, Brandão e Vasconcelos. Metodologicamente o estudo tem uma abordagem qualitativa e busca em elementos da pesquisa participante, apoiada nos escritos de Brandão (1990; 1999) problematizar, sistematizar e construir coletivamente reflexões e novos conhecimentos sobre a experiência dos estudantes em práticas de saúde, com base na educação popular. Considera os espaços das Estratégias de Saúde da Família como um espaço de organização da Política Nacional da Atenção Básica, da implementação do modelo de atenção à saúde e participante no processo de formação em saúde, convidando os sujeitos profissionais de saúde, educadores/docentes e estudantes a participar na construção desse conhecimento e organizando esse coletivo de materiais pela triangulação dos dados conforme, Trivinos (1987) e Minayo (2007). Os instrumentos utilizados na construção do corpus foram: diálogos com pessoas relevantes no meio pesquisado, com o uso de registro em diário de campo organizado; observação livre com registro escrito e gravados em áudio; questionário de levantamento de variáveis padrão, respondido por escrito e grupos focais com tópicos norteadores para o debate, gravados em áudio visual. Na análise de conteúdo foram utilizadas as categorias teóricas de cultura, necessidade, saúde, experiência, diálogo, práxis, como possibilidade emancipatória, de autonomia e de desenvolvimento da integralidade da atenção à saúde da população. Como resultado o que evidenciamos ao sistematizar as experiências dos estudantes nas dimensões culturais, sociais e políticas, do processo de formação de profissional imerso em práticas de educação popular, é um conjunto de elementos e atributos que permeiam esse processo de aprendizagem e revela em sua totalidade a essência que os componentes do ensino, extensão e pesquisa inscreve-se nessa formação. Conclui que os estudantes se percebem envolvidos num aprendizado que vai além de aprender a técnica lida e relida nos conteúdos teóricos de sala de aula. Emergem numa realidade nunca antes vivida e sentida dessa forma, que choca, cria medos, mas desenvolve a curiosidade, a criticidade, a afetividade, a amorosidade, revela suas fragilidades e potencialidades, descobre diferenças e semelhanças nos contextos sociais, compreende seu papel como pessoa e como futuro profissional no mundo e ainda reconhece o outro como também um sujeito, que irá fazer parte para sempre de sua prática de cuidados em saúde.

Palavras-chave: Formação Profissional – Saúde – Educação Popular

ABSTRACT

This research analyzes the Vocational Training and the relations with the popular education in the Strategies Family Health territories. It is referenced in the philosophical assumptions of Paulo Freire and the contributions of theoretical support of Thompson, Doimo, Brandão and Vasconcelos. Methodologically, the study has a qualitative approach and seeks through the participatory research elements, supported by the work of Brandão (1990; 1999) discuss, organize and collectively build new knowledge and reflections on the experience of students in health practices, based on popular education. Considers the spaces of the Family Health Strategy as a space of organization for the National Policy of Primary Care, the implementation of the health care model and participating in health training process, inviting the subject - health professionals, educators / teachers and students - to participate in the construction of knowledge and organizing this collective materials by triangulation of data as, Triviños (1987) and Minayo (2007). The instruments used in the construction of the corpus were: dialogues with relevant people in the researched area, an organized field journal; free observation with written and audio recording; standard variable survey questionnaire – written answers, and focus groups with guiding topics for discussion, recorded in audiovisual. In the content analysis, the theoretical categories of culture, need, health, experience, dialogue, praxis, as emancipatory possibility of autonomy and development of the comprehensive care of the population. As a result, what we evidence when systematized the experiences of students in cultural, social and political dimensions of the professional training process immersed in popular education practices, is a set of elements and attributes that permeate this learning process and reveals in its entirety the essence that the components of teaching, extension and research forms part of that training. It was conclude that the students perceive themselves involved in learning that goes beyond learning to read and reread the theoretical technique of classroom content. Emerge a reality never before experienced and felt, it shocks, creates fears, but develops curiosity, criticism, affection, loveliness, reveals their weaknesses and potential, discover differences and similarities in social contexts, they understand their role as a person and as a future professional in the world and also they recognize others also as a subject, which will be part forever of their practice of health care.

Keywords: Vocational Training - Health - Popular Education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Resumo da sequência metodológica da pesquisa – 1ª Fase	24
Quadro 2 - Resumo da sequência metodológica da pesquisa – 2ª Fase	27
Quadro 3 - Resumo da sequência metodológica da pesquisa – 3ª Fase	29
Quadro 4 - Resumo da sequência metodológica da pesquisa – 4ª Fase	31
Quadro 5 - Resumo da análise de conteúdo proposta no estudo.....	33
Quadro 6 – Espaço/práticas de educação popular em saúde, campo ESF e categorias profissionais elencadas.	101
Quadro 7 - Categorização de variáveis padrão dos sujeitos estudantes.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APESC	Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul
ASAN	Associação de Auxílio aos Necessitados de Santa Cruz do Sul
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CAPSIA	Centro de Atendimento Psicossocial Infância e Adolescência
CEMAI	Centro Materno Infantil
CEMAS	Centro Municipal de Atendimento à Sorologia
CEPLAR	Campanha de Educação Popular - Paraíba – 1962
CEREST	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISVALE	Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde ou Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COPAME	Associação Comunitária Pró Amparo Menor
CPC	Círculos de Cultura Popular
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) – Santa Cruz do Sul
ENART	Encontro de Arte e Tradição
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FORPROEX	Fórum de Pró-Reitores de Extensão de Universidades Públicas Brasileiras
FPS	Formação Profissional em Saúde
IAPS	Institutos de Aposentarias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MCP	Movimentos de Cultura Popular

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência Social
NOB	Norma Operacional Básica
OMC	Organização Mundial do Comércio
PA	Pronto Atendimento
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PIM	Programa Infância Melhor
PM/SCS	Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul
ProUni	Programa Universitária para Todos
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB/MUN	Sistema de Informação da Atenção Básica Municipal
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERGS	Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UMREST	Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador
UNIRIN	Clínicas de Doenças Renais
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	15
2 O PERCURSO METODOLÓGICO – CONSTRUINDO O CORPUS.....	19
2.1 Primeira fase: exploratória.....	24
2.2 Segunda fase: problematizadora.....	27
2.3 A terceira fase: sistematizando a experiência	29
2.4 A quarta fase: debatendo e construindo possibilidades.....	30
2.5 Organizando as análises e interpretações.....	32
3 RELAÇÕES DA SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE	35
3.1 Políticas de educação na formação profissional em saúde.....	52
3.2 Movimentos sociais e a participação popular no processo de formação profissional em saúde	59
3.3 A Educação popular e suas dimensões na formação profissional em saúde	63
3.3.1 Dimensão cultural.....	70
3.3.2 Dimensão social.....	71
3.3.3 Dimensão política.....	73
4 A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO CONHECIMENTO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	77
4.1 Reconhecendo o campo, observando e dialogando e reconhecendo os sujeitos	78
4.2 O Primeiro encontro: A dimensão cultural – Cultura e necessidade em saúde	105
4.2.1 A inserção dos estudantes nas práticas de educação em saúde coletiva	106
4.2.2 Conhecimentos sobre território em saúde.....	108
4.2.3 Conhecimentos sobre as necessidades em saúde.....	109
4.3 O Segundo encontro: A dimensão social – A práxis no processo de formação.....	115
4.3.1 Descrição das práticas de educação popular no processo de formação profissional em saúde	116
4.3.2 Significado da experiência na aprendizagem.....	124
4.3.3 Compreensão da visão ampliada da saúde na prática profissional	126
4.4 O Terceiro encontro: A dimensão política: autonomia, emancipação e a integralidade da atenção à saúde	128
4.4.1 Integralidade e interdisciplinaridade	129
4.4.2 Protagonismo e a Institucionalidade.....	136

4.4.3 Participando da pesquisa	146
5 POSSIBILIDADES E LIMITES DA RELAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO POPULAR	149
6 REFLEXÕES FINAIS	158
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICE A – Evolução da implantação das Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul/RS.....	167
APÊNDICE B – Matriz de Possibilidades e Dificuldades das relações do processo de Formação Profissional em Saúde com as Práticas de Educação Popular	170
ANEXO A – Roteiro para diálogos com pessoas relevantes.....	174
ANEXO B – Roteiro Observação Livre com Registro em Diário de Campo.....	175
ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido B.....	176
ANEXO D - Questionário de Identificação dos Sujeitos - Variáveis Padrão.....	179
ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A.....	181
ANEXO F – Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 01	184
ANEXO G – Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 02.....	185
ANEXO H – Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 03.....	186
ANEXO I – Modelo da Matriz para construção coletiva do Grupo Focal 03.....	187
ANEXO J – Quadro de categorização das falas dos estudantes e profissionais de saúde	188
ANEXO K – Parecer de aprovação consubstanciado do comitê de ética em pesquisa da UNISC.....	201
ANEXO L – Imagens dos grupos focais	204

APRESENTAÇÃO

O tema da Formação Profissional em Saúde (FPS) é central em minhas preocupações teóricas e práticas e atualmente venho buscando conhecer melhor os processos educativos à luz da Educação Popular em Saúde (EPS).

Nasci numa família constituída de pai e mãe, mas minha mãe, viúva aos 23 anos, descobriu no trabalho de enfermagem, uma forma de sustentar a família e fazer do cuidado um gosto pela vida.

Desde então sou filha de cuidadora de saúde, conhecida antigamente por atendente de enfermagem, profissão aprendida na prática com outros cuidadores e em instituições de saúde, pois não exigia uma formação formal. Lembro-me dela realizando procedimentos como verificação de pressão, injeções, etc., aos seus pacientes, geralmente conhecidos e vizinhos, que entre uma conversa e outra, ouvia angústias e orientava com palavras de carinho. Posteriormente, foi necessária a formação profissional para continuar realizando seu trabalho, onde com muita dedicação concluiu seus estudos, sendo hoje, técnica de enfermagem e realizando há nove anos seu trabalho em um Serviço de Atendimento Psicossocial (CAPS).

Esse ambiente familiar certamente influenciou minha escolha profissional e fez crescer um anseio por uma formação na área da saúde que valorize os aspectos mais humanos do ser, resguardados por um conhecimento científico e baseado na responsabilidade com o outro.

Ao longo de minha vida, já vivenciei muitos dos problemas que a saúde pública ainda apresenta, sou do tempo que não havia Sistema Único de Saúde (SUS), ainda pequena sentia muito quando por problemas de saúde passávamos por constrangimentos em filas de indigentes, pois como não contribuíamos à previdência, não tínhamos acesso à assistência a saúde. De outras formas, ainda havia um distanciamento entre a conduta prescrita e a adesão ao tratamento, que por fatores econômicos desfavoráveis e por outras formas caseiras familiares de cura, quase sempre eram substituídos por chás e resguardo.

Existia uma desproporção entre nossas necessidades e as práticas da assistência à saúde, todavia o sistema de saúde não nos deixava de fora, pois nas campanhas de vacinação, obrigatórias, todos nós podíamos participar, ficando “livre das doenças” e portando uma carteirinha de comprovação, que representava um passaporte de inclusão no sistema dos excluídos.

Mas será que hoje com o Sistema Único de Saúde (SUS) as práticas de saúde mudaram muito, será que temos profissionais sensíveis a todas essas questões sociais e econômicas, ou melhor, será que temos uma formação com um olhar mais voltado aos fatores

que interferem no processo de adoecimento e suas diversas formas de enfrentamento? São muitos os questionamentos, mas agora o Brasil conta com o Sistema Único de Saúde e pela experiência de vida e de trabalho, o percebo como uma grande conquista.

Graduada na área da saúde, no ano de 1998, na primeira turma do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, onde coincidentemente minha mãe se formou na primeira turma do Curso Técnico de Enfermagem mantido pela mesma instituição, tornei-me de fato enfermeira quando exerci minhas primeiras atividades práticas na área hospitalar, aos 21 anos de idade. No entanto, através das minhas riquíssimas experiências acadêmicas com projetos de extensão comunitária, pude vivenciar situações desafiadoras, que me possibilitaram uma compreensão da saúde em sua complexidade na coletividade, me aproximando do cuidado a nível familiar, me incitando a buscar maior sentido no trabalho, no serviço de saúde pública, diretamente com usuários, famílias e comunidades.

Foi aprofundando meus estudos nos cursos de Especializações de Enfermagem do Trabalho que fui apresentada aos conceitos marxistas, em estudos de Formação Pedagógica aos conceitos de ensino, aprendizagem e pensamentos filosóficos e em Saúde da Família aos conceitos de educação popular, participação social e políticas públicas, o que me coloca em um campo teórico na qual a educação e o trabalho são possibilidades emancipatórias humanas.

Exerci atividades de assistência e gestão em saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Maratá/RS, mais tarde vindo a desenvolver ações em saúde pública em Santa Cruz do Sul/RS, nas áreas especializadas em ginecologia, doenças transmissíveis (tuberculose e hanseníase), saúde do trabalhador e em atenção básica em saúde nas Estratégias de Saúde da Família, tanto na assistência quanto na Gestão das Equipes de Saúde da Família do município, estando nesse campo desde 2004.

Felizmente a área da educação esteve concomitante com minhas demais atividades técnicas, tendo minha inserção como docente nos cursos técnicos profissionalizantes, bem como mediadora nos processos de educação permanente em saúde, proporcionando-me a construção de trajetórias profissionais mais conscientes de meu papel social, exigindo maior reflexão sobre o processo de ensino/aprendizagem e da formação de profissionais da saúde.

Todas essas inquietações, vivências e estudos, me levaram a ser mais participativa na vida profissional e pessoal, a ser mais questionadora das situações que se apresentam e acreditar que o movimento coletivo e reflexivo, é capaz de realizar grandes transformações,

mas deve estar imbuído de uma prática político participativa, comprometida uns com os outros, acreditando ser esse também o papel do profissional de saúde.

De fato, a historicidade, o modo de vida das pessoas e o trabalho, influenciam nossas ações e a maneira como compreendemos a nós mesmos neste mundo. Minha história é a prova disso.

1 INTRODUÇÃO

O tema de interesse fundamental desse meu estudo é o processo da Formação Profissional na área da saúde, especialmente na formação acadêmica, realizada entre os estudos teóricos e as práticas, no encontro com os saberes científicos e populares em práticas de educação popular, em territórios do então chamado novo modelo de Reorganização da Atenção Básica no Brasil, conhecido como Estratégia de Saúde da Família – ESF:

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), para reorientar o modelo assistencial do SUS, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997, P.11). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativas inovadoras. Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a interdisciplinaridade e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. (BRASIL, 1998, p.20)

As unidades de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul/RS, onde atuei, são campos de estágios curriculares e de extensão para a Universidade local e escolas formadoras de profissionais técnicos da área da saúde, recebendo uma média anual 500 estudantes das diversas áreas das ciências da saúde (SARTORI, 2012, p.5). Isso também permitiu ampliar o meu olhar, refletir sobre as práticas pedagógicas e a sua relação com o saber popular, que muitas vezes são conflituosas e tensas, mas sempre enriquecedoras pela possibilidade de aprendizagem que se dá na experiência do encontro de sujeitos de conhecimentos diferentes, lugar onde a teoria com a prática se torna práxis.

São esses os campos de pesquisa, compondo-se de onze territórios de Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, que são regulamentados e delimitados atualmente, conforme portaria do Ministério da Saúde nº 2488 de 21 de outubro de 2011, onde se constitui num espaço de organização da Política Nacional da Atenção Básica e da implementação do modelo de atenção à saúde. (BRASIL, 2011).

A escolha do campo de pesquisa relaciona-se a questões da aproximação e do conhecimento das relações que emergem de um cenário, dada pela experiência profissional da pesquisadora, que nesse momento se propõe aprofunda-lo em um contexto mais específico na temática proposta no estudo.

O estudo dessa temática justifica-se por ser um desafio constante à valorização e o reconhecimento das práticas de Educação Popular na área da saúde, à relação dos

profissionais da saúde e a comunidade, na qual o saber acadêmico e a participação popular se integram como processo de formação profissional e humana.

É papel também do pesquisador, no campo da relação entre a educação e a saúde, constatar a realidade e produzir sentido ao cuidado prestado à população, coletando, sistematizando, analisando, interpretando e problematizando permanentemente essa realidade, com os sujeitos envolvidos neste processo. Resultam daí, significados e práticas com orientação social, que ampliam o conjunto de necessidades em saúde atendidas.

Assim, desenvolver metodologias de aprendizagem em práticas de educação popular no processo da formação profissional em saúde, cria novas possibilidades para uma prática pedagógica que proporcione a construção de novos conhecimentos nesse campo, de forma a superar o método biologista e puramente técnico que a ciência moderna consolidou na área da saúde.

Apresenta-se relevância à medida que a Educação Popular, na Formação Profissional na área da saúde, como método de ensino e aprendizagem coletiva, coloca os estudantes em diferentes espaços, com outros sujeitos, culturas e saberes, o que possibilita uma atuação de atenção à saúde das populações, comprometida com a integralidade do cuidado e com a responsabilidade social. Possibilitando, dessa forma, para uma formação de profissionais mais participativos e envolvidos com as lutas políticas, voltadas as reais necessidades e para a emancipação da população.

Representa bem a concepção desse processo de formação, em que os sujeitos crescem juntos em busca da liberdade, a citação de Paulo Freire, que nos diz que “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2003, p.39). Isso leva ao seu entendimento de educação popular como potencializador de transformações no modelo de formação:

Entendo a educação popular como o esforço de mobilização, organização e capacitação das classes populares; capacitação científica e técnica. Entendo que esse esforço não se esquece de que é preciso poder, ou seja, é preciso transformar essa organização do poder burguês que está aí, para que se possa fazer escola de outro jeito. Em uma primeira ‘definição’ eu a apreendo desse jeito. Há estreita relação entre escola e vida política. (FREIRE, 2002, p.19)

Assim, busca-se aqui, alicerçar a pesquisa no campo da educação e da saúde, a partir dos fundamentos da filosofia Freiriana, em que o processo educativo se dá no encontro dos

sujeitos, buscando um conhecimento transformador e libertador das pessoas, a partir de práticas de base na educação popular.

Partindo dessas considerações, o estudo busca compreender, como as práticas da Educação Popular interferem no processo educativo da formação profissional na área de saúde, nos espaços das Estratégias de Saúde da Família.

E tem como objetivo geral analisar a Formação Profissional em Saúde em sua relação com as práticas de Educação Popular, nos espaços das Estratégias de Saúde da Família. Para tanto, consideram-se as categorias da formação profissional, necessidade, saúde, cultura, experiência, diálogo, práxis, como possibilidade emancipatória, de autonomia e de desenvolvimento da integralidade da atenção da população.

Constituem-se assim os objetivos específicos desse estudo:

- Identificar os espaços e as práticas de educação popular em saúde experienciadas no processo de formação profissional em saúde nas ESF;
- Problematizar com os sujeitos como as práticas de Educação Popular atuam na formação profissional em saúde de que estão envolvidos, estimulando o debate e a reflexão sobre a temática;
- Sistematizar o processo de aprendizagem dos estudantes desde sua inserção no campo das práticas em saúde coletiva até sua reflexão sobre a experiência em práticas de educação popular em saúde;
- Debater e construir uma matriz sobre as relações do processo de formação profissional em saúde com as práticas de Educação Popular, descrevendo os elementos e atributos referentes à autonomia, emancipação e integralidade desse processo e na atenção a saúde.

Os pressupostos teóricos que conduzem o processo de construção desse conhecimento apoia-se em um referencial teórico Freiriano, na qual a educação é elemento de formação e emancipação humana. Esse pressuposto quando abordado ao campo da saúde nos leva a uma determinada sistematização do conhecimento que contribui para um processo educativo de superação da consciência ingênua à consciência crítica, pois permite articular a teoria e prática através do diálogo, se configurando em práxis as ações dos profissionais da saúde que campo de atuação.

Não há para mim, na diferença e na distância entre a ingenuidade e a criticidade, entre o saber da pura experiência feito e o que resulta dos procedimentos

metodologicamente rigorosos, uma ruptura, mas uma superação. (FREIRE, 1997, p.34).

Tendo como objeto de pesquisa a formação profissional em saúde, que vise à integralidade da atenção à saúde humana, buscam-se as contribuições da Educação Popular em Saúde nesse processo formativo dos profissionais, alicerçando em referências teórico-metodológicas no pensamento de Carlos Brandão (1990; 1999) e em outros autores importantes do campo da saúde como Vasconcelos (1997; 2003; 2004), que se fundamentam na filosofia Freiriana.

Em consonância, eles defendem os princípios educativo-dialógicos da educação popular no campo da saúde, como forma de potencializar transformações numa perspectiva libertadora, numa formação em saúde que valoriza o saber e a participação do outro e em que a cultura e os movimentos sociais são forças políticas e sociais no campo da saúde, onde “Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.” (FREIRE, 1997, p.12).

Neste contexto, buscamos também refletir sobre a ideia de cultura e necessidade segundo Thompson (1998) e de participação popular e movimentos sociais segundo Doimo (1995), a fim de entender a formação profissional em saúde, que se dá em um processo de inter-relações cercado de fatores sociais, políticos, econômicos e mergulhada em uma cultura de saberes popular.

Esses são os pressupostos teóricos que orientam os procedimentos metodológicos adotados no desenvolvimento desse estudo.

2 O PERCURSO METODOLÓGICO – CONSTRUINDO O CORPUS

O caminho de conhecer, analisar e interpretar o processo de formação profissional em saúde, imerso em práticas de educação popular em saúde, requer uma metodologia que venha ao encontro dos pressupostos teóricos do estudo e que seja ele mesmo um processo de construção coletiva do conhecimento, para que sustente sua finalidade, dê subsídios aos sujeitos participantes e atenda aos objetivos propostos.

Dessa forma, considerando a importância desse processo, apresentamos o percurso metodológico no qual se configurou a construção desse conhecimento e que permitiu colocar os participantes em um processo de apreensão significativa da realidade vivenciada, possibilitando transformações, sendo ela mesma uma prática social e tendo o pesquisador ouvinte atento às necessidades e possibilidades desse coletivo.

Nessa perspectiva opta-se por um estudo de abordagem qualitativa, descrita por Minayo (2001; 2007), numa premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores. E de que é imprescindível compreender os determinantes sociais que conduzem a vida dessas pessoas, onde as abordagens qualitativas buscam justamente compreender essa realidade que os números indicam, mas não revelam.

Desta forma, pesquisas qualitativas na área da saúde poderão trazer resultados de acordo com a realidade existente no adoecimento e manutenção da saúde dos indivíduos, pois se propõe a refletir sobre a experiência humana vivenciada em seu contexto histórico social e econômico dos sujeitos envolvidos nesse processo.

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p. 14).

Segundo Bauer e Gaskell (2004) a construção de um corpus da pesquisa, é um dos princípios para a coleta sistemática de dados qualitativos, visando à seleção de atributos até então desconhecido no espaço social e garantindo a eficiência na seleção de materiais para caracterizar o todo. Nesse método, a busca de elementos serve para a construção de um espaço social onde será realizada a pesquisa e visa superar o corpus tipicamente teórico.

A construção desse espaço social, ou campo de pesquisa, se constitui em um conjunto de variáveis em que o pesquisador irá desdobrar em duas dimensões: uma horizontal, pelos

estratos da população, objetivando a seleção dos sujeitos mais capazes de responder aos objetivos da pesquisa e a outra vertical, pelas representações, a fim de eleger o ambiente tipificado de mais potencial, dadas pelas relações do sujeito com o objeto da pesquisa a ser pesquisada nesse meio social. (BAUER e GASKELL, 2004, p.57).

Constituem-se dessa forma, como sujeitos de pesquisa, os estudantes dos diversos cursos de graduação da área da saúde, dada pela variedade dos estratos dessa população e vinculada em suas práticas de aprendizagem, aos territórios das Estratégias de Saúde da Família selecionada como campo de pesquisa. A amostra foi por acessibilidade aos sujeitos da pesquisa, tendo o tamanho dessa limitada a variedade das representações dadas pelas “práticas de educação popular” e pela representação dos extratos, dada pela variedade de “categorias profissionais em formação”, ou seja, abrangência de maior número de categorias profissionais de saúde determinada pelo ministério da educação, priorizando sujeitos participantes que estejam maior tempo no processo de formação profissional em saúde, conforme Gaskell e Bauer (2004), e que se encontre em campo de estágio/pesquisa no momento da produção do estudo. Esses devem dispor primeiramente de interesse e tempo adequado de participar do estudo, além de indicativos em experiência em processos de aprendizagem em práticas de educação de popular nos Territórios de Saúde da Família.

Considerando que os territórios das Estratégias de Saúde da Família são encontro de vários atores, todos participantes do processo de formação do profissional em saúde, elegeu-se também as contribuições dos profissionais da saúde e educadores/docentes dos territórios das Estratégias de Saúde da Família, de forma a complementar as informações produzidas pelos sujeitos/estudantes participantes, dado a sua importância para a posterior análise e interpretação dos dados.

Por se configurar esse um método importante de estudo em que a Educação Popular está presente na área da saúde, opta-se por trazer elementos da pesquisa tipo participante apoiada nos escritos de Brandão (1990; 1999). Permitindo assim apreender os conhecimentos e construir novos saberes, nessa relação de sujeitos participantes, portanto, possibilitando contribuir para uma formação de profissionais e pessoas mais responsáveis socialmente com a preservação da vida humana.

A pesquisa participante foi foco de estudos de vários teóricos, especialmente na América Latina, cujos principais nomes ligados a ela estão os de Paulo Freire, Orlando Fals Borda, João Bosco Pinto, Guy Le Boterf, Carlos Rodrigues Brandão, entre outros.

Na área da saúde podemos destacar Minayo e Vasconcelos, que muito contribuí para o entendimento dos propósitos de uma pesquisa participante como também trazem vários estudos nesse campo utilizando esse método.

O que se busca é oportunizar as classes populares a possibilidade de conquistarem “o poder de ser, afinal, o sujeito, tanto do ato de conhecer de que têm sido os objetos, quanto do trabalho de transformar o conhecimento e o mundo que os transformam em objetos.” (BRANDÃO, 1990, p.11)

A opção metodológica por um estudo que contemple elementos da pesquisa participante se encontra nas características singulares aos referenciais teóricos da Educação Popular, tais como uma opção clara pelas transformações sociais das classes populares, de um saber construído junto à cultura popular como possibilidade de transformação, com as pessoas dessas classes, não no sentido vertical, mas sim horizontal, em que todos ampliam sua compreensão de mundo, num processo participativo e educativo. Aonde “juntos vão dando forma e conteúdo (crítico) a um mundo mais justo; educação que se faz na práxis, na reflexão e na ação.” (FREIRE, 2003)

E como nos diz Hurdato (1993):

(...) é o confronto da prática sistematizada com elementos de interpretação e informação que permite levar tal prática consciente a novos níveis de compreensão. É a teoria a partir da prática e não a teoria “sobre” a prática. Assim, uma prática de educação popular (...) toma a própria realidade (e a prática transformadora sobre essa realidade) como fonte de reconhecimentos, como ponto de partida e de chegada permanente, percorrendo dialeticamente o caminho entre a prática e sua compreensão sistemática, histórica, global e científica. (HURTADO, 1993, p.44-45).

A pesquisa participante abordada por Brandão (1999) nos coloca que existe algo oculto nas teorias, que somente quando se pensa sobre a prática é possível revela-la, sendo necessário e uma premissa o pesquisador conhecer com profundidade, estar envolvido e comprometido com aquilo que quer pesquisar.

Justificam-se também por elementos da pesquisa participante como opção metodológica, à alternativa as pesquisas tradicionais. Os três elementos favoráveis apontados por Brandão (1999), sobre a produção do conhecimento no trabalho popular, são:

(...) Primeiro: a possibilidade lógica e política de sujeitos e grupos das classes populares... Serem os produtores diretos, ou pelo menos, os participantes associados do próprio saber orgânico da classe, um saber que nem por ser popular deixe de ser científico. Um saber que oriente a ação coletiva e que justamente por refletir a prática do povo, seja plenamente crítico e científico, do seu ponto de vista. Segundo:

o poder de determinação do uso e do destino político do saber produzido pela pesquisa, tenha ela tido ou não a participação de sujeitos populares em todas as suas etapas. Terceiro: o lugar e as formas de participação do conhecimento científico erudito e do seu agente profissional de saber, no “trabalho com o povo” que gera a necessidade da pesquisa, e na própria pesquisa que gera a necessidade da sua participação. (BRANDÃO, 1999, p.223-224).

Assim, através da ação do pesquisador de mediador e promotor de práticas de mediação, ocorre a reflexão (educação popular), onde essa ação deve se configurar em um projeto político a fim de transformações estruturais, na vida política local, regional e nacional (essa chamada de libertação) através do poder. Como? Com a produção coletiva, analisa, discute o significado, o conhecimento gerado e o seu uso direto (relatórios, novas discussões na comunidade), denunciando situações e possibilitando movimentos populares que visem à emancipação de grupos.

Portanto, a Educação Popular na saúde se configura justamente na ação de reflexão, por práticas mediadoras, que coloca a pesquisa com elementos do tipo participante como uma das possibilidades de serem também práticas emancipatórias, desde que seja instrumento científico, pedagógico e político, de participação nos trabalhos de produção do poder popular.

Dessa maneira a opção por um estudo qualitativo com elementos da pesquisa participante são escolhas baseadas nos seguintes entendimentos correspondidos:

- Quanto a ser um estudo qualitativo, encontrou-se como alternativa valiosa de produção de conhecimento, pois possibilitou uma abordagem mais ampla e profunda dos fatores que condicionam os problemas de saúde e as influências que as práticas metodológicas da educação popular se inscrevem no processo de formação profissional em saúde;
- Pela opção metodológica por elementos da pesquisa tipo participante estarem de acordo com os aspectos teóricos propostos a atender aos objetivos de investigação.
- Propiciou uma análise do processo de formação profissional em saúde e suas relações com as práticas de Educação Popular vindo ao encontro de referências teóricas Freiriana, de uma educação que vise à autonomia e a liberdade das pessoas, isso por ir além da produção de conhecimentos e se propor a uma reflexão participativa da temática do estudo.

Neste contexto, a opção por desenvolver a construção dos dados em grupos focais, com os sujeitos estudantes, foi uma experiência bem sucedida quando aliou as referências de Minayo (2007), com as experiências de pesquisas participantes descritas por Brandão(1999),

onde os encontros se objetivaram na temática do estudo, permitiu o diálogo e construção de novos saberes na interação entre os sujeitos participantes.

É importante salientar que como se trata de um estudo qualitativo, a variedade e profundidade dos materiais produzidos durante todo o processo de construção desse conhecimento se mostra muito importante, portanto, obedeceu-se a alguns critérios na organização dos materiais produzidos e selecionados, utilizando o método de triangulação de dados, descritos por Minayo (2004) e Trivínos (1987), formando assim três grupos de dados diferenciados, que em seu coletivo compõem o Corpus da Pesquisa que teve suas posteriores análises e interpretações.

Teve como instrumentos utilizados na construção do corpus da pesquisa, diálogos com pessoas relevantes no meio pesquisado, com o uso de registro em diário de campo organizado; observação livre com registro escrito e gravados em áudio; questionário de levantamento de variáveis padrão, respondido por escrito e grupos focais com tópicos norteadores para o debate, gravados em áudio visual. Que segundo Trivínos (1987) tem por objetivo:

A técnica da triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macro realidade social. (TRIVINÓS, 1987, p. 138)

E também pela compreensão do método de triangulação descrita por Minayo (2007)

Pode ser compreendida como uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto (...). (MINAYO, 2007, p. 361).

Aplicando a triangulação organizam-se os seguintes conjuntos de dados:

- Primeiro grupo de dados/ Processos e Produtos centrados no Sujeito: Desenvolvida com a percepção do sujeito/estudante participante, através dos encontros do grupo focal com tópicos norteadores no debate.
- Segundo grupo de dados/Elementos Produzidos pelo meio do sujeito e que têm incumbência em seu desempenho na comunidade: Produzidos no campo das práticas, no diálogo com profissionais de saúde das equipes de ESFs.

- Terceiro grupo de dados/Processos e Produtos originados pela estrutura sócio econômica e cultural do macro organismo social: Produzido no meio acadêmico, no diálogo com educadores/docentes da universidade local.

A composição dos materiais do estudo foi desenvolvida em quatro fases, sendo que cada uma delas corresponde a um conjunto de elementos construídos no campo teórico e que atendem respectivamente a cada um dos objetivos específicos do estudo. Tendo seu último objetivo específico, a intencionalidade de sistematizar as experiências formativa em saúde em práticas de educação popular, permitindo construir novos saberes a partir do processo que iniciou pela problematização na temática, passando a articulação dos saberes, reflexão criticamente sobre esse processo e a identificação de limites e possibilidades emancipatórias da formação profissional em saúde voltada a integralidade da atenção a saúde humana. os quais têm suas interpretações descritas com maiores detalhes no capítulo final desse estudo.

2.1 Primeira fase: exploratória

A primeira fase foi à exploratória, que correspondeu ao objetivo de identificar os espaços e as práticas de educação popular em saúde experienciadas no processo de formação profissional em saúde nas ESF.

Nessa fase através da conversação com pessoas relevantes no processo de formação profissional, seja no campo das práticas e/ou no campo acadêmico e a observação livre nos territórios de Estratégias de Saúde da Família, buscou-se informações sobre possíveis conjuntos de materiais sobre atividades pedagógicas baseadas em práticas de educação popular, desenvolvida nos últimos cinco anos, a fim de selecionar o campo de pesquisa, os “ambientes tipificados”, de mais potencial para ser investigado. Ao mesmo tempo selecionar os sujeitos/estudantes interessados em participar da pesquisa, ampliando variedade de estratificação das categorias profissionais dos sujeitos/acadêmicos em processo de formação e em imersão com práticas de educação popular. As informações, os dados e análises interpretativas dessa fase correspondem ao segundo e terceiro grupo de dados da triangulação. Conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Resumo da sequência metodológica da pesquisa – 1ª Fase

Objetivo específico da pesquisa	Identificar os espaços e as práticas de educação popular em saúde experienciadas no processo de formação profissional em saúde nas ESF
--	--

Primeiro Procedimento	
Método/Instrumento de coleta de dados	Conversação com pessoas relevantes: profissionais da saúde no campo das práticas e educadores/docente no campo acadêmico.
Data	22/04/2014 à 19/09/2014
Procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Realizado conversas com profissionais de saúde das estratégias de saúde da família, e educadores/docentes, com prévio agendamento telefônico ou por e-mail, a fim de identificar quais práticas está sendo desenvolvidas e onde existe imersão de sujeitos/estudantes nesses territórios de Estratégias de Saúde da Família; - Busca de informações sobre possíveis conjuntos de materiais sobre atividades pedagógicas baseadas em práticas de educação popular, desenvolvida nos últimos cinco anos nos territórios de estratégias de saúde da família.
Formas de Registro	Diálogo semiestruturado (ANEXO A) e gravado com autorização.
Finalidade	Selecionado o campo de pesquisa em potencial, ou seja, buscar através de informações e/ou documentos sobre práticas de educação popular no processo de formação profissional, os “ambientes tipificados” de mais potencial para ser investigado. Usa-se o critério de exaustão e relevância.
Segundo Procedimento	
Método/Instrumento de coleta de dados	Observação livre nos campos de estratégias de saúde da família com registro escrito em diário de campo.
Data	09/06/2014 à 26/06/2014
Procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Conversa com os integrantes das equipes e estudantes sobre a pesquisa a ser realizada e o motivo de minha presença no ambiente de trabalho e de formação. - Visita para observação e diálogos aos onze territórios de Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul com apresentação da pesquisa e documentos necessários para seu desenvolvimento no local. (ANEXO B). - Preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C) pelos profissionais de saúde das equipes de ESFs e pelos educadores/docentes do campo acadêmico; - Investigação das práticas está sendo realizada no período da coleta de dados; - Convite aos sujeitos/estudantes interessados em participar da pesquisa, agendando as datas de participação; - Busca materiais e informações sobre práticas de educação popular nos espaços de estratégias de saúde da família;
Formas de Registro	- Diário de Campo: os registros escritos serão realizados pela pesquisadora, de forma organizada por data, local, objetivo e percepção, numa constante sequencial por longitudinalidade de tempo, para posterior tratamento e análise.
Finalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da pesquisa no campo; - Vinculação com a equipe e sujeitos/participantes da pesquisa; - Ampliação variedade de estratificação das categorias profissionais dos sujeitos/acadêmicos em processo de formação e em imersão com práticas de educação popular; - Selecionar e acordar-se a participação dos sujeitos/acadêmicos na pesquisa; - Conhecer as práticas de educação popular em saúde que foram realizadas e/ou que estão sendo planejadas e executadas nos territórios das Estratégias de Saúde da Família e como se dá a participação dos sujeitos/estudantes; - Buscar informações sobre as práticas de educação popular em saúde nesses territórios e sua relação com o processo de formação profissional dos sujeitos/estudantes que estão no campo.
Terceiro Procedimento	
Método/Instrumento de coleta de dados	Questionário de identificação dos sujeitos/estudantes/participantes e do campo de pesquisa (ANEXO D).
Data	09/06/2014 à 26/06/2014
Procedimentos	Identificação dos dados de variáveis padrão tais como: dados pessoais, dados socioeconômicos, escolaridade e dados sobre o processo de formação profissional em saúde atual;

Formas de Registro	Escrito pelo sujeito/estudante
Finalidade	Obter informações para a variedade de estratificações e de informações básicas dos sujeitos interessados em participar da pesquisa para posterior tratamento e análise.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora em base na metodologia proposta no estudo.

A observação de campo teve por finalidade a apresentação da pesquisa no campo, uma vinculação da pesquisadora com a equipe e sujeitos/participantes da pesquisa, ampliar variedade de estratificação das categorias profissionais dos sujeitos/estudantes em processo de formação e em imersão com práticas de educação popular, selecionar e acordar a participação dos sujeitos/estudantes na pesquisa, conhecer as práticas de educação popular em saúde que foram realizadas e/ou que estão sendo planejadas e executadas nos territórios das Estratégias de Saúde da Família e identificar como se dá a participação dos sujeitos/estudantes nessas, buscando informações sobre as práticas de educação popular em saúde nesses territórios e sua relação com o processo de formação profissional dos sujeitos/estudantes que estão nesse campo.

Na seleção do campo de pesquisa com maior potencial a ser investigado elencou-se como primeiro critério: territórios de ESF com Sujeitos/estudantes em campo no período de coleta de dados, critério por se constituir elemento fundamental a presença do sujeito estudante na pesquisa; segundo critério: territórios em que foram identificadas práticas de Educação Popular, vinculados ao processo de formação profissional dos estudantes em campo, por atender objetivos da pesquisa na busca de analisar e sistematizar o processo educativo que ocorre nas práticas de educação popular em saúde durante o processo de formação dos profissionais de saúde, estando esse no contexto das representações (BAUER e GASKELL, 2004, p.55) e na relação do sujeito com o objeto de pesquisa; e terceiro critério: territórios com maior tempo de implantação no Município de Santa Cruz do Sul, por entender o tempo como elemento potencializador de vínculo da equipe com a população e com estudantes nas práticas de formação em saúde.

Emprega-se dessa forma o critério de “relevância” a seleção do campo de pesquisa. Segundo Bauer e Gaskell (2004, p.55), os materiais de um corpus devem ter apenas um foco temático ou tema específico, servindo, portanto o campo de pesquisa em que se desenvolvam práticas de educação popular em saúde, nos processos de formação profissional, o local pertinente para o estudo, dada o grau de importância e convergência do material a ser coletado aos propósitos da pesquisa.

Assim nessa primeira fase realizou-se a observação de campo nos onze territórios de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul, identificando as práticas de educação

popular em saúde e os sujeitos/estudantes participantes desses territórios, para seguir nas fases seguintes do estudo.

2.2 Segunda fase: problematizadora

A segunda fase do estudo inicia com o primeiro de três encontros do grupo focal formado pelos sujeitos estudantes interessados em participar no esclarecimento do problema, com suas contribuições, dada por sua experiência do processo de formação profissional em práticas de educação popular em saúde. Esses encontros foram realizados no período de uma semana, em dias intercalados, em horários flexíveis, que iam das 17 horas até às 20 horas, possibilitando a participação de todos. Os grupos foram realizados em uma sala da biblioteca da universidade, por ser considerado pelo grupo, lugar de fácil acesso a todos e também por se caracterizar no campo acadêmico, um lugar universal de pesquisa. Todos os encontros foram gravados e filmados para posteriores análises e interpretações. Ao final de cada grupo a pesquisadora organizava e descrevia o conjunto de informações discutidas e apresentadas do coletivo e retornava com o feedback no próximo encontro para possíveis alterações e aprovação do grupo.

Utilizou-se nesse período também o meio eletrônico com trocas de e-mail, sobre considerações a serem acrescentadas pelos sujeitos, a postagem dos feedbacks e o andamento do estudo, em um grupo fechado criado no facebook. Todos participantes receberam no primeiro encontro uma pasta (ANEXO L), contendo material de escrita (caderno, caneta), a proposta do estudo e o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E), assinado após a rerepresentação dos objetivos do estudo e do diálogo pactuado pela corresponsabilidade dos sujeitos com os demais do grupo, para com a participação e construção coletiva desses novos conhecimentos em relação à temática do estudo.

Na segunda fase, o primeiro encontro do grupo focal teve por objetivo problematizar com os sujeitos como as práticas de Educação Popular atuam na formação profissional em saúde de que estão envolvidos, estimulando o debate e a reflexão, através da análise crítica dos problemas sobre a temática, correspondendo ao primeiro grupo de dados da triangulação. Conforme quadro abaixo:

Quadro 2 - Resumo da sequência metodológica da pesquisa – 2ª Fase

Dimensão da Educação Popular	Dimensão Cultural
-------------------------------------	-------------------

Pressupostos Freirianos	Pressupostos Filosóficos				
Objetivo específico da pesquisa	- Problematizar com os sujeitos como as práticas de Educação Popular atuam na formação profissional em saúde de que estão envolvidos, estimulando o debate e a reflexão sobre a temática.				
Método/Instrumentos	1º Encontro do Grupo Focal - Local: Biblioteca da Universidade de Santa Cruz do Sul - Tempo de duração: 1h30min; - Recursos: Vídeo e Imagens. Gravação de áudio e vídeo; - Motivação de participação: interesse pessoal do sujeito/estudante; -Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 01 (ANEXO F).				
Data	22/09/2014				
Procedimento	- Agendado local para o grupo, de 6 participantes, conforme seleção e tamanho da amostra definida na primeira fase da pesquisa e pelos critérios estabelecidos; - Agendado as gravações de áudio e vídeo; - Providenciado lanche aos participantes; - Providenciado os materiais como caneta, papel e outros; -Apresentação dos participantes; -Apresentação dos objetivos da pesquisa; - Acertos e definições sobre o processo de realização da pesquisa; -Preenchimento do termo livre esclarecido; - Preenchimento e/ou conferência do questionário de identificação dos dados de variáveis padrão tais como: dados pessoais, dados socioeconômicos, escolaridade e dados sobre o processo de formação profissional em saúde atual; - Apresentação de um vídeo sobre as práticas de educação popular em saúde a fim de problematizar a temática, com posterior discussão sobre o tema; - Escrito um relato sobre o encontro registrando as percepções do grupo, que deverá ser apresentado no próximo encontro através de leitura para aprovação do grupo;				
Formas de registros	- Gravação de áudio e vídeo -Registro Fotográfico				
Finalidade	- Acolhimento dos participantes; - Problematizar a temática entre os participantes; - Descrever a inserção dos estudantes no campo das práticas em saúde coletiva e em práticas de educação popular em saúde que estão realizando. - Buscar nos relatos a descrição de seu conhecimento sobre o território que está inserido e de seus conhecimentos das necessidades em saúde da população atendida; - Conhecer os significados dessa problematização sobre a temática, a fim de orientar as fases seguintes do processo da pesquisa participante (os Feedbacks).				
Análise de conteúdo	<table border="1"> <tr> <td>Categorias Teóricas de análise</td> <td>- Cultura - Necessidade</td> </tr> <tr> <td>Subcategorias a priori</td> <td>- Descrição da inserção dos estudantes no campo das práticas em saúde coletiva - Conhecimento sobre o território em saúde - Conhecimento sobre as necessidades em saúde</td> </tr> </table>	Categorias Teóricas de análise	- Cultura - Necessidade	Subcategorias a priori	- Descrição da inserção dos estudantes no campo das práticas em saúde coletiva - Conhecimento sobre o território em saúde - Conhecimento sobre as necessidades em saúde
Categorias Teóricas de análise	- Cultura - Necessidade				
Subcategorias a priori	- Descrição da inserção dos estudantes no campo das práticas em saúde coletiva - Conhecimento sobre o território em saúde - Conhecimento sobre as necessidades em saúde				

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora em base na metodologia proposta no estudo.

Nesse primeiro encontro buscou-se a integração do grupo, através do acolhimento de todos no coletivo. A problematização da temática iniciou com o diálogo sobre o assunto com

os participantes, seguida de dois vídeos¹ sobre Educação Popular de curta duração assistidas pelo grupo e posteriores relatos sobre sua inserção no campo das práticas em saúde coletiva e em práticas de Educação popular em saúde realizada em seu processo de formação profissional nas Estratégias de Saúde da Família. Debatido seus conhecimentos sobre o território em que estava inserido e seu entendimento em relação às necessidades em saúde da população a qual estava interagindo nesse processo. O conjunto de informações, percepções, opiniões, sentimentos e ações desenvolvidas, trazidas e discutidas nesse primeiro encontro correspondem à dimensão cultural implicada no processo de formação profissional em saúde em práticas de educação popular a serem analisadas e interpretadas no campo teórico, pelos pressupostos filosóficos Freirianos e com base nos estudos de Thompson.

2.3 A terceira fase: sistematizando a experiência

A terceira fase, realizado no segundo encontro do grupo focal objetivou-se sistematizar o processo de aprendizagem dos estudantes desde sua inserção no campo das práticas até sua reflexão sobre os significados da experiência em práticas de educação popular em saúde e sua compreensão ampliada da saúde em suas práticas de cuidado, através da análise coletiva do processo de formação profissional nas práticas de educação popular, correspondendo ao primeiro grupo de dados da triangulação. Conforme organizado no quadro abaixo:

Quadro 3 - Resumo da sequência metodológica da pesquisa – 3ª Fase

Dimensão da Educação Popular	Dimensão Social
Pressupostos Freirianos	Pressuposto Social
Objetivo específico da pesquisa	Sistematizar o processo de aprendizagem dos estudantes desde sua inserção no campo das práticas até sua reflexão sobre a experiência em práticas de educação popular em saúde.
Método/Instrumentos	2º Encontro do Grupo Focal Local: Biblioteca da Universidade de Santa Cruz do Sul; - Tempo de duração: 1h30min; - Recursos: Gravação de áudio e vídeo;

¹ 1º vídeo: Educação Popular – Programa Movimento/Cefuria. Fala sobre educação popular, uma prática pedagógica problematizadora que visa promover uma educação libertadora. Vídeo produzido pela Quem TV Produções e exibido no programa Projeto Popular, exibido na Paraná. Disponível em: <http://youtu.be/lsMYhhc4ckM>

2º vídeo: Aproximações com os fundamentos da Educação Popular – EdPopSUS – Gestão Estratégica e Participativa/ Programa de Educação Popular para ACS e AVS – EdPopSUSGEPFIOCRUZ. Disponível em: <http://youtu.be/jozlwGZ0hc8>

		-Motivação de participação: interesse pessoal do sujeito/estudante -Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 02 (ANEXO G).
Data		24/09/2014
Procedimento		- Agendado local para o grupo, de 6 participantes, conforme seleção e tamanho da amostra definida na primeira fase da pesquisa e pelos critérios estabelecidos; - Agendado as gravações de áudio e vídeo; - Providenciado lanche aos participantes; - Acolhimento do grupo participante; - Reapresentação dos participantes; - Reapresentação do objetivo da pesquisa. - Lido o relato do último encontro para aprovação do grupo-Feedback; - Apresentado o objetivo do grupo focal 2; - Escrito um relato sobre o encontro registrando as percepções do grupo, que deverá ser apresentado no próximo encontro através de leitura para aprovação do grupo (Feedback).
Formas de registros		- Gravação de áudio e vídeo.
Finalidade		- Sistematizar o processo de aprendizagem dos estudantes desde sua inserção no campo até sua reflexão sobre a experiência em práticas de educação popular em saúde; - Buscar nos relatos a suas impressões e opiniões sobre o seu processo de inserção no campo de estágios em saúde coletiva e nas práticas de educação popular em saúde, possibilidade de integração da teoria com a prática no que vem realizando, buscando o essencial de suas das experiências e das relações do cotidiano dos sujeitos/estudantes participantes; - Conhecer a compreensão da visão ampliada da saúde na sua prática profissional
Análise de conteúdo	Categorias Teóricas de análise	-Experiência - Práxis - Diálogo - Saúde
	Subcategorias a priori	- Descrição das práticas de educação popular no processo de formação profissional em saúde; - Significado da experiência na aprendizagem; - Compreensão da visão ampliada da saúde na prática profissional

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora em base na metodologia proposta no estudo.

Ao início do segundo encontro apresentou-se ao grupo, o feedback do primeiro encontro, com a leitura, possíveis alterações e aprovação desse por todos. No segundo grupo focal, o conjunto de informações e experiências apresentadas e compartilhadas corresponde à dimensão social implicada no processo de formação profissional em saúde em práticas de educação popular, a serem analisada e interpretada no campo teórico, pelos pressupostos sociais Freirianos e pelas contribuições dos estudos de Thompson, Freire e Vasconcelos.

2.4 A quarta fase: debatendo e construindo possibilidades

A quarta e última fase, realizada no terceiro grupo focal, teve por objetivo específico debater e construir uma matriz sobre as relações do processo de formação profissional em saúde com as práticas de Educação Popular, descrevendo elementos e atributos referentes à autonomia, emancipação no processo de formação com vistas à integralidade da atenção a saúde, com propostas e/ou ações que permitam um agir profissional em saúde dialógico, humana e emancipatório.

Além de uma avaliação e socialização da construção coletiva desses novos conhecimentos do grupo de sujeitos/estudantes participantes e dos resultados da pesquisa com a comunidade interessada. Correspondendo ao primeiro grupo de dados da triangulação. Conforme quadro abaixo:

Quadro 4 - Resumo da sequência metodológica da pesquisa – 4ª Fase

Dimensão da Educação Popular	Dimensão Política
Pressupostos Freirianos	Pressupostos Políticos
Objetivo específico da pesquisa	Debater e construir uma matriz sobre as relações do processo de formação profissional em saúde com as práticas de Educação Popular, descrevendo elementos e atributos referentes à integralidade, autonomia e emancipação no processo de formação.
Método/Instrumentos	3º Encontro do Grupo Focal Local: Biblioteca da Universidade de Santa Cruz do Sul. - Tempo de duração: 1h30min; - Recursos: Gravação de áudio e vídeo; -Motivação de participação: interesse pessoal do sujeito/estudante; -Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 03 (ANEXO H); - Avaliação da participação no estudo.
Data	26/09/2014
Procedimento	- Agendar local para o grupo, que poderá ter entre 6 a 14 participantes, conforme seleção e tamanho da amostra definida na primeira fase da pesquisa e pelos critérios estabelecidos; - Agendar as gravações de áudio e vídeo; - Providenciar lanche aos participantes e água; - Reapresentação dos objetivos da pesquisa; - Ler o relato do último encontro para aprovação do grupo – Feedback; - Apresentar o objetivo do grupo focal 3; - Construir no grupo uma matriz a cerca da produção do conhecimento sobre a temática debatida e experienciadas. (ANEXO I).
Formas de registros	- Gravação de áudio e vídeo - Registro Fotográfico
Finalidade	- Debater e construir uma matriz sobre as relações do processo de formação profissional em saúde com as práticas de Educação Popular, descrevendo pontos referentes à integralidade, autonomia e emancipação no processo de formação;

		<ul style="list-style-type: none"> - Buscar identificar nas falas as possibilidades de articulação política na experiência das práticas de educação popular e quais espaços institucionais ou comunitários tem potencial para desenvolver um espaço coletivo para novos conhecimentos na formação profissional; - Identificar as possibilidades da integralidade e da interdisciplinaridade na construção de práticas de saúde que atendam as necessidades em saúde da população; - Identificar experiências de autoria e protagonismo dos sujeitos, como parte do processo de formação profissional; - Avaliação da participação no estudo.
Análise de conteúdo	Categorias Teóricas de análise	<ul style="list-style-type: none"> - Integralidade - Autonomia - Emancipação
	Subcategorias a priori	<ul style="list-style-type: none"> - Integralidade e interdisciplinaridade - Protagonismo e institucionalidade -Avaliação da participação no estudo

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora em base na metodologia proposta no estudo.

No início do terceiro encontro apresentou-se ao grupo o feedback do segundo encontro, com a leitura, para possíveis alterações e aprovação desse por todos. Abordamos a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012, PNEPS), com a leitura e posteriores reflexões do item “1.2 Algumas dimensões da Educação Popular em Saúde”. O conjunto de informações debatidas e produzidas nesse encontro corresponde à dimensão política que se evidencia no processo de formação profissional a serem analisadas e interpretadas no campo teórico, pelos pressupostos políticos Freirianos, e pelas contribuições nos estudos de Doimo, Bourdieu, Brandão, Freire e Vasconcelos.

2.5 Organizando as análises e interpretações

Após a coleta de dados, adotou-se para tratamento dos documentos produzidos o método de análise de conteúdo, onde segundo Bauer e Gaskell (2004, p.191) “é uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada.” Para ele, a análise de conteúdo reconstrói representações em duas dimensões principais: a sintática, de caráter quantitativo, pelas categorias e unidades registros, selecionadas em que descreve os meios de expressão e influência das falas. E a semântica, de caráter qualitativo, relacionada com as inferências que trazem a partir das relações entre as palavras, descritas a partir das experiências, nas unidades de contexto.

Dessa forma, as etapas da análise e interpretação dos dados pela análise de conteúdo ocorreram em uma primeira etapa de exploração e separação do material em: textos transcritos do grupo focal, registros do diário de campo, textos transcritos dos diálogos com

peças relevantes do campo das práticas e do campo acadêmico; uma posterior leitura flutuante de todos os materiais, com a finalidade de identificar as diferentes amostras de informação a serem analisadas, selecionando os que estão efetivamente de acordo com os objetivos a serem alcançados. Utilizando os critérios de relevância, pela importância deste aos propósitos da pesquisa, homogeneidade, possibilitando a análise de diferentes tipos de materiais e sincronidade desses materiais entre si, dada pela interseção histórica no campo de pesquisa.

Na segunda etapa das análises e interpretações, ocorreu a codificação e categorização do material, identificando e demarcando nos textos analisados as unidades de análise, ou seja, as unidades de registro, dada por termos ou palavras-chaves no material e as unidades de contexto, dada pelos parágrafos significativos do material. As categorizações das unidades de registro e de contexto foram em base nas Categorias Teóricas de análise e Subcategorias a priori estabelecidas com base no referencial teórico e revisão bibliográfica, que estão respectivamente: CATEGORIAS ou UNIDADES DE ANÁLISES: Categoria teórica de análise (CAT): CAT01- Cultura, CAT02- Necessidade, CAT03- Experiência, CAT04- Práxis, CAT05- Diálogo, CAT06- Saúde, CAT07- Integralidade, CAT08- Autonomia CAT09- Emancipação. Sub-Categorias a priori (TOP): TOP01- Descrição da inserção dos estudantes no campo das práticas em saúde coletiva; TOP02- Conhecimento sobre o território em saúde, TOP03- Conhecimento sobre as necessidades em saúde, TOP04- Descrição da prática de educação popular no processo de formação profissional em saúde; TOP05- Significado da experiência na aprendizagem; TOP06- Compreensão da visão ampliada da saúde na sua prática profissional; TOP07- Integralidade e Interdisciplinaridade TOP08- Protagonismo e institucionalidade; TOP10- Avaliação da participação no estudo. Conforme quadro abaixo:

Quadro 5 - Resumo da análise de conteúdo proposta no estudo

Pressupostos freirianos	Categoria teórica de análise (CAT)	Subcategorias a priori (TOP)
Filosóficos	CAT01- Cultura CAT02- Necessidade	TOP01- Descrição da inserção dos estudantes no campo das práticas em saúde coletiva TOP02- Conhecimento sobre o território em saúde TOP03- Conhecimento sobre as necessidades em saúde
Pedagógicos	CAT03- Experiência CAT04- Práxis	TOP04- - Descrição da prática de educação popular em saúde no processo de formação profissional em saúde

	CAT05- Diálogo	TOP05- Significado da experiência na aprendizagem
	CAT06- Saúde	TOP06- Compreensão da visão ampliada da saúde na sua prática profissional
Políticos	CAT007- Integralidade	TOP07- Integralidade e Interdisciplinaridade
	CAT08- Autonomia	TOP08- Protagonismo e interinstitucionalidade
	CAT09- Emancipação	TOP09- Avaliação da participação no estudo

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora em base na metodologia proposta no estudo.

E na terceira etapa, fez-se o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, a partir das análises estatísticas possíveis e análises das informações obtidas, com a caracterização dos sujeitos e do campo de pesquisa, pelos dados das variáveis padrões e dos dados voltados a identificar como e com que resultados o processo de formação profissional em saúde se desenvolve a partir da experiência com as práticas de educação popular em saúde dos sujeitos participantes, a fim de explorar a congruência entre meios e fins do processo educativo, com inferências e interpretações no referencial teórico.

Para tanto, se buscou problematizar questões referentes ao processo de formação profissional em saúde que estejam relacionadas às possibilidades e limites que as experiências em práticas de educação popular se inscrevem no processo de aprendizagem do estudante. Tais como sua aproximação com a comunidade em estágios saúde coletiva, a decodificação das necessidades em saúde da população, pelos modos de vida no território, a compreensão e significados de sua práxis na atenção integral à saúde, além das potencialidades de autonomia e protagonismo dos sujeitos nessa formação, pela interdisciplinaridade e institucionalidade relacionados ao processo de ensino aprendizagem.

Finalizando com a apresentação pela descrição e interpretação dos dados, comunicados nos capítulos finais 4 e 5 desse trabalho, revelando o resultado da produção do conhecimento.

Considerando a importância da ação e reflexão das práticas educativas no processo de formação profissional no campo teórico, apresenta-se a seguir o referencial e as bases teóricas que dão sustentação as posteriores análises e interpretações desse estudo.

3 RELAÇÕES DA SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE

No Brasil a área da saúde vem sofrendo transformações históricas. Entre conflitos e tensões, aconteceram muitos avanços e conquistas, de uma trajetória longa e marcada por muitas lutas.

O país na área da saúde se coloca em destaque diante do mundo, não somente por suas conquistas, mas pela maneira que às vem conquistando. É a força popular, os movimentos sociais, sua cultura, sua vontade de viver e de ser feliz, que tem vencido as adversidades que o mundo globalizado impõe as nações que ainda não conseguiram superar as desigualdades inerentes do capitalismo.

A história no campo da saúde pode ser contada pelo viés da conquista, do poder de sua gente em garantir uma vida melhor, devendo dar lugar de destaque e reconhecimento a muitas pessoas que foram martirizadas pelo seu pensamento crítico e transformador no país. Esses estiveram a favor de uma saúde pública universal e nos levaram rumo ao lugar que estamos hoje. Por isso, falar de saúde é falar também de educação. É ela que possibilita a consciência das pessoas em direção as grandes transformações que a sociedade precisa. Esse processo de conscientização pode ser entendido como:

A conscientização assim, consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, ou seja, “que ultrapassemos a esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. (FREIRE, 1980, p.26).

Segundo Paulo Freire (2003), as pessoas transformam suas realidades quando se reconhecem como sujeitos, refletindo sobre sua existência, se abrindo para o diálogo, o que lhes possibilitam uma consciência crítica, pois ao fazer na presença do outro, opta, decide e se compromete e, nessa ação, objetiva o mundo, reconhecendo-se como sujeito e transformando-o com os demais.

É o contexto e o processo histórico, onde a prática humana supera as condições limites da sociedade, que nos inquieta, instiga, coloca em alerta e nos motiva. É nessa experiência que mora o começo do novo, é nela que devemos buscar a força transformadora para os anseios que nos movimenta, quando pensamos numa saúde e numa educação que atenda aos interesses da coletividade.

A história não é sucessão de fatos no tempo, não é progresso das ideias, mas o modo como homens determinados em condições determinadas criam os meios e as formas

de sua existência social, reproduzem ou transformam essa existência social que é econômica, política e cultural. (CHAUÍ, 1993, p.8).

A história nos registra que a principal política pública de saúde brasileira é, sem dúvida, a construção do Sistema Único de Saúde – SUS, e tem relação direta com o processo de formação dos profissionais de saúde, pois se encontra como campo formador, tanto em aspectos de desenvolvimento de competências e habilidades técnicas à saúde humana, quanto na possibilidade de um aprendizado de ação política e social.

O caminho percorrido na construção do Sistema Único foi marcado de legitimação das lutas dos movimentos sociais, que numa linha de tempo formam um conjunto de definições institucionais por parte do Estado, traduzidas em um arcabouço de legislações específicas em sua particularidade.

O percurso histórico-político, dessa principal política de saúde, mistura-se a um processo de conscientização das classes populares, configurado na luta pelo direito a saúde, que tem em sua trajetória o encontro dos saberes populares, identificados em suas necessidades e na experiência de vida do povo. E dos saberes científicos, denotados pela experiência dos intelectuais, que se colocaram em movimento político a favor de uma sociedade mais humana no campo da saúde.

Assim, a questão da formação de profissionais em saúde tem em seus pilares estruturais as políticas públicas, podendo, desta maneira, aliar o domínio da técnica com a capacidade de agir politicamente com vistas à integralidade à saúde.

A compreensão das políticas públicas de saúde brasileira e sua relação com a formação profissional em saúde, na atualidade, estão relacionadas com o formato que vem adquirindo desde suas origens, baseado em uma assistência à saúde como um direito as classes assalariadas, que esteve também sempre vinculado ao direcionamento da política econômica do país.

Os estudos de Behring & Boschetti (2006), de caráter histórico estrutural das políticas sociais, buscam desvendar, a partir das características econômicas, sociais, políticas e culturais, o papel do Estado e os interesses dos sujeitos envolvidos na regulação e desenvolvimento das políticas públicas, apontando que essas articulações sobre as situações da vida humana tem predominância do econômico.

O que constrói um pensamento histórico e coletivo de pessimismo e até descrença das políticas públicas de saúde, por estarem inseridos em “processos inscritos na sociedade burguesa”. (BEHRING & BOSCHETTI, 2006, p.40).

No entanto, de Behring & Boschetti (2006), pensam as políticas públicas como uma conquista civilizatória, que mesmo não sendo uma solução definitiva à desigualdade e ao acesso a saúde, por estar atrelada a exploração do mundo capitalista vigente, se coloca como um instrumento para minimizar as desigualdades e possibilitar a inclusão de acesso aos cuidados de saúde.

Segundo Reis, et al., (2012) a história do SUS pode ser contada por duas vertentes: uma embasada em políticas de combate às grandes endemias, que inauguram a genealogia das políticas de saúde no Brasil, ainda no final do século XIX, que enfatiza uma linha assistencial e histórica das vigilâncias epidemiológica e sanitária. E outra que se delineou como um movimento social e político, que podemos hoje chamar de vigilância à saúde. Ambas importantes, mas que até hoje têm dificuldade de se convergirem para uma integralidade ao cuidado na atenção a saúde da população.

A história retomada por Nunes (1985) apresenta o período de 1880 a 1930, o Brasil permeado por investigação bacteriológica e parasitológica, relacionada à estrutura social da época, que atendia aos interesses econômicos de produção agroexportadora e de tentativas de eliminação das doenças tropicais.

Segundo Lourenço (2004), esses estudos focados na bacteriologia não consideravam os determinantes sociais das doenças e avalia esse período no Brasil como de reestruturação dos serviços em saúde pelo Estado, dando ênfase ao conhecimento e ao saber científico e de imposições de medidas autoritárias estabelecidas pelos serviços. Tratada como uma questão de polícia, em uma relação vertical de normatização e segregação social, em que os técnicos tinham o saber científico e não consideravam o conhecimento popular, principalmente dos pobres e dos negros, sendo considerados incapazes de compreender as causas das doenças e de ter direito à saúde.

Segundo Vasconcelos (1997), o Código Sanitário de 1918, já iniciava campanhas de educação em saúde, mas com ações pontuais e fragmentadas, essas são voltadas para a questão do saneamento e do controle de endemias, considerada a grande questão nacional da época.

A construção política no campo da saúde inicia seu percurso e em 1923, a Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Essa lei confere um *status* de legalidade a reivindicações já existentes na organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria, num país, onde o existia um rápido processo de aceleração

industrial e de urbanização. É nesse contexto que nascem complexas relações entre os setores público e privado que persiste ainda hoje no Sistema Único de Saúde. (REIS, et al., 2012).

Em 1930, no Estado Novo de Getúlio Vargas, inicia a intervenção do Estado na saúde, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, organizando uma política nacional de saúde a partir de dois blocos: da saúde pública e da medicina previdenciária, ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). (REIS, et al., 2012).

Os IAPs foram criados em 1932, como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileira. Mas com prioridade ao componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios e principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado. Assim a saúde pública ainda estava longe de ser universal, gratuita e focada na coletividade. (REIS, et al., 2012).

A saúde pública era desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, onde ao mesmo tempo, desenvolvia a saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico hospitalar.

Nesse período de introdução da política social brasileira, a relação do Estado com a sociedade civil é vista como uma “[...] expansão fragmentada e seletiva das políticas sociais, que segue até 1964” (BEHRING, et al., 2006, p.108).

Como o sistema previdenciário era organizado a partir de categorias profissionais, mantendo benefícios de assistência à saúde proporcional à contribuição, o Estado acabou cortando ações, restringindo às medidas campanhistas e também aquelas garantidas por meio da contribuição compulsória.

As ações educativas em saúde se limitavam a programas de prioridade ao combate as doenças infecciosas e parasitárias, e de enfoque nas categorias ligadas à exportação e ao comércio (ferroviários, marítimos, bancários), relacionadas a atividades consideradas pelo governo, fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil.

A assistência médica para a população empobrecida, que não dispunha de recursos como o CAPs ou IAPS, era prestada pelo atendimento de caridade e filantrópico, mantido pela igreja.

Em 1964, houve a unificação dos IAPS, resultando na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que venceu as resistências da unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. (REIS, et al., 2012).

O INPS se consolida como componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS.

Desde o início, os recursos arrecadados pela previdência social eram aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do país, sendo que esse modelo de proteção social definia-se como fragmentado em categorias, limitado e desigual na implementação dos benefícios, em troca de um controle social limitado das classes trabalhadoras.

Nessa época, no Brasil, educação em saúde foi basicamente uma iniciativa das elites política e econômica, subordinado a seus interesses. A população era acometida por diversas patologias ainda não possíveis de ser diagnosticadas pelo avanço científico da medicina da época. Sendo uma questão importante para salvar a economia da nação em seu apogeu da revolução industrial, a elite impôs normas e comportamentos que consideravam adequados a preservar seu poder e suas economias. Após o golpe militar de 1964, as classes populares, lentamente retomam a luta pelos direitos sociais, entre os quais a saúde.

Essa retomada ressurgiu com a busca pelo direito a participação popular na saúde, possibilitando através de um processo de conscientização, a transformação do mundo em que viviam.

Quando uma elite governista autoritária retira do indivíduo o direito a vida pela precariedade na atenção a saúde de seu povo, mais tensões são potencializadas e pode haver espaço para que o indivíduo se coloque como sujeito, objetivando no coletivo a garantia de sua saúde. Por vezes pode isso ser fonte de conflitos árduos, ocorrido muitas vezes no Brasil, nos movimentos da Reforma Sanitária.

Nesse período o pensamento Paulo Freire pode ser apontado, como um norteador das relações de intelectuais e classes populares engajados em transformar a saúde num direito. Através de uma expressão radical pelos movimentos sociais e de trabalhadores com as greves, conquistaram sua condição de sujeitos, pela defesa da sua própria vida, desvelando a potência do coletivo para a transformação. Como nos diz Paulo Freire, ao citar Ortega: “é o processo em que a vida como biologia passa a ser vida como biografia” (Ortega apud FREIRE, 2003, pg.5).

Nesse contexto histórico, a reforma sanitária viria a constituir uma das principais conquistas sociais no campo da saúde, o Sistema Único de Saúde, marco da construção democrática e participativa das políticas públicas, principal reforma popular e democrática do Estado brasileiro.

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado. É possível dizer que tal lógica do INAMPS, que sobreviveu como órgão até a criação do SUS, ainda se reproduz no interior do sistema único, mesmo passados mais de 20 anos desde sua criação. (REIS, et al., 2012).

Seguindo no processo de construção dessa importante política de saúde, em 1982 foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase a “atenção primária”, que posteriormente no Brasil, foi assumido também por “Atenção Básica”, devido a diferentes interpretações que o termo se propagou, mas que aqui representava a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema.

Segundo Reis, et al.(2012) o PAIS visava:

[...] a integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contra referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. (REIS, et al., 2012, p.33).

Esse Programa viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. Podemos reconhecer no PAIS os principais pontos programáticos que estarão presentes quando da criação do SUS.

Foi em 1986, logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964 que se realizou uma das principais conferências Nacionais de Saúde – a VIII Conferência Nacional de Saúde, com uma intensa participação popular e de movimentos sociais, que se consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988.

Foi assim, com essa força política pelos movimentos sociais, que antes ainda da promulgação da Constituição Federal, em 1987, que foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais;

descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. (REIS, et al., 2012).

Esse se caracterizou um momento marcante da história, pois foi quando o Governo Federal pela primeira vez começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As secretarias estaduais de saúde foram muito importantes neste movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Podemos localizar no SUDS os antecedentes mais imediatos da criação do SUS. (REIS, et al., 2012).

Quando chega, em 1988, ao ápice as conquistas de reivindicações da população brasileira, representada pelas lutas movimentos sociais ao longo dos anos, com a aprovação da “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos:

[...] as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.” Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

Garantindo dessa forma as instâncias de participação popular no sistema institucional do Estado, o que facilitaria, finalmente, a criação da mais importante política do campo da saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde, através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, seguida pela Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. (BRASIL, 1990).

Segundo a Lei Orgânica de saúde de nº 8.142/90, a participação da comunidade no SUS acontece por canais institucionalizados, particularmente nas Conferências de Saúde, nos Conselhos de Saúde, nos Conselhos Gestores de Serviços ou, ainda, por meio de reuniões de grupos específicos, por áreas de afinidades.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na

instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL, 1990, Lei nº 8.142/90).

São esses conselhos que nos municípios são responsáveis por definição das ações a serem realizadas pela área da saúde, deliberando, acompanhando e fiscalizando as verbas e o funcionamento do SUS. Para isso, os conselheiros eleitos pela sociedade organizada, realizam reuniões e encontros abertos à participação da comunidade. (BRASIL, 1990, Lei nº 8.142/90).

Já as Conferências de Saúde são realizadas pelo menos a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional. (BRASIL, 1990, Lei nº 8.142/90).

Nesse contexto, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, através da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas prioritizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada. (BRASIL, 2006).

Assim, no Brasil de hoje, uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e visibilidade internacional é que a participação popular, garantida na constituinte, pelo controle social, de maneira que os sujeitos podem e devem desenvolver suas potencialidades como seres sociais e políticos na sociedade.

Para Ricardo Ceccim (2005), o “controle social” no processo de formação profissional em saúde é considerado a “verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.” (CECCIM, 2005, p. 166).

A história nos remete as origens e contradições do termo “controle social”, adotada na atualidade no campo da saúde para designar a participação popular no estado democrático e que esteve presente, em todo o processo de redemocratização de nosso país.

Segundo Dallari (2000) no Brasil, após um longo período da ditadura onde a população conviveu com a centralização das decisões, o tecnicismo e o autoritarismo, ocorreu durante a década de 1980 uma abertura democrática. A sociedade organizada reconheceu a necessidade de revisão do modelo de saúde vigente na época, com propostas em ampliar a participação popular nas decisões e descentralizar a gestão pública em saúde, com vistas a aproximar as decisões do Estado, ao cotidiano dos cidadãos brasileiros.

A dimensão histórica adquire relevância essencial para a compreensão do termo controle social, que pode ter entendimentos contraditórios. De um lado como controle da

sociedade pelo governo, devido ao fato do controle social ser exercido historicamente pelo Estado na ditadura militar, com a função de controlar a sociedade, pelo seu aparato legal, institucional e até mesmo pela força. E por outro como uma força de organização da sociedade na tomada de decisões, a partir da década de 80, com a ampliação do Estado democrático.

Foi à organização e mobilização popular realizada na década de 80, do século XX, e em prol de um Estado democrático e com garantias de acesso universal aos direitos a saúde entre outros, que colocou em evidência a possibilidade de inversão do controle social. Surge, então, a perspectiva de um controle da sociedade civil sobre o Estado, sendo incorporada pela nova Constituição Federal de 1988 juntamente com a criação do SUS. (CONASS, 2003).

Dessa forma, o controle social proposto, não está relacionado somente à avaliação do grau de satisfação com a atenção, para a cooperação ou extensão comunitária, para a organização de programas de educação para a saúde ou consultiva, mas como um modo de agir politicamente no campo da saúde.

Para Côrtes (1996), na organização do sistema de saúde, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação controle social é dada à participação da sociedade no SUS.

O Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde. O controle social que aqui se refere, é ação pelo qual os cidadãos brasileiros exercem para monitorar, fiscalizar, avaliar, intervir na gestão estatal e não a conotação do termo, exercido nos tempos mórbidos da ditadura no Brasil.

Sendo o SUS, uma política pública no Brasil que adota constitucionalmente a participação popular como um dos seus princípios, reitera a possibilidade do exercício do controle social nos diferentes espaços em que a saúde se insere.

No entanto, apesar de Barros (1998) entender o controle social sobre a ação estatal dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania, destaca que:

[...] ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade. (BARROS, 1998, p.31).

Numa perspectiva Gramsciana (2000; 2002), o Estado não se coloca numa neutralidade, pois “a unidade histórica das classes dirigentes acontece no Estado e a história delas é, essencialmente, a história dos grupos de Estados” (GRAMSCI, 2002, p.139).

E para ele, a articulação dialética entre estrutura e superestrutura se expressa na sua afirmativa “de que não pode existir igualdade política completa e perfeita sem igualdade econômica”, e que “o Estado-classe não podia ser a sociedade regulada” (GRAMSCI, 2000, p.224).

Descreve Rolim, et al. (2013) uma análise realizada de Bravo e Matos (2002), sobre quatro posições teóricas e política da discussão que tem se formado sobre Conselhos de Saúde e controle social:

A primeira, baseada no aparato teórico de Gramsci (2000, 2002), parte da contradição de classe, visualizando os Conselhos como arena de conflitos, em que grupos diferentes estão em disputa. Nesta perspectiva, o consenso implica dissenso e contradição. A segunda baseia-se na concepção de consenso de Habermas e dos neo-habermasianos, e considera os Conselhos como espaço consensual, em que grupos com diferentes interesses convergem, através de pactuações, para o interesse de todos. A terceira é influenciada pela visão estruturalista althusseriana do marxismo que nega a historicidade e a dimensão objetiva do real, analisando o Estado e as instituições como aparelhos repressivos da dominação burguesa. Nesta perspectiva, os conselhos são concebidos como espaço de cooptação dos movimentos sociais pelo poder público, e a saída das entidades deste espaço é recomendada. A quarta posição é a representada pela tendência neoconservadora da política que questiona a democracia participativa, defendendo apenas a democracia representativa. Rejeita os Conselhos, por considerá-los canais de participação incompatíveis com esta última (BRAVO; MATOS, 2002). (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013, p.144).

Por isso, a efetivação do controle social nas políticas públicas em nossa sociedade requer uma análise sobre os entraves que o nível macroeconômico e político, dado pelos orçamentos e negociações com organismos financeiros internacionais, do mundo capitalista e globalizado, determina o limite de força que de fato a sociedade está habilitada a exercer.

É necessário identificar as contrariedades possíveis do controle dominante para manter o seu domínio e as estratégias utilizadas de controle das classes populares na construção de sua hegemonia na sociedade.

Dessa forma, é importante que a população acompanhe e participe ativamente do destino dos recursos financeiros pelo Estado na implementação das políticas públicas em saúde, criando resistências a interesses alheios ao seu destino público, estando atento e inibindo as possíveis distorções para a privatização e mercantilização das ações em saúde.

Assim observam-se inúmeras as variáveis implicadas nesse processo de organização democrática que legitima a participação da sociedade no SUS e que caracteriza uma

conscientização das pessoas na busca de seus direitos e no desempenhar de seus deveres para a consolidação de um sistema de saúde que atenda as grandes demandas de nossa sociedade.

Assim a história nos revela que é possível fazer e ser, nos mostra a força da ação pela luta, quando um país passa a considerar a saúde mais do que a ausência da doença, mais do que os indicadores de saúde, que passa a ser uma conquista sua, parte do seu ser, proporcionando autonomia e desejo de transformações às classes populares.

Para Thompson (2001), os homens são sujeitos que agem de forma coletiva em situações materiais, a partir de interesses comuns e de uma consciência de grupo em oposição a outros. Elaboram essa consciência tendo como referência as experiências de vida. Tais experiências no campo da saúde, com interação dialética com os elementos culturais, acenam para a constituição de uma classe, que para ele é uma categoria histórica que pode ser entendida como:

Classe é uma formação social e cultural (frequentemente adquirindo expressão institucional) que não pode ser definida abstrata ou isoladamente, mas apenas em termos de relação com outras classes; e, em última análise, a definição só pode ser feita através do *tempo*, isto é, ação e reação, mudança e conflito. Quando falamos de *uma* classe, estamos pensando em um corpo de pessoas, definido sem grande precisão, compartilhando as mesmas categorias de interesses, experiências sociais, tradição e sistema de valores, que tem *disposição* para se *comportar* como classe, para definir, a si próprio em suas ações e em sua consciência em relação a outros grupos de pessoas, em termos classistas. Mas, classe, mesmo, não é uma coisa, é um acontecimento. (THOMPSON, 2001, p. 169).

Essa classe constitui-se no seu *fazer-se*, num movimento ativo que articula ação humana e condicionamentos sociais. É fruto de experiências comuns que podem levar à formação de uma determinada identidade, que por sua vez, coloca-se contra a identidade de outros homens, em função de interesses materiais e culturais que são opostos. (THOMPSON, 1997, p.10).

Assim:

A classe se delinea segundo o modo como homens e mulheres vivem suas relações de produção e segundo a experiência de suas situações determinadas, no interior do “conjunto de suas relações sociais”, com a cultura e as expectativas a elas transmitidas e com base no modo pelo qual se valeram dessas experiências em nível cultural. (THOMPSON, 2001, p. 227).

Portanto, considerando classe social como um fenômeno em movimento, “definida pelos homens enquanto vive sua própria história” (THOMPSON, 1987, v1, p.11-12), as lutas no campo da saúde passam a ser entendidas como fenômeno histórico. Os homens ao verem sua realidade, promovem transformações em direção a interesses coletivos, possibilitando à

sociedade conquistas de direito constitucional, como o caso da saúde pública e gratuita e de uma formação em saúde que atenda as necessidades em saúde das pessoas, através das políticas públicas. Nesse sentido podemos entender que Políticas Públicas:

São decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. Podem também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade. São de responsabilidade da autoridade formal legalmente constituída para promovê-las, mas tal encargo vem sendo cada vez mais compartilhado com a sociedade civil por meio do desenvolvimento de variados mecanismos de participação no processo decisório. (...) Consideram atores formais e informais num curso de ação intencional que visa ao alcance de determinado objetivo. (CASTRO, et al., 2012, p.390).

O fruto dessa ação e conscientização fez o Brasil dar um passo importante ao promulgar a Constituição de 1988, precedendo a implantação do Sistema Único de Saúde — SUS.

A Constituição Federal de 1988 legitima o direito de todos ao SUS, sem qualquer discriminação às ações de saúde, assim como explicita o dever do poder público em prover pleno gozo desse direito. Trata-se de uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, baseada em princípios doutrinários que dão valor legal ao exercício de uma prática de saúde ética, que responda não a relações de mercado, mas a direitos humanos, sendo elas:

- Universalidade: garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão;
- Equidade: direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade;
- Integralidade: a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade. (BRASIL, 1988).

O SUS, na forma como é definido em lei, segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o País, prevendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Além destes princípios, o SUS se constitui nas diretrizes organizativas, as quais buscam garantir um melhor funcionamento do sistema, dentre os quais estão: a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação comunitária. (BRASIL, 1990, Lei 8080/90).

Assim entendido por Ceccim e Armani (2002):

Não é demais sugerir que, quando a Constituição Federal incorporou essa ética na

lei, emprestou à expressão “regionalização e hierarquização” o sentido da luta política de universalização do direito à saúde: acessibilidade e resolutividade (aproximar ao máximo as ações e serviços de cada população - regionalizar - e elevar ao máximo a capacidade de resposta de cada âmbito da atenção - hierarquizar). A regionalização e a hierarquização devem acontecer sob o desígnio da rede única e sob três diretrizes: comando único por esfera de governo, atendimento integral capaz de enfatizar as ações coletivas da atenção básica e participação organizada da população. (CECCIM, et al., 2004, p.55).

O SUS de hoje, que apesar de ser muito criticado e ter enormes problemas a serem resolvidos, é uma conquista do povo organizado, com muitas possibilidades de ser consolidado e concretizado com a participação de todos.

Esse sistema, complexo e inacabado, se apresenta gerador de situações que possibilitam a tomada de conscientização da população. Quer pela importância que tem na preservação das vidas das pessoas, quer também por ser campo da educação na formação acadêmica, além de ser um espaço de encontro dos diferentes sujeitos da sociedade, portanto, um lugar de reflexão, ação e transformação. Conforme Paulo Freire:

É importante reenfatar que o “tema gerador” não se encontra nos homens isolados da realidade, nem tampouco na realidade separada dos homens. Só pode ser compreendido nas relações homens-mundo. Investigar o “tema gerador” é investigar, repitamos, o pensar dos homens referidos à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é sua práxis. (FREIRE, 2003, p.58).

Assim nesse sistema, pensar na saúde como um tema gerador de reflexões possibilita a revelação dos condicionantes e determinantes que estão inseridos na realidade do processo saúde-doença e a efetivação de novas ações na melhoria da qualidade de vida da população.

O SUS estava criado, mas necessitava ser implementado como foi configurado, essa tem sido até hoje a pauta de reivindicação da sociedade na garantia de uma saúde com qualidade, como prevista na constituinte. Para tanto, em 1991 foi criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde, das secretarias municipais de saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém-criado SUS. (REIS, et al., 2012)

Essas duas comissões ainda são atuantes e tiveram um importante papel para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo.

Em 1993, foi então publicada a NOB-SUS 93, que procurava restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada. (REIS, et al., 2012)

Nesse contexto, se institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias, que consagram a descentralização político-administrativa na saúde. Definem-se diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor) e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite). (BRASIL, 1993)

Com isso, foram incorporados os itens de alta complexidade, que antes eram restritos aos contribuintes da previdência, beneficiando a população, mas ainda não sendo possível a cobertura desses para toda a população, devido sua baixa capacidade instalada.

Nessa época, a saúde deu início efetivo ao processo de descentralização política e administrativa, com grande extensão de programas e serviços assistenciais, que podem ser observados pela progressiva municipalização do sistema e pelo desenvolvimento de organismos colegiados intergovernamentais.

É com uma proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde da população, que a política de saúde apresenta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, hoje reconhecida como uma das principais estratégias do sistema de saúde a corresponder com as demandas da população no campo da saúde.

A edição da NOB 96, no ano de 1996, representou a aproximação mais explícita com a proposta de um novo modelo de atenção e acelerou a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios; consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas, criando incentivo explícito às mudanças, na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo, através do pagamento por produção de serviços, como o INAMPS usava para comprar serviços do setor privado e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial, como o Programa de Saúde da Família (PSF). (REIS, et al., 2012).

As principais inovações da NOB 96 foram:

- a. A concepção ampliada de saúde - considera a concepção determinada pela Constituição englobando promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc.;
- b. O fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada - consagrada na prática com as Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde;
- c. As transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentados pela NOB-SUS 96), com base na população, e com base em valores per capita previamente fixados;
- d. Novos mecanismos de classificação determinam os estágios de habilitação para a gestão, no qual os municípios são classificados em duas condições: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. (Brasil, 1996, apud REIS, et al., 2012, p. 37).

É nesse momento, a partir da NOB/SUS 01/96, que o Brasil, assume o termo “Atenção Básica”, como mais adequada que o termo de “Atenção Primária em Saúde”, por representar, naquele momento, a forte resistência de alguns atores sociais ao significado ambíguo e com propósito seletivo que prevalecia na concepção veiculada por organismos internacionais de uma assistência focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada, contrário ao sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, que possibilita articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações, como foi enunciado na conferência realizada em Alma Ata e confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979. (STARFIELD, 2004, p.30).

Assim, conforme a atual Política Nacional de Atenção Básica, a ABS é pautada pelos princípios do SUS, caracterizando um dispositivo do sistema de saúde brasileiro que deve garantir principalmente a universalidade, a integralidade e participação popular, a fim de reorganizar o modelo assistencial:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006b, PNAB, pg.02).

Quanto ao financiamento das ações dos municípios na gestão plena da atenção básica, os recursos são transferidos de acordo com os procedimentos correspondentes ao PAB (Piso da Atenção Básica). A atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar continuam

financiadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). No caso dos municípios em gestão plena do sistema, a totalidade dos recursos é transferida automaticamente. (REIS, et al., 2012)

No ano de 2002 foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, cuja ênfase maior é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais, estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde, por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços. (BRASIL, 2002).

Dessa forma, podemos sintetizar os avanços quantitativos dessa importante política pública, que após 20 anos de criação, em 2008, foi descrita por Nelson Rodrigues, um militante do Movimento Sanitário Brasileiro, de forma a suscitar números que expressam o caminho construído até aquele momento:

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radio quimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. (REIS, et al., 2012, p.39).

Os números, apesar de não expressarem a quantidade da população que ainda se encontra excluída do acesso a saúde, demonstram claramente um avanço se colocados em uma linha de tempo comparativo, constituindo-se portanto, os movimentos sociais e a participação popular, como um efetivo meio de transformações de realidade. Segundo Santos (2007):

[...] estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social. (Santos, 2007 apud REIS, et al., 2012, p. 39).

Os inegáveis avanços, como atestam os números citados anteriormente - na construção do SUS - encontram muitos desafios na atualidade, dentre os quais podemos elencar as questões relacionadas aos aspectos econômicos, dadas pelo subfinanciamento e as insuficiências de gestão, relacionadas a muitos outros aspectos. Esses observados pela baixa resolutividade da rede básica de serviços, em particular pela realização de uma clínica degradada, com baixa capacidade de construção de vínculo e produção de autonomia dos usuários.

E outra pela deficiência na formação dos profissionais de saúde, ainda muito centrada em práticas curativas e hospitalares, com conseqüente dificuldade de desenvolvimento de práticas mais integrais e resolutivas de cuidado, incluindo a capacidade de trabalhar em equipe, programar atividades de promoção e prevenção em saúde e ter uma postura mais ética e cuidadora aos usuários do SUS, em que atenda as necessidades em saúde da população e não aos interesses individuais e corporativos que estão implicados essas relações.

Assim as expectativas hoje se depositam em uma política de saúde pautada em um trabalho mais coletivo e de entendimento sobre as contribuições dessas duas correntes em que os cuidados de saúde foram organizados na sociedade brasileira: a de uma vigilância epidemiológica, que considere os aspectos técnicos e de distribuições das doenças e de uma vigilância à saúde, que se configura em um conjunto de ações em saúde, baseada nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, que leve em conta os fatores sociais, econômicos, culturais e sociais.

A construção política da saúde, como se pode observar no seu processo histórico, vem buscando no agir político da população, um novo olhar sobre a saúde que se quer, mas trazendo antigas formas culturais de alcance dos objetivos, quase sempre de maneira negociada nas instâncias que hoje legitimam a força política da sociedade organizada.

Existe nesse contexto uma relação muito estreita das políticas de saúde, como um processo ao qual a participação popular toma pra si a força coletiva, como poder de transformação; isso pode ser destacado no Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, realizada em 2007, considerada o maior encontro do setor de saúde do planeta e que foi uma possibilidade de fortalecimento democrático dos direitos sociais.

Nele fica clara a intenção de fortalecer os princípios da Reforma Sanitária e a saúde como direito de Seguridade Social e elemento fundamental no desenvolvimento social do país, partindo desse pressuposto a discussão esteve voltada para o tema “Saúde e Qualidade de Vida: políticas de Estado e desenvolvimento”. (BRASIL, 2008).

3.1 Políticas de educação na formação profissional em saúde

No contexto político, a educação ganha destaque no Relatório da Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, quanto à formação dos trabalhadores da saúde, com um ideia de se pensar uma formação em que o conhecimento, a técnica, o saber e o trabalho possam ser colocados em benefício da população brasileira.

Dentre as propostas aprovadas voltadas especificamente à formação, está à exigência do Ministério da Saúde das secretarias estaduais e municipais de saúde para implementação da Portaria MS 1.996/07, que disponibiliza recursos para a educação permanente em saúde de forma descentralizada para trabalhadores e gestores.

Entre as deliberações da 13ª CNS relacionadas à formação profissional em saúde, destacam-se algumas que competem como responsabilidades nos três níveis de governo:

Proporcionar, por meio de políticas públicas, o acesso à qualificação e ao conhecimento, criando cursos profissionalizantes e ou de qualificação profissional para todos os servidores e profissionais da rede SUS, estabelecendo uma política de capacitação de recursos humanos, fortalecendo as Escolas Técnicas da Saúde e transformando-as em verdadeiros centros de referência regional/estadual, favorecendo a unificação de informações estratégicas para a atuação profissional. [...] fomentar a formação específica de gestores de saúde em instituições públicas, visando à eficiência e à eficácia na gestão pública, em compatibilidade com as necessidades do SUS, favorecendo que todos os gestores de unidades sejam profissionais habilitados e/ou qualificados na área da Saúde para a função. [...] constituir e implementar uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanentes em Saúde que possibilite a identificação de necessidades e potencialidades loco-regionais [...], capaz de produzir mudanças na gestão, na atenção, na formação, na participação em saúde, e modificações nos processos de trabalho no SUS, promovendo a integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, formando os Núcleos de Educação Permanente em Saúde, descentralizados, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial para todos os trabalhadores do SUS. (BRASIL, 2008, p.90).

Acrescentando felizmente outros encaminhamentos do processo de formação em saúde que se apresenta de forma mais abrangente e intensa aos objetivos coletivos que se deseja alcançar, incluindo nessa formação:

[...] pós-graduação, especialização, mestrado, doutorado, que busquem refletir sobre as problemáticas do mundo do trabalho visando à valorização do profissional e à ressignificação de suas práticas, induzindo a integralidade do cuidado e a humanização do próprio sistema com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Utilizar, nas atividades de educação permanente, metodologias busquem propiciar a formação de sujeitos por meio do diálogo, da troca de conhecimentos, da ludicidade, da afetividade e da compreensão e significação ativa sobre o cotidiano

do trabalho para o atendimento e esclarecimento à população, com ênfase na humanização, promoção da saúde, integralidade. (BRASIL, 2008, p.94).

O contexto histórico político da Educação no Brasil também revela o percurso de lutas por uma educação com vistas à humanização e a emancipação. A Constituição Federal de 1988, assim como na saúde, também estabeleceu o direito à educação como:

A educação é um direito de todos, e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (BRASIL, 1988, Seção I, Art. 205).

Conforme explicitado no documento, o ensino deve ser baseado nos princípios de igualdade, condições de acesso e permanência na escola as pessoas, liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber, tendo pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas. Nele podem coexistir instituições de ensino públicas e privadas, onde deverá ter gratuidade do ensino público nos estabelecimentos oficiais, valorização dos profissionais da educação, com uma gestão democrática do ensino público e a garantia de padrão de qualidade.

Esses princípios permitem uma análise sobre suas origens, suas possibilidades e sobre seus limites como pressuposto na formação humana, que traz vistas em seu artigo 214 da Constituição Federal de 1988, de uma articulação e desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis e a integração das ações do poder público que conduzam a erradicação do analfabetismo, universalização do atendimento escolar, melhoria na qualidade de ensino, formação para o trabalho e promoção humanística, científica e tecnológica do país.

Segundo dados do IBGE (2012) os indicadores relacionados à educação superior vem melhorando com um aumento no numero de estudantes com nível superior completo de 6,5% em 2012, contra 12% no ano anterior, passando a identificar 14,2 milhões de pessoas com 25 anos ou mais de idade com essa escolaridade, todavia os dados apontaram para um ligeiro aumento de 0,1%, no índice de analfabetismo no ano de 2012, em comparação ao ano de 2011, equivalendo a 8,7% da população com 15 anos ou mais de idade, identificando 13,2 milhões de pessoas que não sabem ler nem escrever, puxados pelas regiões centro-oeste e nordeste que concentra o maior número de analfabetos do país, correspondendo a 57% desses. (BRASIL, 2013, PNAD/2012, p.7).

Tais indicadores da educação apontam para os desafios que o Brasil ainda precisa superar, sendo um deles a desigualdade entre sua população no acesso ao ensino e a valorização dos educadores seja pela remuneração ou pelas condições de trabalho.

A questão territorial implicada no acesso a educação retratada pela diferença gritante nos indicadores nos diferentes estados brasileiros, tem sido também questão central de discussão na área da saúde, onde regiões mais remotas e de periferias dos grandes centros são difíceis de acesso aos serviços de saúde.

Esse panorama retrata a importância da inclusão das populações no sistema de ensino, organizado de forma territorial e com fortalecimento na formação profissional que atenda as necessidades em saúde daquela comunidade, considerando sua cultura e seus modos de vida. Influenciaria assim na diminuição das desigualdades nesse campo e permitiria a população num processo de formação na área da saúde mais próxima de sua realidade, atender a esse território em suas necessidades em saúde, comprometidas e responsáveis socialmente com seu meio.

É com essa perspectiva que a formação com o enfoque na Atenção Primária em Saúde e/ou na Atenção Básica em Saúde tem sido, apesar das discussões sobre o melhor termo a ser usado, como uma das possibilidades de modificar as desigualdades de acesso à saúde e também de melhorar a qualidade das ações desenvolvidas, com vista à integralidade da atenção à saúde. Em um país com grande área territorial e com culturas muito diferentes, faz-se necessário para conhecer as realidades e demandas da população, uma formação descentralizada, que permita com o vínculo aproximar os profissionais de suas comunidades, buscando os grandes princípios de ensino aprendizagem no primeiro nível de atenção.

É necessário também oferecer um serviço de qualidade e minimizar a disparidade de acesso à saúde da população, de forma que realizar uma formação em saúde que venha de encontro a superar essas dificuldades pode ser o diferencial na transformação de uma sociedade com mais qualidade de vida, uma utopia a ser concretizada com a participação de todos.

As crescentes ameaças à qualidade da atenção e as crescentes iniquidades sociais que ameaçam piorar ainda mais as disparidades entre as populações socialmente favorecidas e as socialmente desfavorecidas traz uma nova urgência ao tópico da efetividade e equidade dos serviços de saúde e o papel da atenção primária em melhorá-las. (STARFIELD, 2004, p.9).

Apesar da Constituição Federal de 1988, indicar que o SUS deva cumprir também o papel de “ordenar” o processo de formação profissional na área da saúde, na prática ainda se pode observar que isso não se efetiva plenamente. A participação da população na sociedade e a articulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e da Educação devem contribuir para diminuir o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades dos usuários do SUS.

Segundo Boaventura Santos (2005) as universidades atualmente atravessam vários desafios, crises, transtornos e contradições que devem ser superados com o passar do tempo. Apresenta três fatores que vem gerando a crise universitária e que devem ser consideradas ao pensar a formação superior.

É importante considerar a contextualização global, para uma redefinição do papel da universidade do século XXI e sua contribuição na resolução dos problemas sociais, seja no âmbito local ou nacional. Assim o novo contrato universitário tem a premissa de que a universidade tem um papel fundamental na construção do lugar do país no mundo, polarizado entre as contradições do mundo globalizado. (SANTOS, 2005).

Nesse movimento, o papel de constatar realidade e de produzir significados no campo da saúde pertence tanto ao SUS, como às instituições de ensino, cabendo a essas:

[...] coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.46).

Quanto a essas articulações entre o sistema de Saúde e as instituições de ensino Ricardo Ceccim (2004) considera que:

Articulações interinstitucionais precisam ser providenciadas e apoiadas pelo SUS, para que a educação permanente em saúde constitua espaços de planejamento, gestão e mediação. E ainda para que as diretrizes políticas de ordenação da formação na área da saúde se materializem de forma agregadora e com direcionalidade pelo interesse público, em sintonia com as peculiaridades locais. (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p.53).

Com essas articulações os serviços de saúde passam também a terem responsabilidade no processo formativo, buscando fortalecer e levar para dentro dos espaços de educação superior profissional os valores éticos, técnicos, humanísticos e organizacionais de gestão da saúde, que resulte também em iniciativas de construção de um novo modelo de projeto

político pedagógico a ser implementado pelas instituições formadoras.

Outra questão que a reforma universitária deve estar lutando é pela legitimidade, que se apresenta de forma mais difícil e por isso os esforços devem centrar-se nela. Boaventura considera cinco áreas nesse domínio: acesso, extensão, pesquisa-ação, ecologia de saberes e universidade e escola pública.

O difícil acesso à universidade como abordado inicialmente assenta, em boa parte, nos bloqueios ao nível do ensino básico e médio, assim a reforma progressista da universidade, por contraposição à proposta pelo Banco Mundial, deve dar incentivos à universidade para promover parcerias ativas, no domínio pedagógico e científico, com as escolas básicas.

Para o autor, essa questão deve garantir o acesso à universidade as classes trabalhadoras através de bolsas de manutenção e não de empréstimo, com contrapartidas de trabalho nas atividades universitárias dentro ou fora do campus, ações afirmativas como cotas e outras medidas em respostas a discriminação racial e ética, muito presentes ainda em nossa sociedade.

Quanto à extensão universitária Boaventura coloca que as atividades de extensão devem ser entendidas democraticamente no interior da universidade e terem como objetivo prioritário o apoio solidário na resolução dos problemas da exclusão e da discriminação social, de tal modo que nele se dê voz aos grupos excluídos e discriminados. (SANTOS, 2005, p.67).

Dessa forma, a formação profissional em saúde, em sua estrutura curricular, deve estar articulada nos três eixos de ensino, pesquisa e extensão, colaborando e complementando uns aos outros, de modo que o conhecimento científico já consagrado, com os conhecimentos advindos da extensão problematizados, estimule a curiosidade pela pesquisa e possa ser fonte de novos conhecimentos em produções científicas e transformações de realidade. Como defende Jezine (2004):

A nova visão de extensão universitária, esta passa a se constituir parte integrante da dinâmica pedagógica curricular do processo de formação e produção do conhecimento, envolvendo professores e alunos de forma dialógica, promovendo a alteração da estrutura rígida dos cursos para uma flexibilidade curricular que possibilite a formação crítica. (JEZINE, 2004, p.3).

A extensão universitária é entendida pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras – FORPROEX (2006) como ação integrante do processo formativo acadêmico, que ocorre por meio de vivências que provocam trocas e relações numa

realidade social. É espaço de reflexão crítica para repensar ações acadêmicas frente às demandas sociais e à formação de profissionais protagonistas de transformações sociais.

Paulo Freire (1992) analisou criticamente o termo extensão no contexto da formação universitária, para ele o termo tem uma conotação do ato de estender, levar algo a alguém, nesse caso o conhecimento acadêmico a uma população considerada inferior por não dominar o assunto conforme o método científico, representando o termo “extensão” significado de transmissão, entrega, manipulação, doação, messianismo, invasão cultural, manipulação, etc., numa conotação mecanicista.

O termo “extensão” assim pode ser tomado como forma de persuadir o outro que aceite o conteúdo técnico, não se configurando como uma ação para a prática da liberdade dos homens, como descrito:

E todos estes termos envolvem ações que, transformando o homem em quase “coisa”, o negam como um ser de transformação do mundo. Além de negar, como veremos, a formação e constituição do conhecimento autêntico. Além de negar a ação e a reflexão verdadeiras àqueles que são objetos de tais ações. [...] Desta análise depreende, claramente, que o conceito de extensão não corresponde a um quefazer libertador. (FREIRE, 1992, p.22).

Se considerarmos, um processo formativo onde a extensão é tida como meio de levar conhecimentos e práticas de saúde às comunidades com o intuito de melhorar a realidade que ali se apresenta, mas sem que os estudantes em formação conheça a realidade histórica, social e cultural, sem abertura ao diálogo, essa estaria em contradição com uma prática educativa libertadora e possível de transformação.

Pois é provável que os significados desses conhecimentos não sejam significantes a essas pessoas e possivelmente adotar essas prescrições não lhe faz sentido, podendo inclusive ser significadas de formas diferentes a que lhe foi apresentada.

Nesse caso a formação de profissionais que atenda as reais necessidades em saúde dessas populações não estaria contemplada, pois ao não conhecer a realidade do local, desconhece tais necessidades e adota e prescreve condutas não adotáveis por essas pessoas.

Existe uma incompatibilidade no termo extensão e ação educativa de caráter libertador. A Expressão “extensão educativa”, só tem sentido se toma a educação como prática de domesticação. Educar e educar-se, na prática da liberdade, não é estender algo desde a “sede saber”, até a “sede da ignorância” para “salvar”, como este saber, os que habitam da liberdade. (FREIRE, 1992, p.25).

Nessa relação entre os sujeitos, as pessoas da comunidade poderiam ser tidas apenas como objeto de aprendizado, invadidas em seu meio cultural sem reconhecê-las, onde com os status de acadêmicos que prescrevem algo, sem considerar o meio em que os vivem e em nada contribuindo com a transformação da realidade local, pois aliena ainda mais os indivíduos, de forma manipuladora e ficam mais dependentes do saber técnico, para sua sobrevivência.

Freire (1992) coloca ser necessário termo lucides da compreensão de nossas ações em que envolva uma teoria, pois uma ação de estender é uma teoria antidialógica, sendo, portanto incompatível com uma autêntica educação. E uma teoria da ação para ele, deve ter como motriz a dialogicidade.

Contra essa dialogicidade, está à mencionada invasão cultural e a manipulação, onde o sujeito que invade, parte de seu espaço histórico-cultural e penetra outro espaço histórico-cultural, supondo e impondo aos seus indivíduos os valores de seu sistema.

“O invasor reduz os homens do espaço invadido a meros objetivos de sua ação.” O invasor atua o invadido tem a ilusão de que atua na atuação do invasor. O invasor prescreve; os invadidos são pacientes da prescrição. (FREIRE, 1992, p.42).

Dessa forma, um sujeito que invade um espaço histórico-cultural diferente do seu, supondo que esses indivíduos são meros objetos de sua ação, as relações entre invasores e invadidos, constroem relações autoritárias e antagônicas.

O primeiro atua, os segundos têm a ilusão de que atuam na atuação do primeiro; este diz a palavra; os segundos, proibidos de dizer a sua, escutam a palavra do primeiro. O invasor pensa, na melhor das hipóteses, sobre os segundos, jamais com eles; estes são “pensados” por aqueles. (FREIRE, 1992, p.42).

São características básicas da teoria antidialógica da ação, como forma de dirigir, a manipulação e a não organização dos indivíduos, inculcando uma ilusão de que atuam na atuação dos manipuladores. Manipulação e conquista são expressões da invasão cultural, instrumentos de domesticação e não são caminhos de libertação.

É assim que Paulo Freire nos aponta o diálogo como caminho oposto a invasão cultural, e base de uma educação humanística, uma vez que é a transformação constante da realidade.

Defende que em um processo de formação humana, os homens não podem ser objeto da ação, é somente a mediação pelo diálogo, que rompe com o silêncio e que problematize seu próprio silêncio, possibilitará a transformação da realidade.

Assim, “não pode haver uma subestimação do seu poder de refletir, de sua capacidade de assumir o papel verdadeiro de quem procura conhecer: o sujeito desta procura”. (FREIRE, 1992, p.46).

Para Paulo Freire (1992) o diálogo e a problematização conscientizam e ambos desenvolvem uma postura crítica onde os saberes estão em interação. Rejeitar a dialogicidade, anestesia o espírito crítico, domestica e instrumentaliza a invasão cultural.

Por tanto é necessário que a formação acadêmica dos profissionais de saúde possa apresentar subsídios de reflexão da teoria e prática, para que possibilite que suas ações sejam permeadas pelo diálogo, valorização do saber do outro e produção de novos saberes, que atendam as necessidades de conscientização sobre condição humana no campo da saúde.

Para tanto, a luta por uma formação profissional em saúde democratizada e humana, passa pela busca de outras formas didáticas, como a transversalidade e interdisciplinaridade, mas também devem estar pautadas em perceber a natureza política da educação e a necessidade do compromisso social dos sujeitos.

É com base nessa construção histórica e política da relação do campo da saúde com a educação, compartilhada através da união e conscientização política e social do povo, dada pela organização popular, que podemos pensar uma formação profissional mais humanizada e integral, que entenda seu papel na sociedade, como também de educador e mediador nos processos emancipatórios de cuidados em saúde.

Dessa forma, propicia um novo olhar na formação de profissionais de saúde, que possa atender aos preceitos constitucionais e principalmente os anseios da população, que busca uma integralidade da atenção à saúde, garantido pelo Estado democrático.

3.2 Movimentos sociais e a participação popular no processo de formação profissional em saúde

Os movimentos sociais no Brasil, historicamente reivindicam um maior acesso os bens sociais, tais como saúde e educação, às camadas populares, no entanto, ainda o Estado não consegue garantir a qualidade das ações em saúde e a permanência da população nas escolas públicas, sendo frequentes as queixas sobre as ações desumanizadas da saúde, assim como a evasão escolar.

As organizações populares, compostas muitas delas também de intelectuais, lançam-se na esperança de uma possibilidade mais concreta, na democratização do país, uns acreditando,

de modo mais limitado, no processo de industrialização, do capitalismo e no exercício através do voto e outros com propostas de uma conscientização política e social do povo, atuando em camadas mais populares a fim de promover a participação coletiva.

Doimo (1995) relança um debate instigante sobre os movimentos sociais após a década de 70 no Brasil, sobre alguns prognósticos da tendência contemporânea, frente a esse processo de reconhecimento da redemocratização da esfera pública, às necessidades da população.

Para Doimo (1995) os movimentos sociais são uma categoria controvertida, de difícil uso teórico, devido aos diversos significados entre a determinação econômica e o papel ativo da cultura, que foi aderindo ao longo do tempo, e descreve-a como:

Criada por volta de 1840 para designar o surgimento do movimento operário europeu (Scherer-Warren, 1987), posteriormente desenvolvido no âmbito do marxismo para representar a organização racional da classe trabalhadora em sindicatos e partidos empenhados na transformação das relações capitalistas de produção, essa categoria adquiriu, bem antes da crise do socialismo real e da queda do muro de Berlim, a capacidade de referir-se a uma multiplicidade de novas formas de participação, igualmente pensadas em função da alteração da lógica capitalista, só que, agora, organizadas espontaneamente na esfera da cultura enquanto “novos movimentos sociais”. (DOIMO, 1995, p.37).

Os movimentos sociais até a década de 70, dentre eles os Círculos de Cultura Popular, os Movimentos de Cultura Popular (CPC, MCP - 1961) e a Campanha de Educação Popular (CEPLAR - Paraíba – 1962), representavam um conjunto de reivindicações da população junto ao Estado, chamando a atenção para a exclusão dessas classes, contra o capital e a fim de constituir novas formas de organização política e uma nova ordem social.

Após os anos 70, com um desenvolvimento econômico e político excludente, os movimentos sociais se desagregam e se articulam em uma nova moldagem, nos chamados “movimentos sociais urbanos”, fazendo uma oposição ao Estado.

Recusar a institucionalidade política em nome do ‘popular’ significa, neste caso, afirmar a capacidade concreta de se contrapor à tradição política autoritária: o clientelismo do período coronelista, a manipulação das massas do período populista, o assistencialismo do período nacional-desenvolvimentista e a subordinação do povo nação pelo regime militar. Significa estabelecer um amplo diálogo crítico com um passado que, no limite, subsumiu a sociedade civil no interior do sistema político e do Estado. (DOIMO, 1995, p.126).

Esse caráter reivindicativo, no entanto, concede uma característica ambígua:

Enquanto seu alto poder expressivo-mobilizador instaura um ethos de negatividade indiscriminada à esfera institucional, seu perfil reivindicativo-integrativo, traduzido

pela linguagem dos direitos, requer o lado provedor do Estado. (DOIMO, 1995, p.128).

Doimo (1995), ao analisar a produção teórica sobre os movimentos urbanos entre os anos de 75 a 90, identifica três matrizes interpretativas:

A primeira a matriz "estrutural-autonomista", a participação nos movimentos é vista com "um otimismo que propugna a possibilidade de transformação social através da reapropriação do Estado pela sociedade civil, autonomamente constituída". (DOIMO, 1995, p.42). Essa matriz se contrapunha as carências urbanas produzidas pelo capital monopolista e via os movimentos sociais como um único sujeito coletivo, constituídos de maneira autônoma em oposição ao Estado classista, com o fim de subverter a ordem social capitalista e se reapropriar do Estado. Eram assim baseados em dois pressupostos:

a) as contradições urbanas têm o potencial de acionar o conflito primordial da sociedade capitalista, na medida em que são determinadas pelo caráter 'classista' do Estado, visto que este financia a reprodução da força de trabalho; b) a sociedade civil tem, em si mesma, uma capacidade ativa no sentido de organizar-se 'autonomamente' contra a tradição política autoritária, especialmente o regime autoritário. (DOIMO, 1995, p.45).

A segunda matriz é a "cultural-autonomista", evidenciada no período de 1982-1983, representada por Eder Saderv (1988), onde crítica o reducionismo da matriz anterior, recusando a ideia de sujeito único e trazendo a pluralidade dos sujeitos e uma "constelação de novos significados", criados "a partir da experiência". Nela o movimento surge no âmbito da cultura e das experiências do cotidiano, aparecendo novos sujeitos políticos, portadores de uma 'nova identidade sociocultural', com contornos de projeto político voltado para a 'transformação social' e a 'radical renovação' da vida política." (DOIMO, 1995, p.48).

Para Doimo (1995) essas duas matrizes interpretativas:

[...] situam-se no universo marxista e trabalham com a hipótese de que esses movimentos sociais teriam o porte de sujeitos capazes de provocar a ruptura da estrutura capitalista, por sua promessa de 'democracia de base' ou 'direta', de 'autonomia' em relação ao Estado e de 'independência' em relação aos partidos políticos. (DOIMO, 1995, p.48).

Na terceira matriz interpretativa identificada por Doimo (1995), surge o "enfoque institucional", marcados pela abertura política, restabelecimento de canais de participação, pluralismo e pressão dos movimentos sociais. Nela se observa que as ações dos movimentos sociais não são contra o Estado, mas "o que havia, na verdade, era um dinâmico quadro de

demandas, recusas, alianças, pactos e conflitos internos, onde o Estado podia ser ‘amigo’ ou ‘inimigo’, dependendo dos interesses em jogo e da ótica cultural pela qual era reconhecido." (DOIMO, 1995, p.49).

Doimo (1995) explica que:

[...] ao multiplicar as agências decisórias diretamente referidas aos interesses do cidadão comum e ao posicioná-lo como potencialmente corresponsável pelas decisões políticas correspondentes, o Estado induz o indivíduo tanto a reivindicar aquilo que a ele foi posto como um direito, quanto a torná-lo um ator social diretamente relacionado às coisas da política. (DOIMO, 1995, p.55).

E acrescenta,

[...] o Estado cria, nas sociedades contemporâneas, a potencialidade da reivindicação e a inevitabilidade da ação-direta, mesmo em contextos onde o sistema político é profundamente democrático, como as sociedades europeias. Trata-se, pois, de um novo potencial de conflitos que se manifesta mediante condutas de interlocução direta com o sistema de decisões, passando ao largo dos tradicionais formatos de comunicabilidade política. (DOIMO, 1995, p.55).

A realidade então aponta para um novo padrão nas relações entre o Estado e a Sociedade Civil, se configurando por meio da participação institucionalizada.

No campo da saúde essa institucionalização de movimentos sociais vai se moldando em busca de reformas no setor, que avançam com o Movimento Sanitário delineando os atuais canais participações da comunidade na gestão e controle do sistema de saúde. Esse enfoque institucional sobre os movimentos sociais na área da saúde, Doimo descreve:

[...] a despeito do comunitarismo-alternativo igrejeiro e do autonomismo do popular, o MOS [movimento pela saúde] caminhou para intensa relação positiva com a esfera institucional. A mobilização em torno dos problemas sociais no início da década de 80 em meio a eleições diretas para os governos estaduais (1982) não só favorece o debate sobre as reformas no setor de saúde em todo o país, como coloca o MOS em estreita interação com o Movimento de Reforma Sanitária, que lidera os impulsos de mudanças nas políticas de saúde envolvendo ainda funcionários públicos, professores universitários, sindicalistas e associações profissionais. A ‘participação da comunidade’ na gestão e controle do sistema de saúde, através de conselhos nos níveis nacional, estadual e municipal, passa a ser uma das metas propostas a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, da qual participaram muitos membros das redes movimentistas locais, bem como destacadas lideranças, investidas de saber técnico-competente ou de mandatos eletivos. (DOIMO, 1995, p.113).

Essa abertura política do país na instituição pública do Estado permitiu ascender o Movimento Sanitário na década de 80, exigindo a Reforma Sanitária Brasileira e avançando

na implementação dos direitos a saúde, garantidos na constituinte e na construção Políticas Públicas de Saúde.

Nesse sentido, a cultura e os movimentos sociais no campo da saúde se configuram com uma força política e social, capaz de transformações históricas de avanços, onde a dimensão educativa no processo de formação profissional que se resalta nos movimentos sociais é a recuperação da capacidade ativa do povo, onde as pessoas possam se perceber como agente de cultura e promotor de saber em diversos espaços sociais.

3.3 A Educação popular e suas dimensões na formação profissional em saúde

Contextualizar historicamente a Educação Popular e seu processo dentro do campo da saúde no Brasil permite compreender como foram os caminhos percorridos desde seus movimentos iniciais até a sua institucionalização como política pública e apresentando-se como um referencial político-pedagógico no processo de formação profissional em saúde.

Segundo Gadotti in Vale (2001, pg.7), a Educação Popular “nasceu fora da escola, mas como concepção geral da educação ela teve e tem grande influência na educação formal”, pois até a segunda guerra mundial, a mesma era concebida como a extensão da educação formal para todos, principalmente as populações de periferia, tanto urbanas como rurais, passando após os anos 50, ser entendida como educação de base, ou seja, uma educação de desenvolvimento comunitário. Ao final dessa década, identificavam-se duas principais vertentes dessa educação, sendo: a primeira entendida como educação libertadora ou não formal, de alternativa a educação formal e a segunda como uma educação funcional, para treinamento de mão-de-obra, como suplência a educação formal.

A Educação Popular no Brasil tem suas raízes históricas nos movimentos sociais, a partir da década de 60, sobretudo pela luta camponesa e que no campo da saúde tem seu ápice nos movimentos da reforma sanitária, com a proposta de uma medicina comunitária, com vistas à superação das distâncias culturais entre profissionais da saúde e a população.

Para Brandão (2002), a Educação Popular em nosso país surgiu na década de 60, descrevendo: “No pequeno domínio de teorias e trabalhos que pensamos haver inventado entre 60 e 64 e a que mais tarde demos o nome de educação popular, surgiu e por um tempo floresceu um tipo relativamente inovador de prática pedagógica” (BRANDÃO, 2002, p.15). Reafirma essa mesma tese, Paludo (2001): “é nos anos 60, com Paulo Freire, que no Brasil se

tem, pela primeira vez, de forma consistente, uma pedagogia anunciada das classes populares” (PALUDO, 2001, p.90).

Segundo Vasconcelos, (2004) a base teórica da Educação Popular já começa a se reestruturar no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados a Igreja Católica e influenciados pelo Humanismo, que florescia na Europa pós-guerra, voltam-se as questões populares.

No Brasil, o movimento da Educação Popular sofreu grande impacto com o Golpe Militar de 1964, e muitos políticos e intelectuais que participavam do movimento foram perseguidos, presos ou exilados, o que contribuiu para que a Educação Popular a partir desse período adquirisse sentido enquanto forma de resistência ao regime de ditadura, o que mobilizou inúmeras experiências educativas, tanto no Brasil como na América Latina, ampliando desta forma a participação dos movimentos sociais populares e grupos religiosos inspirados em Medellín e na Teologia da Libertação. (VASCONCELOS e OLIVEIRA, 2009)

Merece destaque o pioneirismo do educador Paulo Freire, em seu trabalho de sistematizar teoricamente o processo em que se dá a Educação Popular, tendo em uma das suas obras “Pedagogia do Oprimido”, uma celebre repercussão desse pensamento no mundo.

Conjugam-se a esse pensamento os estudos de Carlos Brandão (1999), que compreender por Educação Popular:

Educação Popular seja entendida como uma prática de mediação com opção por um objeto histórico de produção de poder do povo e de realização de sucessivas transformações sociais a partir de tal conquista de poder. (BRANDÃO, 1999, p.250).

Para Pedrosa (2007), a Educação Popular no campo da saúde, após a década de 70, desencadeou um processo de mobilização política paralelo ao processo de resgate da cultura popular, inserindo a emergência de novos movimentos sociais como: a falta de acesso à saúde das classes populares, precarização dos serviços públicos, marginalização dos direitos sociais aos trabalhadores, além das péssimas condições de renda, moradia e alimentação, criando assim focos de resistências social, coletivos de luta e mobilização contra opressão política e cerceamento de liberdades civis.

Destaca-se neste momento a criação do Movimento Popular em Saúde (MOPS), com militantes de várias concepções de esquerda e lideranças populares, que se engajavam na luta por moradia, transporte, custo de vida, entre outras reivindicações.

É nesse movimento, de práticas comunitárias e reflexões teóricas que surgiu às bases do que hoje podemos chamar de Educação Popular em Saúde, que imprime uma direcionalidade política em que a saúde se insere como um direito de cidadania e dever do Estado, constituindo-se em “um conjunto de saberes, vivências e práticas que se opõem à situação de opressão e exclusão social existente, apostando na construção do inédito viável.” (FALEIROS, VASCONCELOS, *et al.*, 2006 in BRASIL, 2012, PNEPS, pg. 6).

Em 1980, no Brasil, com início do processo de redemocratização, a Educação Popular, vai se reafirmado como um modo mais aberto e ampliado, não só como movimentos de resistências, mas passando a ser incorporadas em experiências² de trabalhos sociais de organizações governamentais, não-governamentais e institucionais, como por exemplo, em escolas, universidades e alguns serviços de saúde e assistência social.

Essa educação desponta na busca de transformação da sociedade, na qual a população passa a ser ator central, assessorada por intelectuais comprometidos e sensíveis com as causas populares, e desenvolve um trabalho político pedagógico alternativo, com possibilidades emancipatórias.

Essa participação das pessoas na construção de uma nova realidade, mais favorável às condições de vida, tem a ação e a reflexão como elementos fundamentais de análise das problemáticas vivenciada nos grupos.

A Educação popular busca trabalhar pedagogicamente o processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, dessa forma, promovendo o crescimento das capacidades de análises críticas sobre a realidade e aperfeiçoando estratégias de luta e enfrentamento.

Bourdieu (2004) entende por estratégia:

A noção de estratégia é o instrumento de uma ruptura com o ponto de vista objetivista e com a ação sem agente que o estruturalismo supõe (recorrendo, por

² Dentre as diversas experiências de incorporação da Educação Popular na gestão pública, destacam-se as administrações municipais das prefeituras de Recife (2000- 2004) e Camaragibe (1996-2004), Porto Alegre (1988-2004), São Paulo (1989-1993), Santo André (1989-1993), além do governo estadual de Pernambuco (1994-1998) e do Rio Grande do Sul (1999-2002). Como também, na esfera federal a partir de 2003 várias iniciativas foram concebidas apresentando como marco a instituição do Programa Fome Zero junto ao Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA) que apresentava um Setor de Mobilização Social, para o qual a Educação Popular foi o referencial, contribuindo inclusive para a instituição da Rede Nacional Cidadã (RECID). Atualmente a Secretaria Nacional de Articulação Social da Presidência da República apresenta a Educação Popular como referencial para a articulação das relações políticas do governo federal com os diferentes segmentos da sociedade civil. A partir destas experiências houve acúmulo de um saber significativo sobre caminhos políticos, estratégicos e administrativos para o emprego da Educação Popular como instrumento de gestão de políticas sociais. (BRASIL, 2012, pg 5)

exemplo, à noção de inconsciente). Mas pode-se recusar a ver a estratégia como o produto de um programa inconsciente, sem fazer dela o produto de um cálculo consciente e racional. Ela é produto do senso prático como sentido do jogo, de um jogo social particular, historicamente definido, que se adquire desde a infância [...] O bom jogador, que é de algum modo o jogo feito homem, faz a todo instante o que deve ser feito, o que o jogo demanda e exige. Isso supõe uma invenção permanente, indispensável para se adaptar às situações indefinidamente variadas, nunca perfeitamente idênticas. O que não garante a obediência mecânica à regra explícita, codificada (quando ela existe). (BOURDIEU, 2004, p.81).

A Educação Popular no campo da saúde pode ser vista como uma estratégia de construção política, de superação da subordinação, exclusão e opressão que marca a vida moderna em nossa sociedade. Que segundo Vasconcelos (2004) entende como:

Educação Popular é o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/ agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos. (VASCONCELOS, 2004, p.72).

Assim a estratégia na Educação Popular é vista como em construção permanente pela participação popular no redirecionamento da vida social.

A valorização das práticas de Educação Popular no campo da saúde tem sido um desafio constante a ser superado, mas que a partir da década de 90 tem avançado e se reinventado, e numa perspectiva mais institucional, pensa numa participação popular não somente do lado de fora, mas também ocorrendo dentro das grandes instituições de saúde e ensino.

Assim nesse sentido, Vasconcelos (2004) observa hoje que as práticas de Educação Popular não se restringem mais ao modelo de participação da década de 70, como:

[...] um técnico inserido numa pequena comunidade periférica, identificando lideranças e problemas mobilizadores, criando espaços de debate, apoiando as lutas emergentes e trazendo subsídios teóricos para alargar as discussões locais. Com o processo de democratização da sociedade brasileira, houve espaço para que a participação popular pudesse também ocorrer nas grandes instituições. (VASCONCELOS, 2004, p.72).

Ocorre que com a democratização da sociedade, os técnicos formados em espaços informais e em movimentos sociais, começam a ocupar cargos em órgãos de implementações de políticas de saúde, tendo assim a possibilidade de inserir métodos baseados na educação Popular para discussão e construção dessas políticas públicas.

Ao vencer as crises iniciais de tentativas de adotar diretamente o método de Educação Popular dos espaços informais, nos espaços formais, constroem uma rede de Educação Popular e Saúde, que desde 1991, articula profissionais de saúde, lideranças populares

envolvidas no campo das lutas, e que a partir das experiências já construídas historicamente, vão se expandindo e a avançando no campo da saúde.

Segundo Vasconcelos (2004), grande parte das experiências de Educação Popular em Saúde estão hoje voltadas para:

[...] superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado, e, de outro, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular. Isto é feito a partir de uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo, cada vez mais, sua diversidade e heterogeneidade. (VASCONCELOS, 2004, p.72;73).

Dessa forma a Educação Popular em saúde, através do diálogo, vem se consolidando não só como uma atividade a mais na saúde, mas como uma política que reinventa as práticas de atenção à saúde, superando o biologismo e o tecnicismo das ciências modernas na saúde e servindo de meio para a construção de ações mais integras à saúde das pessoas.

A integralidade vista pela Educação Popular concebe as práticas de saúde, também pela capacidade das pessoas, movimentos sociais, famílias e a sociedade de articular, usufruir e reorientar os serviços e os saberes disponíveis e que devem estar voltados às necessidades e realidades concretas.

Neste contexto, podemos exemplificar uma das conquistas da população à suas reivindicações, quanto a novas opções terapêuticas nas práticas de saúde, incorporadas pelo sistema único de saúde a que está contemplada na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), tendo como opções às práticas corporais integrativas, a aromaterapia, a cromoterapia, a fitoterapia, a homeopatia, a massoterapia, a meditação, a medicina tradicional chinesa, a medicina Ayurvédica, a musicoterapia, o reiki, a terapia floral e termalismo social e crenoterapia. Essas buscam:

Estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Baseadas em abordagens humanizadas e humanizadoras, transdisciplinares, são centradas na integralidade do indivíduo, esse considerado na sua dimensão global, ou seja, mental, emocional, espiritual e social, na sua singularidade e integrado à sua coletividade. As PICs contribuem para a ampliação da co-responsabilidade dos indivíduos pela saúde, e assim para o aumento do exercício da cidadania. (BRASIL, 2012, PNEPS, pg.39;40).

Assim, acredita-se na Educação Popular no campo da saúde, como um projeto político pedagógico que valorize a diversidade e a heterogeneidade dos saberes dos sujeitos nas ações

de saúde e o compromisso dos profissionais de saúde com a população, valorizando as iniciativas e o diálogo entre os saberes populares e o saber científico, para que de fato políticas públicas como essa saem do papel e se efetive no cotidiano do cuidado em saúde.

Segundo Vasconcelos (1997) esse é o diferencial que o atual pensamento de Educação Popular tem do pensamento do movimento da Reforma Sanitária, que acreditava na construção de um Sistema Único que fosse capaz de penetrar por si mesmo, de modo organizado, nas diversas instâncias da vida social das pessoas implicadas no processo de adoecimento e cura.

Existe uma visão de resistência de setores progressistas do Movimento Sanitário, colocada por Vasconcelos (2004) quanto à participação comunitária nos espaços institucionais, que para ele é dada pelo movimento Sanitário, que nos últimos 20 anos ficaram centrados na construção do arcabouço jurídico e institucional do sistema e no desejo de expandir rapidamente a cobertura dos serviços de saúde, o que levou a formação de um amplo e competente corpo técnico nas atividades de planejamento, mas que apesar de concordarem com a importância da participação popular, não sabem conviver com as diferentes formas de embate político, que se manifesta fora dos espaços formais, como das conferências e os conselhos e tornam-se intolerantes nos processos participativos nas quais a população e os profissionais de saúde de nível local se manifestem de modo mais efetivo e autônomo.

Assim, para ele, a lógica e o ritmo dos movimentos sociais e das pequenas práticas locais se confrontam com o ritmo dos de trabalho dos gestores do setor da saúde.

Na saúde, a maioria dos gestores tem um discurso de valorizar a importância da ação educativa, participativa e da promoção da saúde, no entanto, pouco é investido em uma política efetiva que busque na Educação Popular a ampliação da participação no cotidiano dos serviços, o que resulta por vezes numa reprodução do modelo autoritário e prescritivo de educação em saúde.

Ainda aponta que na falta de incentivo às ações educativas participativas as coordenações de educação, comunicação e promoção da saúde, tendem a investir em organização de mobilizações da população para eventos e campanhas de massa ou de ações educativas isoladas, desconectada da rede assistencial, servindo mais de *markentig* da instituição pública e de suas lideranças políticas, em detrimento ao investimento na reorganização cultural que acontece em cada serviço de saúde.

Por fim, Vasconcelos (2004) defende a implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, com incentivo a produção descentralizada de materiais

educativos, construídos de forma participativa, de valorização e difusão das iniciativas na lógica da problematização coletiva, em que apoie e responsabilize os município e estados na formulação de iniciativas de valorização de criação de espaços de troca cultural, diálogo e negociação em cada serviço de saúde.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde concebe a Educação Popular como:

Educação Popular como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão. No campo da saúde a característica de práxis da Educação Popular, no sentido da ação-reflexão-ação, coloca-a como estratégia singular para os processos que buscam o cuidado, a formação, produção de conhecimentos, a intersetorialidade e a democratização do SUS. (BRASIL, 2012, PNEPS, pg.9-10)

Segundo, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), aprovada no ano 2013, pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) considera a Educação Popular em Saúde como:

Um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS. Interege não apenas no que diz respeito à educação em saúde, mas sobretudo no delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde. (BRASIL, 2012, PNEPS, pg. 3).

Entre os desafios que a área da saúde busca enfrentar incorporando a metodologia da Educação Popular está a de enfrentar a lógica hegemônica do funcionamento dos serviços de saúde, subordinado a interesses políticos e econômicos, como a carência de recursos financeiros, clientelismo político entre outros.

Dessa forma a Educação Popular passa também a ser um método para uma redemocratização da gestão da saúde e reorientação das políticas públicas.

Nesse sentido, a formação profissional na área da saúde deve possibilitar nas experiências comunitárias, compreender como as atividades de seu trabalho devem permear tais discussões e com elas podem construir um conhecimento renovador, consciente de sua atuação no campo da saúde e como cidadão.

Assim a Educação Popular na formação profissional em saúde é desenvolvida com o povo e não para o povo, onde a processo educativo que se destaca está na construção coletiva

dos saberes. Está baseada na problematização de questões a serem enfrentadas, no diálogo que permite a escuta e a valorização da cultura e dos saberes do outro. E que influencia por meio do vínculo afetivo, dadas pelo acolhimento, a consciência e o agir das pessoas envolvidas, na ampliação do compromisso social, a compreensão mútua e a solidariedade.

Dessa forma, assumem-se as categorias teóricas de cultura, necessidade, saúde, experiência, diálogo, práxis, como possibilidade emancipatória, de autonomia e de desenvolvimento da integralidade da atenção à saúde da população.

Nesse contexto, a Formação Profissional em Saúde, desenvolvidas em práticas de educação popular evidenciam três dimensões na construção de processos educativos emancipatórios a serem considerados, sendo elas: a dimensão cultural, a dimensão social e a dimensão política.

3.3.1 Dimensão cultural

A formação em saúde é um processo educativo de raízes históricas em nossa cultura. Compreendê-lo assim, permite ver as dificuldades que temos em conceber uma educação na qual o papel do profissional de saúde, seja também de educador e transformador de realidades.

Por isso, a cultura do povo, contextualizada historicamente, torna-se uma categoria importante de estudo quando se pensa em Formação Profissional em Saúde. Onde podemos observar que nela se encontra a forma do povo agir, negociar e fazer escolhas, dentro de um processo de resistências e acomodações na sociedade capitalista.

Thompson (1998) entende e apresenta a cultura como algo dinâmico, construído num processo contínuo pela inter-relação dos fatores sociais, políticos e econômicos, onde as classes populares firmam num novo papel em nossa sociedade, despontando como sujeitos privilegiados do processo de mudança obrigando os intelectuais e suas instituições de ensino a considerar os encontros entre o científico e a realidade cultural do povo.

Essa historicidade da categoria “cultura” nos leva a aprofundar o entendimento da cultura popular no campo da saúde e se apresenta como elemento implicado no processo da formação profissional em saúde. Ela norteia à compreensão e valorização que o processo educativo deve estar imbuído, quanto ao cuidado com a saúde das pessoas, em especial as menos favorecidas, nas comunidades pobres, que são a maioria da população.

A chamada pela reconstituição da categoria “cultura” incorporada por Thompson, trata de superar o confortável consenso desta, dada como somente “sistema de atitudes, valores e significados (desempenhos e artefatos) em que se acham incorporados” (THOMPSON, 1998, p. 17), mas de entendê-la também como:

[...] um conjunto de diferentes recursos, em que há sempre uma troca entre o escrito e o oral, o dominante e o subordinado, a aldeia e a metrópole; é uma arena de elementos conflitivos, que somente sob uma pressão imperiosa – por exemplo, o nacionalismo, a consciência de classe ou a ortodoxia religiosa predominante – assumem a forma de um “sistema”. (THOMPSON, 1998, p. 17).

Em face disso, podemos compreender a cultura em um contexto histórico, pelos quais os costumes influenciados por forças externas, assumem uma posição defensiva aos limites e controles dos governantes, num processo de relações sociais de resistência a exploração, que era e talvez ainda seja, marcada pelos ritos paternalistas, configurando “cultura”, portanto, em seu lugar correspondente, no lugar do material.

Numa educação informal, além das transmissões técnicas e das práticas, existe a transmissão de experiências sociais ou de sabedoria comum da coletividade, no entanto, mesmo sabendo que a vida social está em constante movimento, não há garantia que novas gerações tenham um diferente horizonte, assim como na educação formal, com o distanciamento cultural, não se consegue interpor no processo de transmissão, dos conhecimentos de gerações para gerações.

Portanto, a cultura dos povos influencia nos modos adotados de cuidados em saúde pelas pessoas e no modo que se propaga os conhecimentos nessa área, seja formal ou informal na sociedade. Compreende-la no processo de formação profissional em saúde, permite desenvolver métodos de aprendizagem que aproxima o trabalho em saúde, com vistas à integralidade da atenção a saúde, mais de acordo com as pautas reivindicatórias nas necessidades em saúde das pessoas.

3.3.2 Dimensão social

A experiência pertinente da educação no campo da saúde se configura de importância relevante no contexto da aprendizagem, dada à possibilidade de lançar-se aos processos emancipatórios. Já que grupos de classes diferentes podem compartilhar vivências práticas

muito significantes pela diversidade de saberes que se confrontam e se desenvolvem mutuamente.

A experiência, segundo Thompson (2001), pode ser entendida como elemento mediador entre o ser social e a consciência social, ou então, entre as relações de produção e a consciência de classe, onde:

Pensamento e ser habitam um único espaço, que somos nós mesmos. Mesmo quando pensamos, também temos fome e ódio, adoecemos ou amamos, e a consciência está misturada ao ser; mesmo ao contemplarmos o “real”, sentimos a nossa própria realidade palpável. De tal modo que os problemas que as “matérias-primas” apresentam ao pensamento consistem, com frequência, exatamente em suas qualidades muito ativas, indicativas e invasoras. Porque o diálogo entre a consciência e o ser torna-se cada vez mais complexo - inclusive atinge imediatamente uma *ordem* diferente de complexidade, que apresenta uma *ordem* diferente de problemas epistemológicos - quando a consciência crítica está atuando sobre uma matéria-prima feita de seu próprio material: artefatos intelectuais, relações sociais, o fato histórico. (THOMPSON, 1981, p. 27).

É com esse entendimento, que se pode compreender a experiência vivenciada, permeada pelo diálogo no campo da saúde, como um processo educativo capaz de contribuir efetivamente conforme Paulo Freire (1976), para passagem da consciência transitividade ingênua à transitividade crítica.

Para Freire (1976), uma educação como vista a libertação das pessoas, deve compreender a realidade como sempre histórica e culturalmente condicionada, onde se deva buscar essa passagem de uma consciência transitiva ingênua, para uma consciência transitiva crítica. A primeira caracterizada entre outros aspectos pela simplicidade da interpretação dos problemas, com fragilidade na argumentação, isolamento e negação do diálogo, e a segunda, conquistada por uma educação dialogal e ativa, voltada para a responsabilidade social e política, caracterizada pela profundidade na interpretação dos problemas, recusa de posições de quietude pelo diálogo e também pela receptividade ao novo e conservação do velho dada sua validade.

Dessa forma a dinâmica dada pela experiência e pela educação se configura nesse ambiente como um pensamento em movimento, que modifica a todo o momento, o que é pensado e o que é sentido na vida social. Por isso a experiência corresponde a um processo histórico, em que é permitido apreender pelas transformações materiais e culturais situado num campo real de aprendizado.

Segundo Paulo Freire (1997), a educação popular pode contribuir na criação de um espaço e com instrumentos necessários na construção da libertação das pessoas, diante da

problematização, diálogo e reflexão crítica da realidade. Sendo que no campo da saúde, esse processo formativo, possibilita a integralidade da atenção à saúde, pelo cuidado humanizado e de acordo com as necessidades em saúde da população, pela interdisciplinaridade e a institucionalidade que permeia a experiência da práxis.

3.3.3 Dimensão política

Na dimensão política do processo de formação profissional em saúde, podemos considerar a interdisciplinaridade segundo Paulo Freire (1994) como requisito importante para uma visão da realidade, tanto numa perspectiva unitária como em sua totalidade, em que possibilite a construção de um conjunto de ações políticas e sociais para a transformação de realidades desiguais, que desfavoreçam a saúde na coletividade.

Segundo o Ministério da Saúde in Brasil (1998), a interdisciplinaridade e multidisciplinaridade e a integralidade são princípios importantes a serem adotados no cuidado da saúde das populações, nos territórios de ESF, portanto sendo atributos que o processo de formação profissional em saúde deva considerar e necessários de serem compreendidos pelo estudante em suas práticas de aprendizagem.

Para Mattos (2001) a integralidade desde os princípios do SUS, é uma categoria com sentido polissêmico, ou seja, pode ser usada de várias formas. Podendo estar relacionado a atributos desejáveis das políticas de saúde, da organização dos serviços de saúde e da boa prática dos profissionais de saúde. Com isso aponta que a integralidade do cuidado em saúde, no processo de formação profissional pode ser desenvolvida em diversos espaços de práticas de aprendizagem, valorizando as experiências concretas desse processo como importantes para identificar tais atributos e desenvolver uma formação em que a prática se reconstrua na presença do outro, ambos em processo de transformação da realidade.

Assim, experiências em práticas de educação popular em saúde em que valorize os diferentes conhecimentos, seja específicos ou gerais, das diversas profissões, e os saberes populares de cuidados em saúde, possibilitam ao estudante desenvolver habilidades de um agir permeável às diversidades de saberes do campo da saúde, portanto, mais próximo da realidade e necessidades dos indivíduos.

Dessa forma podemos avançar quanto ao processo emancipatório dos indivíduos no campo da saúde com base em uma educação popular e libertadora, observando uma

necessidade de termos clareza que um povo só é livre, dono de si, quando é responsável por si e pelos demais que convive socialmente, ou seja, não há liberdade, nem prisão sem o outro.

Segundo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (2013), a Emancipação no campo da Saúde 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” (BRASIL, 2012, pg.17).

Neste contexto, os diversos educadores tem o papel de propiciar o encontro entre diferentes sujeitos e colocar-se com uma postura mais integradora e holística, quando encontra o indivíduo em contato com a vida em sua forma mais humana e natural, reconhecendo e legitimando crenças, valores, conhecimentos, desejos e temores da população, nesses distintos espaços familiares, comunitário e até mesmo institucional.

Assim, a emancipação humana no processo de formação profissional em saúde se apresenta como uma das grandes conquistas políticas a se efetivar pela práxis, pelo comprometimento em defesa da libertação das pessoas, na transformação das condições necessárias para a preservação da vida.

Sem dúvida, evidenciamos uma nova vertente de pensamento a respeito do lugar que deve ocupar a Educação Popular na sociedade Brasileira, sendo de um lado fora da instituição com os movimentos sociais e sociedade civil organizada, com a possibilidade de se renovar e se reinventar na cultura e pelos mecanismos de resistências coletivas, mas participando de maneira organizada pelos meios formais, e de outro uma Educação Popular que permeie a instituição pública, dando mais vazão ao saber popular, possibilitando ser pensado por diferentes atores dos sistemas de ensino e da saúde em suas práticas, mas mais propenso a mecanismos tácitos do poder que permeia esses espaços.

É interessante e apropriado entender como tais mecanismos tácitos estão no campo da saúde influenciando a repressão do poder dos sujeitos e impossibilitando o processo de libertação e autonomia das pessoas como seres políticos e sociais, pois a partir dessa compreensão existe a possibilidade de contribuição do processo educativo na superação dessas amarras.

Bourdieu (1989), na obra “O Poder Simbólico”, apresenta algumas reflexões pertinentes a esse assunto e contribui ao esclarecimento desses mecanismos no campo da

saúde. O poder simbólico para ele é um tipo de poder que impõe significações em coisas ou em pessoas, de maneira que são legitimadas no grupo, e é invisível, por ser exercido somente quando existe cumplicidade entre todos os sujeitos, passando dessa forma despercebido.

Os símbolos podem ser traduzidos como um meio de integração social, reproduzindo e ratificando a ordem estabelecida no campo. É nesse campo que existem os sujeitos participantes, dotados de várias capacidades úteis para o desenvolvimento das funções que exercem dentro desse campo, ou seja, o campo está relacionado com o conjunto de relações socialmente distribuídas na partilha dos diversos tipos de capitais dos sujeitos.

Num estado do campo em que se vê o poder por toda a parte, como em outros tempos não se queria reconhecê-lo nas situações em que ele entrava pelos olhos dentro, não é inútil lembrar que - sem nunca fazer dele, numa outra maneira de o dissolver, uma espécie de 'círculo cujo centro está em toda a parte e em parte alguma' - é necessário saber descobri-lo onde ele se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado, portanto, reconhecido: o poder simbólico é, com efeito, esse poder o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. (BOURDIEU, 1989, p.7).

Segundo Bourdieu (1989) o poder simbólico é “o poder político por excelência” em que os dominantes utilizam-se de símbolos, categorias de percepção, pensamentos e palavras para mobilizar os dominados a exercerem determinadas ações, reconhecidas como corretas, ou seja, é um poder que os dominantes têm de dissuadir e persuadir os dominados a realizarem o que é desejado, portanto sendo necessários criar estratégias para superação desse poder dominante.

Nisso, o que parece estar implícito e despontando em nossa sociedade pode ser uma nova consciência sanitária, agora se propondo a uma democratização mais radical das políticas públicas. Deixando de ser apenas um meio de comunicação entre os sujeitos e se instrumentalizando para ocupar uma gestão participativa de ação social.

Conforme Bourdieu (2004), tendo a estratégia como um instrumento de ruptura com o objetivismo e da ação sem agente, passa a ser entendida a partir da educação popular como uma forma de construção política dos atores sociais, pela participação popular, na superação dos ensinamentos e de cuidados em saúde, dicotomizados e verticalizados, e reconstruídos na práxis pelos sujeitos a partir dos conhecimentos populares e dos científicos, assumindo uma força política capaz de gerar a autonomia dos grupos na tomada de decisões.

Para Vasconcelos (2004), a formação com base na educação popular também propicia a construção de uma nova consciência no campo da saúde, quando nela a participação popular também se configura em uma gestão participativa de ação social, pela democratização mais

radical e efetiva das políticas públicas e apontando como estratégia para que isso ocorra “apoiar iniciativas de formação profissional que busquem reorientar as atitudes dos trabalhadores de saúde na relação com a população”. (VASCONCELOS, 2004, pg.79).

Todavia serve o alerta das contradições que possam estar inerente a essa nova forma de pensar a participação popular. Exige assim um amadurecimento coletivo do que a sociedade brasileira entende e deseja com sua participação e isso nos remete a base fundamental do princípio pedagógico da Educação Popular, que seja o saber da experiência de vida compartilhado no diálogo, em todos os espaços formais e informais, congregando a uma decisão política nacional, em que pesa a responsabilidade de uns com os outros. (FREIRE, 1997).

Em face disso, permite uma nova organização política entre os sujeitos, avançando pelo diálogo as discussões no campo da saúde e constituindo novas e reconstituindo velhas pautas das questões da saúde, exigindo assim serviços públicos com a participação e controle da sociedade.

Neste sentido, o usuário do serviço passa de forma regulamentada a ter o direito, bem como o dever de deliberar sobre o planejamento, formulação, execução e fiscalização das ações de saúde, assim como da gestão financeira e administrativa do SUS.

Essa participação social é uma maneira de democratizar o campo da saúde, por meio da inclusão de sujeitos sociais nos processos do SUS e sua efetivação está relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade.

No entanto, embora esteja prevista na lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos, e, por muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos, que vem se consolidando com as experiências tidas ao longo do tempo.

Assim, apesar de haver essas instâncias que descentralizam as ações de governo e que possibilitam a sociedade apropriar-se de seu contexto no campo da saúde, ocupar esses espaços exige um nível de maturidade da consciência transitiva crítica de Paulo Freire, para que efetivamente as pessoas assumam suas legítimas atribuições.

4 A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO CONHECIMENTO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

O início do processo de construção desse estudo foi um desafio presente e superado por todos os sujeitos que se motivaram a desenvolvê-lo, desde a pesquisadora com suas inquietações questionadoras da realidade de seu trabalho, de onde gerou a problemática a ser esclarecidas, passando pelos sujeitos envolvidos na formação profissional em saúde, sejam eles no campo das práticas ou no campo acadêmico, que estiveram dando suas contribuições no percurso dos diálogos propostos, além dos sujeitos estudantes que se interessaram à participar dos encontros e dos diálogos, com a proposta de problematizar e sistematizar seu processo de formação profissional a fim de podermos elaborar uma análise desses, revelando as influências das práticas de educação popular em saúde desenvolvida em suas experiências formativas das práticas de saúde.

As opções das escolhas teóricas e metodológicas foram minuciosamente construídas durante os estudos no Mestrado em Educação, da Universidade de Santa Cruz do Sul, no ano de 2013, com um aprofundamento teórico de emersão³ as diversidades e possibilidades de referências que pudessem estar mais próximos a revelarem e atender aos objetivos propostos no estudo.

A minha condição de profissional de saúde, com experiências e aproximação direta aos campos de aprendizagem nas Unidades de Saúde da Família e da formação profissional em saúde pela docência e supervisão de estágios curriculares, possibilitou estabelecer importantes vínculos favoráveis à seleção do campo de pesquisa e o acesso aos diferentes sujeitos que contribuíram no processo de construção do conhecimento desse estudo.

No entanto, ao considerar os distanciamentos que a formação em saúde tem das ciências da educação, por uma formação positivista das ciências da saúde, a busca por um processo reflexivo do campo empírico no campo teórico, exigiu uma constante e intensa reflexão da teoria e da prática, que se configurou ao final do trabalho em uma práxis de grandes aprendizados e novos olhares sobre o tema da pesquisa, assim como também sobre todo o processo de formação humana, em que a educação está envolvida no fazer e no pensar dos indivíduos quanto ao cuidado em saúde na sociedade.

³ Segundo Paulo Freire podemos considerar a imersão o primeiro grau de consciência e a emersão um processo de passagem desse estado em busca de participação na construção de sua vida: “ É um crescente ímpeto para participar. As massas populares começam a se preocupar e a procurar seu próprio processo histórico. Com a ruptura da sociedade, as massas começam a emergir e essa emersão se traduz numa exigência das massas por participar: é a sua presença no processo.” (FREIRE, 1979, pg. 22)

Após a construção institucional do estudo e as interpelações de vários estudiosos que compuseram a banca de qualificação do projeto de pesquisa, iniciou-se a fase de campo, ciente e tomando todos os cuidados éticos que um estudo dessa natureza exige (**ANEXO K**), aliando o rigor científico e caracterizando esse estudo como também uma prática social.

As quatro fases do estudo se constituíram em um conjunto de elementos desenvolvidos com base nos objetivos a serem atendidos, que analisados e interpretados revelam novos conhecimentos sobre a temática. Essa opção por desenvolver o estudo por fases foi apoiado em outros estudos apontados por Carlos Brandão (1999), como possibilidades metodológicas que buscam a construção coletiva dos conhecimentos e em que os sujeitos sejam também atores centrais dessa produção. O conjunto categorizado das transcrições das falas selecionadas dos sujeitos/estudantes e profissionais de saúde encontra-se no **ANEXO J**.

4.1 Reconhecendo o campo, observando e dialogando e reconhecendo os sujeitos

O campo de pesquisa num âmbito mais amplo está situado na área de interesse da pesquisadora: a saúde e a educação. Localiza-se no Município de Santa Cruz do Sul, estado do Rio Grande do Sul, nos territórios das unidades de Estratégias de Saúde da Família, espaço de execução das Políticas Públicas de Saúde, dada pelo sistema Único de Saúde (SUS). É considerado campo de práticas da formação profissional em saúde e lugar de encontro de sujeitos com saberes científico e saberes populares, dada pela aproximação da realidade social que se configura o ambiente de aprendizado.

Santa Cruz do Sul é considerada uma cidade de médio porte, sendo polo de uma região denominada Vale do Rio Pardo, localizada na encosta inferior do nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. Sua população de acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, Censo demográfico 2010) são de 118.374 habitantes, correspondendo a 85,54% urbana e 14,46% rural. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – que é resultado da média aritmética simples de três sub-índices: Vida Longa e Saudável, acesso ao conhecimento e padrão de vida, que vem ao longo dos anos aumentando, de 0,561 no ano de 1991, de 0,682 no ano de 2000 e ocupando no ano de 2010, a 27ª posição estadual, com 0,773. (ATLAS, 2013).

A estrutura organizacional do sistema de saúde de Santa Cruz do Sul se apresenta complexa, possui Gestão Plena da Atenção e por isso comporta vários serviços especializados e de referência regional em atenção à saúde.

Segundo informações descritas no Plano Municipal de Saúde (2010-2013), a atenção Básica de Santa Cruz do Sul atualmente conta com uma rede de serviços ampla e dinâmica atendendo em todo o seu território um conjunto de ações e serviços e servindo como porta de entrada dos usuários na rede SUS. Fazem parte da Atenção Básica em seu primeiro nível os seguintes serviços: Unidades Básicas de Saúde; Estratégia dos Agentes Comunitários; Unidades de Estratégias de Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF; Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; Programa Primeira Infância Melhor- PIM; Programa de Prevenção da Violência - PPV; Programa Bem-Me-Quer; Ambulatório Sistema Prisional; Ambulatório Idoso, Hipertenso e Diabético; Ambulatório Central; Divisão de Saúde Bucal; Ouvidoria; Política de Alimentação e Nutrição; Saúde em Sua Casa; Farmácia Municipal.

No ano de 2014, as unidades de Saúde do município se dividem em doze Unidades Básicas de Saúde e onze Unidades de Estratégias de Saúde da Família.

No atendimento de média complexidade, considerado um dos três níveis de atenção à Saúde, no âmbito do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde conta com os seguintes Serviços Especializados: Centro Municipal de Atendimento à Sorologia – CEMAS, Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS, Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD, Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência, Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador – UMREST, Centro Materno Infantil – CEMAI/Ginecologia e Central de Marcação de consultas Especializadas: Nessa última, são realizados todos os agendamentos das consultas especializadas aos usuários do SUS, com profissionais da rede SUS e conveniados.

O atendimento de urgência e emergência do Município é realizado pelos seguintes serviços: Pronto Atendimento – PA, Centro Materno Infantil – CEMAI PEDIÁTRICO, Casa de Saúde Ignez Irene Moraes – Hospitalzinho, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU: unidade básica, avançada, motolância.

Os serviços contratados ou conveniados são de média e/ou alta complexidade, e os pacientes devem ser encaminhados pela atenção básica, com exceção das urgências/emergências. O Município conta com os seguintes serviços contratados ou conveniados para atendimento a pacientes do SUS: Hospital Santa Cruz, Hospital Ana Nery, Hospital Monte Alverne, Comunidade Terapêutica Recomeçar, Centro de Reabilitação Social e Beneficente Evangélico – SOS VIDA, Laboratórios de Análises Clínicas, Laboratórios de

Anatomopatologia e Citopatologia, Clinicas de Doenças Renais-UNIRIN, Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul - APESC/UNISC, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE, Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo-CISVALE

Os territórios das Estratégias de Saúde da Família são regulamentados e delimitados atualmente, conforme portaria do Ministério da Saúde nº 2488 de 21 de outubro de 2011, onde se constitui num espaço de organização da Política Nacional da Atenção Básica e da implementação do modelo de atenção à saúde da Estratégia de Saúde da Família.

Segundo a Portaria 2488/MS, o território de cada equipe deve ser no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomendando que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. (BRASIL, 2011).

Conforme Monken e Barcellos (2005), a definição de território adstrito, é formatada para organização dessa atenção a saúde dos usuários, se colocando como um dos elementos necessários na reorganização do processo de trabalho em saúde, mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Essa forma a organização territorial é apresentada por Figueiredo (2012) em sua análise como uma estratégia central, que busca:

[...] (reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM, 2012). O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011). (FIGUEIREDO, 2012, p.3).

O território deve ser dividido por micro áreas, tendo de quatro a doze micros áreas no máximo, respeitando o número máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde e com cobertura de 100% do território pelo serviço. (BRASIL, 2011)

Assim cada território deverá contar com uma equipe mínima de profissionais de saúde, composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e de 4 a 12 agentes comunitários de saúde, podendo ser agregado às ações de atenção a saúde bucal por um

cirurgião dentista e um técnico de saúde bucal (TSB) ou auxiliar de saúde bucal (ASB). (BRASIL, 2011).

Toda a equipe deve dedicar-se a uma carga horária de 40 horas semanais no território de Estratégia de Saúde da Família. E ainda quanto à jornada está previsto:

A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. (BRASIL, 2011, p.55).

Com vista a superar os desafios das Estratégias de saúde da Família, de integrar os serviços da rede básica a toda rede assistencial, ampliando as ações da Atenção Básica, reforçar a territorialização e a regionalização, aumentar a resolutividade e a capacidade de coordenar o cuidado, o Ministério da Saúde criou mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, composta por outros profissionais da área da saúde, que não compõe a equipe mínima de Saúde da Família. Segundo Figueiredo (2012):

O NASF não é uma estrutura desvinculada da atenção primária à saúde e, como esta, tem dentre seus pressupostos a territorialização; a educação permanente em saúde; integralidade; participação social; promoção da saúde e humanização. Ele procura ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de SF. (FIGUEIREDO, 2012, p. 62).

O objetivo dessa organização de território é de que os cuidados dispensados sejam capazes de atender as necessidades em saúde da população, em nível primário ou básico, de forma individual e/ou coletiva, de forma que as ações possam influenciar positivamente na saúde, de maneira a estimular para autonomia das pessoas e modificar os determinantes e condicionantes do processo de adoecimento da comunidade.

Em Santa Cruz do Sul a delimitação do primeiro território ocorreu no ano de 1996, como o Programa de Saúde da Família, que atualmente é chamada de Estratégia de Saúde da Família, e entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de que a saúde vinha sendo operacionalizada.

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta

comunidade. Tendo como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

O serviço de saúde pública municipal tem por finalidade de melhorar o perfil de saúde da população residente no território de abrangência da equipe de ESF mediante a extensão e universalização da cobertura dos serviços de saúde e estimular a manutenção e melhoria das condições de saúde da população adstrita e reduzir a letalidade e mortalidade das doenças prevalentes de acordo com as diretrizes do Programa de Saúde da Família e do Plano Municipal de Saúde. (PM/SCS, 2010).

A evolução de implantação das Estratégias de Saúde da Família do município e o crescente aumento da cobertura populacional na atenção à saúde nesse modelo são demonstrados no **APÊNDICE A**.

Observando e Dialogando

O ato de observar o campo empírico nos permite em um primeiro momento, sentir e perceber um conjunto de elementos significantes aos propósitos do esclarecimento das questões que se investiga. Retornar a esses campos das práticas de saúde e de formação profissional em saúde, com uma visão crítica e interrogativa da realidade que ali se apresenta, ampliou as possibilidades do processo reflexivo, pois nele também foi possível estabelecer um diálogo com outros sujeitos presentes e relevantes no processo de formação dos futuros profissionais.

Eles são ou devem ser aqueles que acolhem os estudantes dos diversos cursos da saúde em um espaço, não só físico, mas um lugar de vastas possibilidades de romper com o fatalismo das situações limites do campo da saúde, que em um processo educativo coletivo as transforme em situações libertadoras no processo de cuidar. Conforme Paulo Freire:

“O papel fundamental dos que são comprometidos numa ação cultural para a conscientização não é propriamente falar sobre como construir a ideia libertadora, mas convida os homens a captar com seu espírito a verdade de sua própria realidade” (FREIRE, 2003, pg. 91).

Assim, buscou-se através da observação e registros sobre os territórios, no diálogo com profissionais das equipes de ESF e educadores/docentes que acompanham os estudantes em

campo nos territórios de saúde da família, investigar dentre esses, os campos com maior potencial a atender os objetivos do estudo e sujeitos estudantes interessados a participar do estudo.

Foram convidados a dialogarem três educadores/docentes do meio acadêmico e as onze coordenadoras nas Unidades de Saúde da Família do município do campo das práticas, tendo a particularidade essas de serem enfermeiras, devido à designação da Gestão Municipal da Saúde, por estarem diretamente ligadas à inserção e acompanhamento de todos os acadêmicos da área da saúde em territórios que estão sobre sua gestão, muitas delas em acompanhamento com supervisão indireta de estagiários curriculares e/ou em supervisão direta de projetos de extensão universitária.

Todas as conversas foram iniciadas com a apresentação da proposta do estudo e o esclarecimento de possíveis dúvidas sobre a pesquisa e seus procedimentos, a assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido, caracterizando seu interesse de participar do estudo, reservados os preceitos éticos desse. Seguindo por um diálogo semiestruturado com tópicos norteadores a atender os objetivos propostos.

Esses diálogos foram organizados em um roteiro em que se priorizava a descrição sobre a inserção dos estudantes de cursos de graduação da área da saúde e suas categorias profissionais, a prática de educação popular em saúde nas atividades da equipe de saúde, em projetos comunitários e de extensão, e a participação dos estudantes e da comunidade nessas, suas opiniões sobre a experiência do estudante no processo de formação profissional em saúde de seu território.

As visitas para observação de campo, representando o campo das práticas do processo de formação, foram previamente agendadas com as coordenações das onze Unidades de Saúde da Família e nesses encontros se estabeleceu os primeiros e promissores diálogos entre pesquisadora e os diversos sujeitos inscritos no processo de formação profissional em saúde.

As observações e os diálogos com sujeitos profissionais de saúde, no campo das práticas, ocorreram do período de nove de junho de 2014 a vinte seis de junho de 2014, essas foram registradas no diário de campo e as conversas gravadas e analisadas a seguir.

Os onze territórios foram nominados por cores e os profissionais receberam o nome de flores, e posteriormente nos grupos focais os sujeitos/estudantes participantes receberam a designação por letras do alfabeto, a fim de preservar o sigilo pessoal de suas falas, tendo o formato dos depoimentos aqui transcritos adotados essas referências.

Na reflexão através da análise detalhada dos diálogos, no campo das práticas de formação em saúde, com os profissionais de saúde e também coordenadores das Unidades de Saúde, podemos elencar alguns elementos importantes sobre suas percepções:

- Numa dimensão cultural e política: representada pelo conhecimento que esses têm em relação hábitos e costumes das pessoas, das famílias e da comunidade, do ato de preservar sua saúde. E sua organização coletiva pela participação e movimentos sociais para garantir seus direitos de acesso a uma saúde de qualidade, imprescindíveis às ações de cuidados em saúde e, portanto importantes de serem considerados na formação profissional em saúde.

- Numa dimensão social, o papel do profissional de saúde nesse processo de formação do estudante e suas considerações sobre práticas de educação popular em saúde como método de aprendizagem coletiva, com potencial para a ação política de todos os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, na criação de novos hábitos e costumes dos grupos que culturalmente são difundidos na sociedade.

Assim dentro desse entendimento, da dimensão cultural e política e em relação às pessoas da comunidade, em que os profissionais de saúde trabalham e estão inseridos em suas práticas de cuidado à saúde, relatam de maneira geral que percebem o agir desses dentro de um processo de acomodação e resistência no campo da saúde.

Dentro do processo de acomodação suas falas são de que os mesmos não conseguem se motivarem para ações coletivas, que desconhecem a força da participação, não existindo movimentos para mudanças e que procuram delegar à responsabilidade dos cuidados em saúde a equipe de saúde. Como nas falas a seguir: “[...] *quando é hora deles fazerem alguma coisa [...] ir no conselho de saúde, eles não vão[...]eles são acomodados. (Bromélia - ESF Azul)*”. E “[...] *delegam a responsabilidade.*” (*Lavanda - ESF Amarelo*).

A garantia dessa participação é reconhecida pela Lei Orgânica de saúde de nº 8.142/90 e confere à gestão do SUS a possibilidade de mais realismo, transparência, comprometimento político coletivo e efetividade de resultados na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Essa participação comunitária regulamentada define o papel da sociedade na gestão do serviço de saúde, onde os sujeitos ou atores sociais deveriam, neste caso, participar ativamente, por meios democráticos, da formulação das políticas públicas de saúde. (BRASIL, 1990, lei 8.142/90).

Segundo esses profissionais, a organização dos espaços coletivos de participação comunitária desses territórios, onde a comunidade pode problematizar as questões de saúde,

apresentar suas reivindicações e construir um conjunto de propostas e ações com os profissionais de saúde é identificado onde se desenvolve os grupos de educação em saúde, nas reuniões de comunidade, no conselho gestor de saúde local e na representatividade pela liderança de bairro.

Muitos apontam que são nesses espaços dos grupos de educação em saúde e reunião de comunidade, que são mediadas as práticas de educação popular em saúde, pelas trocas estabelecidas, escuta e diálogo, conforme a fala a da profissional, referindo-se aos grupos de educação em saúde: “[...] *no grupo de educação em saúde é quando tu dá autonomia pras pessoas decidir sobre seus problemas, que tipo de vida ela quer pra ela[...] tu é um facilitador*”. (Orquídea - ESF Rosa).

No entanto, apesar dos onze serviços de saúde desenvolver em seus territórios grupos de educação em saúde, não existe um planejamento para a organização das reuniões de comunidade, sendo realizadas esporadicamente e sendo que nenhum desses territórios possui conselho gestor local, que apesar de um deles fazer uma tentativa de formação a partir de um projeto de extensão universitária, por uma aluna da medicina, não surgiu o interesse da comunidade.

Alegam que tais reuniões de comunidade são de maneira geral lugar de grandes tensões, onde são pautados assuntos relacionados ao andamento do serviço de saúde, tais como a forma de acesso ao serviço de saúde, cuidados de saúde disponíveis a população e assuntos relacionados a estudantes em campo de estágio. As divergências apontadas se enquadra em um processo de resistência da população a gestão do serviço.

Dentre essas, estão a não aceitação da comunidade de alguns profissionais de saúde que tem maior dificuldade de criar vínculos com suas pessoas e/ou não conseguem atender as suas necessidades, requerem essencialmente a presença do médico e suas prescrições, discordando quanto aos horários em que o serviço está aberto e exigindo uma maior flexibilidade, reivindicam um serviço com maior densidade tecnológica e/ou então a disponibilidade de serviços tais como exames de alta complexidade e de clínica especializada. Como na fala: “[...] *quando falo do problema ele tem que saber*” (Orquídea - ESF Rosa), referindo ao profissional de saúde no atendimento a problemas do usuário. E nesta outra: “[...] *os usuários querem uma receita médica, uma consulta médica*” (Lavanda - ESF Amarelo), referindo-se aos serviços.

Tais percepções desses profissionais, de como a comunidade exige o acesso a serviços de saúde de maior tecnologia, e um cuidado de saúde centrado no profissional médico está

diretamente ligado à construção histórica e política que a ciências da saúde se consolidou ao longo do tempo, e que no Brasil o primeiro modelo assistencial sanitário adotado disseminou uma cultura de uma saúde pública assistencialista, curativa e farmacológica, como vimos nas análises de Lourenço (2004) e que o Brasil vem nos tempos recentes tentando modificar, adotando o modelo de atenção em vigilância à saúde.

Porém, a contradição vista nesse processo de um lado revela uma percepção dos profissionais em ver um comodismo na participação das pessoas e de movimentos sociais para busca e garantia do atendimento as suas necessidades, em instâncias politicamente constituídas e oficializadas, como nos conselhos de saúde, nos conselhos gestores e na própria gestão municipal de saúde. Por outro lado constata-se a não existência a nível local de um processo que impulsiona o fortalecimento de tais espaços de problematização e diálogo, como a não organização de uma agenda periódica planejada das reuniões com a comunidade, pautas definidas coletivamente e não previamente pelas equipes, e o não adiamento dos encontros por motivos de tensões políticas que se estabelece nesses espaços, como retratado na fala da profissional: “ [...] porque houve alguns ‘probleminhas’ com uma paciente e a gestão decidiu adiar a reunião. (Tulipa - ESF Marrom). Outros alegam que a população não se organiza para participar, como no comentário: “ [...] porque é frio, porque chove, porque é calor, porque tem que fazerem comida [...] sempre tem alguma coisa que impede dos mesmos participar. (Margarida - ESF Lilás).

É importante salientar que das onze Unidades de Saúde da Família observadas apenas três realizaram uma reunião de comunidade em seu território nesse primeiro semestre de 2014, sendo que em apenas duas os estudantes em formação participaram. O que nos apresenta a restrita experiência em seu processo de formação nesses importantes espaços de discussões, minimizando as possibilidades de uma formação voltada às dimensões políticas do processo educativo, essencial para as transformações sociais na sociedade e também de reverter o modelo assistencial de saúde.

Chega-se a essa conclusão, pelas falas dos profissionais, ao serem apontados estudantes mais participativos e com engajamento social, nos territórios que realizaram as reuniões de comunidade nesse período e que nessas, eles participaram.

Outro aspecto relacionado o envolvimento comunitário no campo da saúde são as relações estabelecidas da equipe de saúde com seus representantes, aqui descritos pelos profissionais como presidentes de bairros.

Dos onze territórios, sete profissionais comentaram a existência de um presidente de bairro. Entre os aspectos positivos dessas relações citam o bom relacionamento com a equipe, a parceria que se estabelece na reivindicação da comunidade trazida por esse à equipe e as ações realizadas integradas com esses presidentes no bairro. No entanto, as falas nos traz uma fragilidade de tais ações, muitas delas reduzidas ao assistencialismo em campanhas de arrecadações pontuais. Numa problemática maior denunciam a influência negativa da territorialização dos bairros realizadas recentemente pela Gestão Municipal, que acabou por destituir antigos presidentes de bairros, por esses territórios serem desmembrados e pertencerem a outras delimitações geográficas, ficando a representação da comunidade sendo feita por outros presidentes. Os profissionais relatam que percebem que a comunidade não se sente representada, que houve muitas discussões sobre essa ação política, mas que não chegou ao desejado, por parte de alguns grupos populacionais, o que por vezes prejudica a integração das comunidades diferentes, com uma representação única. Como referido na fala: “[...] *precisava um presidente do lado de cá*”. (*Jasmim - ESF Vermelho*).

Por fim, dentro dessas dimensões as falas evidenciam a percepção de que os hábitos culturais das comunidades influenciam no modo de vida das pessoas e que conhecê-los permite aos profissionais de saúde entender as reais necessidades em saúde, porém o trabalho em saúde realizado nesses espaços é influenciado por muitos e diferentes fatores, como as condições de trabalho, recursos financeiros e autonomia a nível local da equipe de saúde, que nem sempre são suficientes para corresponder de forma positiva nas ações adequadas do cuidado integral a saúde. Como na fala da profissional referindo-se a carga de trabalho: “[...] *estamos todos na capa da gaita[...] o profissional da saúde de enfermagem já está cansada*.” (*Violeta - ESF Roxo*).

Na dimensão social, considerando os diferentes sujeitos e suas relações estabelecidas no processo de formação profissional em saúde, assim como adoção de metodologias que valorizem a escuta, o diálogo, tais como as realizadas em práticas de educação popular, os profissionais relatam questões relacionadas à sua prática profissional que foram construídas a partir de seu próprio processo de formação profissional, que continuam a serem formadas em seu cotidiano de trabalho e que lhe permitem apresentar alguns olhares sobre o processo de formação dos estudantes que se encontram com eles nos territórios de saúde da família.

Declararam o tempo como um dos elementos de grande influência no trabalho em saúde e no processo de formação profissional. O tempo ou a falta dele está presente na ideia de atender mais as demandas imediatas de problemas de saúde do que as necessidades integrais

dos indivíduos, no tempo que leva da sociedade perceber a importância da promoção da saúde do que somente a assistência, do tempo necessário que os profissionais de saúde precisam dedicar-se ao processo educativo de si, do estudante, das pessoas da comunidade, se reconhecendo também educador, do tempo necessário dos estudantes em experiências significativas em seu processo de formação, para um processo de conscientização, do seu papel de ser social. O tempo no qual a comunidade deve ter para organizar-se em movimentos coletivos e o tempo que profissionais e estudantes devem dedicar-se a essa construção coletiva.

Referem que o processo de aprendizagem vai do “*interesse e do perfil*” do estudante, mas os pacientes estão voltados para resolver as questões “*imediatistas*” e o profissional também se foca nisso, por uma questão de “*tempo*” a fim de dar conta do problema clínico, acreditando ser também uma exigência da “*gestão*”, que valoriza mais quantidade de números de atendimento do que a qualidade de atendimento. (*Bromélia - ESF Azul*).

Vem ao encontro dessa questão do tempo, implicada no processo de aprendizagem a fala da profissional (*Begônia - ESF Branco*), que diz: “[...] *somos muitas vezes imediatistas [...] o nosso tempo é outro*”. E o trecho da fala que se refere à formação médica: “[...] *os professor tem aquela ânsia de passar o conteúdo e o aluno tem muita à questão técnica.*” (*Bromélia - ESF Azul*), referindo-se a priorização dos ensinamentos mais relacionados ao padrão dos procedimentos técnicos e específicos da profissão.

Quanto ao papel do profissional de saúde nesse processo de formação, as falas retrataram as tensões que existem no ato de educar, sem tão pouco, desconsiderar que eles estão diretamente implicados nesse processo, considerando a corresponsabilidade interinstitucional que se estabelece entre a instituição de ensino e o serviço público de saúde, na instância da gestão municipal.

Assim, alguns expressam uma incompreensão do seu importante papel de educador, no aprendizado do futuro profissional ao referir que: “[...] *eu não vou te puxar pela mão e te mostrar é assim, se tu quiseres ver isso ou se quiser aprender, ou tu me pergunta ou tu vem atrás, porque 90% é interesse do aluno e 10% do orientador de campo de estar em cima.*” (*Tulipa - ESF Marrom*).

Outros profissionais minimizam e delimitam sua atuação como educador e elevam a educação como um elemento de transformação na sociedade desigual, indicando também um possível papel da família nesse processo educativo das pessoas. Como na fala:

[...] a gente vai contribuir sim, mas esse processo da educação é assim tão importante, é fundamental, é o que vai mudar esse rumo da miséria, porque nós não vamos mascarar com nossas palestrinhas, com nossas conversinhas, com nossas coisinhas, mudar, porque está tão cristalizada, que começa desde bebezinho, de criança. (Begônia - ESF Branco).

Ainda neste contexto, do papel do profissional como também um educador no processo de formação alegam que “o aluno passa adiante”, referindo-se a desvalorização do profissional em saúde no processo de avaliação dos estudantes em campo de estágio, quando esses observam que os mesmos não conseguiram desenvolver as habilidades e entendimentos necessários, no tempo presente da aprendizagem.

Quanto ao processo de formação profissional em saúde, são unânimes em considerar os territórios de saúde da família, como um campo que permite ao estudante nessa experiência de imersão e reflexão da realidade ampliar sua compreensão do seu papel como futuro profissional. Acreditam que estar em um campo político e social diferente muitas vezes do seu, contribui para terem outras percepções, de como os diversos fatores do processo saúde doença condicionam e determinam a qualidade de vida das pessoas, em diferentes grupos de classes sociais. A fala a seguir dá uma compreensão desse entendimento pelos profissionais:

[...] porque tem um choque muito grande, a gente percebe que as pessoas vêm maquiadas pra gente, a gente pensa que é uma coisa, mas quando a gente vê é outra coisa, bem outra [...] então é a partir de tu conhecer a comunidade, ir fazer a visita assim, que tu vê o que tu tem que trabalhar e tu sai do teu mudinho da sala de aula, de tudo perfeito, assim tu tem um choque, mas é um belo momento. [...] e a gente não tem noção do meio que ela vive, quando a gente sai é quando temos o maior contado com a comunidade, como ela vive, o que ela precisa e quais as maiores necessidades. (Hortência - ESF Cinza).

Quanto à questão dos fatores econômicos implicados na diferença de classe social dos estudantes e usuários, os profissionais tecem alguns comentários. Uns negam diferenças de classes existentes entre sujeitos e que impliquem na construção de um conhecimento coletivo e de práticas de saúde voltadas a integralidade da atenção à saúde. Outros declaram existir tensões denotadas no encontro desses, alguns deles se referindo mais propriamente aos estudantes do curso de medicina.

No entanto, percebem que esse encontro é um importante momento, pois possibilita que as trocas se constituem em um processo de conscientização da responsabilidade social que os profissionais de saúde devem estar imbuídos às pessoas e grupos sob seus cuidados, independente da classe social a que pertencem.

Dentre as falas que melhor explicitam o trazido essa questão é quando falam sobre a visão dos usuários sobre os estudantes em estágios, “[...] o aluno da UNISC, é um aluno rico e um aluno que não passa trabalho nenhum” (Acácia - ESF Verde), ou ainda referindo-se aos profissionais da medicina “No Brasil, mais especificamente a medicina é muito financeira [...] a maioria não quer trabalhar por uma questão financeira.” (Violeta - ESF Roxo).

Para os profissionais de saúde, os estudantes “se chocam” e “gera um baque neles”, escutando muitas vezes dos próprios estudantes, “[...] ai a gente ainda reclama da vida, olha só como vivem e ainda a gente com tudo o que a gente tem, a gente [...] eu ouvi isso muito dos alunos da medicina e da enfermagem também” (Camélia - ESF Laranja), quando o estudante vem realizar suas atividades práticas nos territórios de saúde da família.

Aos que acreditam não haver embates de classes sociais entre os estudantes e comunidade durante suas práticas de aprendizagem, direcionam suas falas para outros termos, tais como “perfil”, “visão”, “proposta do aluno” e “postura” quando se referem aos conflitos das relações estabelecidas entre os mesmos e o distanciamento de um processo de aprendizagem voltado as necessidades e interesses da coletividade. Conforme as falas: “acho ótimo, eu posso dizer, que tem algumas pessoas que tem perfil, que gostam e outras que não e evitam, querem ficar aqui dentro, com menos contato”.(Hortência - ESF Cinza); “depende muito da postura do aluno”(Violeta - ESF Roxo).Ou ainda quando dizem que “depende muita da proposta do aluno e da visão para com sua profissão” (Camélia - ESF Laranja).

Apesar de tais designações com outros termos serem ditas na possível substituição ao que podemos chamar de “lutas de classes”, o espaço das práticas educativas, dadas pelo encontro com o outro, possibilita na percepção desses profissionais, um importante aprendizado, referindo que “consegue ter uma visão diferenciada, ultrapassa o muro do posto [...] consegue ver a realidade dele.”(Orquídea - ESF Rosa).

Corroborando a fala de outra profissional quando diz: “sabe, tem haver muito com o acadêmico, de produzir, de querer fazer, de fazer esse movimento de mudança de percepção das coisas, assim [...] é querer fazer alguma coisa, é querer mudar.” (Margarida - ESF Lilás), identificando assim a autonomia dos sujeitos que está implicada nesse processo de aprendizagem.

No entanto, existe um conjunto de práticas em saúde que são elencadas como importantes na experiência de formação, quando elevadas a formarem significados coletivos do poder que existe na ação e na interação do estudante com pessoas da comunidade. Suas declarações falam da importância das práticas de saúde no processo de formação, onde

possibilite o encontro com o outro, em espaços diferentes do serviço de saúde, tais como nas casas, na rua, na escola, no centro comunitário da comunidade, ou em outros espaços coletivos formados dentro do território. Como expressado abaixo:

[...] quanto mais longe da unidade, eu acho que esse tipo de educação consegue esse objetivo, porque dentro da unidade ele ainda vem muito focado pra questão técnica, clínica, de fazer procedimento, e é isso o que ele quer, por exemplo, o aluno de medicina ele não quer se envolver com o grupo, ele quer fazer consulta, o aluno de enfermagem não quer fazer grupo, ele quer fazer pré-câncer, até o técnico de enfermagem, que é um profissional de enfermagem que eu acho que pode contribuir muito pra esse processo, ele quer fazer a técnica, ele quer fazer o procedimento, então quando a gente sai de dentro da parede, de dentro do serviço e vai pra fora, e pra fora mesmo, fora do serviço, eu vejo que o envolvimento é maior. (Violeta - ESF Roxo).

Os grupos de educação em saúde, as reuniões de comunidade, o acolhimento, grupo de caminhadas, atividades na escola, as visitas domiciliares e até as consultas, são as práticas de cuidados em saúde apontadas pelos profissionais nesse estudo, como as de mais potencial na aproximação do estudante à realidade da comunidade e como possíveis espaços de práticas de educação popular em saúde, por se constituírem lugares de problematização, escuta, diálogo, mediadas quase sempre por um educador, um profissional da saúde ou um membro da comunidade que trabalhe diretamente com as questões da saúde, entre eles se destaca o agente comunitário de saúde.

Tais práticas de saúde são atribuições estabelecidas atualmente aos profissionais de saúde que atuam em territórios de saúde da família e que os estudantes em estágios são orientados por esses profissionais a experienciar.

Neste contexto, apesar dos profissionais de saúde num primeiro momento ter dificuldade de identificar os espaços de cuidados em que se considerem os princípios da educação popular, como amorosidade, a espiritualidade, a problematização, o diálogo, a construção compartilhada do conhecimento em suas práticas de saúde, passam após um período de conversa e diálogo com a pesquisadora a reconhecê-los e percebê-los como lugar de práticas de mediação muito positiva em seu trabalho na comunidade, pelas possibilidades de conhecer a realidade da comunidade, por ser lugar que se constitui na responsabilidade com o outro, por proporcionarem a interação e o vínculo entre os profissionais e a comunidade, além de se constituírem momentos de escuta e trocas entre as pessoas.

No entanto, suas falas a respeito de suas considerações sobre a educação popular na saúde, ainda mostram o longo caminho a ser trilhado na construção de metodologias que se

baseiem em um processo coletivo de construção do conhecimento, quando dizem que “*essa educação popular, ainda eles não participam, não reivindicam os direitos*” (Bromélia - ESF Azul), referindo-se a participação da comunidade. E que os “*cuidados mais caseiros estão se perdendo*” (Lavanda - ESF Amarelo), falando sobre a mudança de hábitos mais antigos de cuidado de saúde da comunidade.

E a percepção do distanciamento de metodologias baseadas na educação popular no processo de formação profissional em saúde:

[...] a formação ainda não esta voltada pra esse fim, nem de cursos que levantam muito essa bandeira, como o da enfermagem [...] porque a educação popular não é difundida culturalmente, ela está nas entrelinhas, mas ela não tem um patamar, assim tipo, vamos fazer educação popular. [...] Eu penso que a educação popular mais contribui do que atrapalha [...] a educação popular não pode ter regras, tem que ter é combinações, a equipe tem que estar envolvida, tem que ser todo mundo. (Violeta - ESF Roxo).

Todavia, consideram importantes tais metodologias no processo de formação profissional em saúde, como uma prática que permite a reflexão das práticas de cuidados em saúde, no cotidiano do trabalho em saúde, como na fala abaixo:

Acho muito importante, porem é pouco focado, porque é uma coisa que acontece no dia a dia, mas vezes a gente não para pra pensar, até de fazer que aluno perceba isso, também a gente não percebe, a gente cai tanto na rotina assim, mas com certeza é importante. (Lavanda - ESF Amarelo).

Além de considerarem também importante a dimensão da cultura, no processo de formação, quando representada na fala que diz que “*o aluno deve respeitar essa cultura popular*”. (Orquídea - ESF Rosa).

É assim que finalizamos nossos diálogos com esse grupo de profissionais de saúde, no campo das práticas, no entanto, sem concluir nossas interpretações em relação a essa questão do estudo. É necessário à escuta de outras vozes. Entram em cena os diálogos com pessoas relevantes no processo de formação profissional, do campo acadêmico.

Eis o primeiro desafio, eger as pessoas relevantes, já que podemos considerar que todos os sujeitos contribuem de maneiras variadas, tendo cada qual sua importância, por isso, optou-se por educadores/docentes que tivessem tanto no meio acadêmico como no campo das práticas, papéis expressivos no processo de formação profissional em saúde nas práticas dos territórios de Saúde da Família. Critério esse relacionado à compreensão do fato social pesquisado, não tendo prioridade o critério numérico e sem preocupações com generalizações.

Que conforme Bauer e Gaskell (2004, p.68), reforça essa posição quando descreve que a “finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões, ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão”.

Os diálogos no campo acadêmico foram realizados com três educadores/docentes que tem relação com os campos de práticas no processo de formação profissional em saúde com diferentes papéis no processo de ensino aprendizagem e que representam em sua totalidade, um conjunto de atividades e experiências que contribuem para a reflexão do tema em estudo.

A primeira pessoa relevante é uma profissional odontóloga, docente da universidade local, orientadora de campo de práticas nas Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul, e que atualmente ocupa o cargo de Coordenadora da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) representando a universidade local. O segundo é um profissional médico, docente da universidade, orientador de práticas de estágios curriculares do curso de medicina e que ocupa atualmente o cargo de Coordenador de Estágios de Saúde Coletiva da medicina da universidade local. E a terceira é uma profissional pedagoga, que ocupa o cargo de Coordenadora Pedagógica do curso de medicina, da mesma universidade.

O conjunto de informações desses diálogos foi muito densos, dado à larga experiência dos educadores/docentes nesse processo de formação profissional e o que no momento se configura os elementos que constituem a formação profissional em saúde. Então, passamos a descrever uma a uma, suas opiniões e relatos sobre o processo de formação profissional em saúde e as possibilidades do uso de metodologias baseadas em práticas de educação popular em saúde, buscando um processo reflexivo teórico sobre suas posições frente ao revelado em nosso diálogo. Para que posteriormente possa trazer uma variedade de pontos divergentes ou convergentes nas experiências relatadas pelos próprios estudantes em formação em saúde e que se converta em um conjunto de elementos significativos da prática de ensino-aprendizagem.

A odontóloga, coordenadora da CIES, agenda e me recebe prontamente em sua sala na própria universidade. Como já éramos conhecidas dos campos de práticas, não exige maiores apresentações e ela me acolhe com o propósito do estudo, bastante interessada e disposta a contribuir.

Seguindo os objetivos da conversa, buscando selecionar os campos e os sujeitos estudantes com maior potencial a contribuir com estudo, a educadora/docente, em um primeiro momento, revela não conseguir visualizar estudantes em formação imersos em práticas de educação popular em saúde, como metodologia de aprendizagem. Pensa que as

atividades dos estudantes em práticas de estágios curriculares estão mais relacionadas em atividades de educação em saúde, inseridos em atividades desenvolvidas com a própria equipe de saúde da unidade de ESF. Acredita que o desenvolvimento de práticas de Educação Popular em Saúde está mais relacionado em atividades de projetos de extensão universitária, apontando ser de seu conhecimento um dos projetos de extensão da universidade local, o “*Projeto de Atenção à Criança*”, como um possível trabalho educativo que possa estar sendo usadas metodologias baseadas em Educação Popular.

Sua opinião é positiva sobre a formação profissional em saúde ser mediada em práticas de educação popular em saúde como método de ensino e aprendizagem e relata ser o ponto principal desse método a criação do “*vínculo*”, entre o estudante e a comunidade. Exemplifica que esse vínculo estão inscritas em atividades de estágios em que os estudantes experienciam, como reunião de comunidade, grupos de educação em saúde, como as realizadas com gestantes em atividades de cuidados com a beleza na melhora da auto-estima, trabalhos com chás, referindo-se a oficinas em que estudantes e comunidade constroem um conjunto de conhecimentos do uso de chás, suas indicações e posologias.

Tais metodologias evidenciadas com base em práticas de educação popular, vem ao encontro das já citadas pelos profissionais de saúde, compõe um conjunto de práticas inscritas com potencialidade a responder as mudanças nos modelos de atenção instituído e ampliação do direito do usuário em relação a outras opções terapêuticas, numa abordagem com vistas a integralidade da atenção à saúde.

Todavia essa dicotomia da leitura institucional, do campo acadêmico, evidenciada pela educadora, entre ensino e extensão, ao caracterizar esse conjunto de práticas correspondente apenas ao componente extensão ou ainda de um coletivo dos serviços de saúde, distante do componente ensino no processo de formação em saúde, acaba por relativizar e distanciar metodologias de educação popular no ensino de formação profissional em saúde. O que, por conseguinte não propicia as potencialidades disponíveis dessa metodologia para uma formação com vistas à integralidade à atenção à saúde.

Ao final de nosso diálogo, a docente profissional em um processo bastante reflexivo sobre como está sendo realizada a formação profissional em saúde nos territórios de saúde da família, me olha e lança o seguinte questionamento. “*Como será que funcionam as equipes de saúde da família para receber o aluno em formação?*”, referindo-se os estágios curriculares.

É com a disposição de responder a esse e a outros questionamentos propostos no estudo, que continuou a busca, pela escuta de outras vozes.

O segundo diálogo com o profissional médico, educador/docente e coordenador dos estágios de saúde coletiva da medicina, foi também agendado e realizado nas dependências universitárias do curso de medicina. Conhecido da pesquisadora, na aproximação do campo e da formação de estudantes, por seu jeito bastante receptivo e de engajamento nas lutas por uma medicina de maior acesso e de qualidade, denotado pela preocupação constante na organização de estágios curriculares da medicina em saúde coletiva, inicia a conversa de maneira bastante informal, já trazendo indignações das relações profissionais, que logo já se convergem para um ambiente propício ao nosso diálogo.

Em seu entendimento, educação popular é um processo de “*interação*” entre os saberes, acredita ser necessária reciprocidade de escuta, tanto entre os intelectuais quanto das pessoas da comunidade “*é uma mão de duas vias*”, e assim o grupo coletivamente apreende mais sobre um determinado conhecimento.

Pergunto como vê esse processo com os estudantes a qual supervisiona, aqui especificamente da medicina. O mesmo relata que a intenção do estágio é que ocorram esses momentos de trocas, mas que é difícil determinar local de ocorrência, pois muitas vezes não nos damos conta que estamos fazendo processos de mediação de conhecimento como professores e por isso essa percepção para os estudantes pode ser ainda mais difícil.

Ele comenta que durante os estágios de medicina por semestre encontra uma grande diferença de compreensão da realidade entre estudantes dos primeiros semestres para os estudantes de semestres finais, quando na fase de internato, pois ao final considera que já existe um amadurecimento teórico e de experiência destes estudantes, sendo capazes de compreender melhor o contexto comunitário em que está inserido.

Falando sobre o que leva a aproximação e o interesse dos estudantes à realidade comunitária, o mesmo pensa que a história de vida pregressa, a cultura e os modos de vida são fatores que influenciam nessa vinculação.

Fala, em relação aos estudantes de medicina, que esses e o fator socioeconômico, participam também em uma “*seleção*” de estudantes que ingressam no curso, pois tendo melhores condições financeiras, tem melhores condições de realizar cursinhos preparatórios e pagar os estudos, tendo assim esses, uma entrada maior dentro da universidade, nessa formação, em relação a estudantes de classes populares.

Isso para ele também pode influenciar num padrão socioeconômico da categoria, que dificilmente o deixará baixar o padrão de vida desses profissionais, muitas vezes não os interessando o trabalho com saúde pública em comunidades, onde os salários em geral são

mais baixos e também por não se identificar por problemas de populações de baixa renda, que não foram comuns em sua vida pessoal e de seu padrão de vida familiar. Acaba com isso formando profissionais médicos voltados a especialidades e não ao cuidado da saúde integral de uma comunidade, que utiliza serviços de saúde pública, que na grande maioria tem um padrão sócio econômico mais baixo.

Aponta como experiências positivas a fim de reverter esse problema, exemplos de outros países que conseguiram implementar sistemas de saúde fortalecidos na atenção primária em saúde, como o Canadá, com a implementação e a criação de cursos de medicina em comunidades de difícil acesso, por exemplo nas áreas rurais e mais próximos de comunidades com carência desse profissional, fazendo que durante seu processo de formação pudesse criar mais vínculos em seu território e contribuindo para sua permanência após sua formação, desenvolvendo seu trabalho nessas comunidades. Outra possibilidade de mudança que aponta é inclusão prevista de mais um ano de saúde comunitária na formação de especialidades médicas diversas, tendo esse profissional também a oportunidade de aproximar-se dos diversos fatores do processo saúde-doença de uma comunidade.

Ao que se refere à integralidade do cuidado, faz referência positivas ao modelo de atenção à saúde atual no Brasil, com as Estratégias de Saúde da Família, pois coloca o profissional médico em processo de trabalho com outros profissionais de saúde, aumentando as chances de melhorar os indicadores de saúde, por terem a possibilidade de contar com a contribuição de diversos olhares sobre um problema de saúde.

Pergunto se lembra de alguma experiência de educação popular em saúde ocorrida em seu trabalho nas Estratégias de Saúde da Família, o mesmo comenta que infelizmente desconhece, pois caso tivesse “*saltaria aos olhos*”, mas que acredita haver momentos de processos de mediação entre os conhecimentos, (método esse que refere tentar realizar com seus estudantes), entre as atividades desenvolvidas, mas que é difícil ter noção do exato momento que ocorre.

Por fim, pergunto se é possível o uso de metodologias tais como a baseada na educação popular em saúde no processo de formação profissional em saúde e que importância isso teria? O mesmo, fala que é possível, mas que deve ser mais bem discutido e precisa ser trazido para a reorganização do currículo do curso, podendo contribuir para uma aproximação maior do estudante a realidade comunitária e vice-versa.

E o último diálogo, foi realizado com a profissional pedagoga, que desde 2003 vem trabalhando na organização pedagógica do curso de medicina da universidade local, que teve seu início no ano de 2006.

Essa educadora é filha de um médico de uma cidade do interior do estado e irmã de uma profissional enfermeira, o que para ela lhe aproxima do campo da saúde, em seus estudos na área da educação. Com um jeito muito meigo, fala delicada e de grande propriedade, iniciamos nosso diálogo.

Começo perguntando que significado tem da educação popular para ela? A mesma começa fazendo referência ao educador Paulo Freire. Fala que a Educação Popular têm em seu gênese as teorias do autor. Refere-se à Educação popular como um processo de emancipação de uma comunidade e de pessoas, a partir da mediação entre os conhecimentos científicos e o conhecimento popular, no sentido de que as pessoas possam ter seu conhecimento valorizado, que as pessoas possam ter voz e serem agentes, naquilo que acredita. Nesse processo os intelectuais problematizam, inserindo provocações as questões do cotidiano e contribuindo para num pensamento crítico das pessoas. Ao refletirem com outros e com base em outros conhecimentos, que ainda não lhe foi oportunizado, elevam a consciência a outra esfera e permite perceber a realidade a qual estão inseridas.

Ao ser questionada sobre como percebe a presença ou aproximação na prática educativa de metodologias de educação popular no curso de medicina? Faz um relato interessante do percurso histórico sobre a formação médica na nossa sociedade e de como essa se reflete ainda hoje nesse processo. Para ela, a formação de médicos tem uma tradição milenar de ser biologista e centrada em hospitais, onde as ciências biológicas e as especialidades médicas tiveram muita força, consolidando uma visão norte-americana que foi copiada por muitos países, inclusive pelo Brasil.

Para ela, essa formação de influência norte-americana inclusive fez ser abandonada, por um longo período, por muitos países, incluindo o Brasil, toda a formação clássica inicial do médico, que se dava na Europa e na antiguidade, *“daquele profissional comprometido com o sujeito, que fazia a medicina na beira do leito e que compreendia a cultura popular”*. Fato esse que se comprova para ela a partir de uma portaria adotada no Brasil, em meados de 1969, com conteúdos mínimos que deveriam ser cumpridos na formação das áreas médicas, objetivando uniformizar a formação e distanciando a formação da emancipação popular. Isso porque não era objetivo e de interesse governamental no Brasil, que na época vivenciava a ditadura militar, onde todo processo de libertação e de aproximação com a cultura popular,

era considerado perigoso aos paradigmas desse tipo de governo. Influenciou assim uma formação médica bem tradicional e distante da comunidade, onde o médico foi adquirindo *status*, por ser uma profissão com mais anos de estudos e com isso exercendo um poder, impondo-se a designar e determinar as ações dos outros profissionais da equipe.

Acredita que a medicina é o último curso da área da saúde que vem romper com essa tradição e buscar um movimento de mudança. Percebendo ao longo do tempo, pelos estudos que faz, que outras profissões como a psicologia, o serviço social e a enfermagem, conseguiram romper muito antes com esse enfoque biológico da formação e aproximando a profissão com a cultura popular, com as questões sociológicas e éticas da convivência. Menciona como importante o movimento da reforma sanitária nesse processo, mas que esses ainda não tinham as características de uma formação interdisciplinar, onde todos os saberes têm seu valor e onde uma equipe deve atuar de forma compartilhada e integrada.

Aponta as novas diretrizes curriculares da área da saúde, como ponto de partida para a elaboração do projeto pedagógico, destacando o enfoque que essas favorecem para uma formação profissional que seja comprometida socialmente, que considere o ser humano como um todo e que compreenda o Sistema Único de Saúde do Brasil. Ressalta as novas alterações que as diretrizes curriculares de 2001 tiveram no ano de 2014, destacando a inclusão da educação em saúde, como um dos fatores mais importante.

Todavia identifica uma lacuna significativa, entre as diretrizes no campo conceitual e no campo prático. No curso de medicina aponta que a formação dos professores médicos, que ainda tiveram sua própria formação no modelo tradicional, encontram dificuldades de superar essa necessidade de mudança, o que acaba na prática educativa desses, reproduzido o modelo tradicional de formação.

É através da educação continuada, do trabalho tutorial multidisciplinar e interdisciplinar, que o curso de medicina a qual está vinculada, busca contribuir para diminuir as dificuldades desses profissionais, quanto ao seu papel de educador. Relata que nesse processo educativo dos professores usam as bases teóricas de Paulo Freire, para reflexão do processo de autonomia e emancipação dos estudantes. Ainda a proposta pedagógica que vem desenvolvendo no processo de formação profissional médica, busca no trabalho de extensão universitária, na inclusão de carga horária com conteúdos das ciências sociais, a possibilidade dos estudantes perceberem os sujeitos no contexto social da comunidade. Também aponta o uso de metodologias ativas na área da saúde, como a Aprendizagem Baseada em Problemas, como uma possibilidade de refletir teoria e prática ao mesmo tempo, através dos grupos de

tutoriais. Assim, acredita que ainda existe um longo caminho a ser percorrido, mas que já percebe avanços.

Outra dificuldade relatada quanto a um processo de formação multiprofissional e interdisciplinar é o problema relacionado a conciliar às diferentes cargas horárias e turnos de funcionamento dos cursos da saúde, o que dificulta uma formação mais coletiva dos profissionais em saúde.

Fala da importância da integração das universidades e de secretarias de saúde possibilitando a ampliação de diferentes campos de estágios, assim permitindo aos estudantes vivenciarem diferentes contextos sociais e culturais. E também de espaços de discussão dentro da própria universidade, sobre a viabilidade da construção de projetos políticos pedagógicos mais integrados entre os cursos da saúde, identificando as possibilidades práticas dessas ações multidisciplinar e interdisciplinar.

Quando perguntada a respeito das práticas de educação popular em saúde no processo de formação profissional, traz relatos de experiências de outras universidades, assistidas em congressos que participou, tais como: as de inserção comunitária com a criação de um sistema de purificação de água, através de pesquisa junto com os moradores de uma comunidade, exposição fotográfica de leituras sobre o Sistema Único de Saúde, com conceituação coletiva de estudantes e comunidade, entre outras. Faz aqui uma menção a riqueza das experiências da região nordeste do Brasil em experiências de educação popular, que para ela as soluções dos problemas são mais criativas, devido às condições de vida ser mais restritas, permitindo que os estudantes e a comunidade encontrem soluções alternativas aos problemas existentes.

Na fala da educadora, podemos identificar quanto à diferença de classe social dos estudantes da medicina quando diz: *“o que temos de bom, é o perfil diferente de alunos, temos alunos do PROUNI, filhos de agricultores que tem dificuldades em se manter na instituição e eles convivem, tem momentos de trocas”*. Relata também, que os estudantes do curso de medicina da universidade local, são oriundos em sua maioria de outras cidades do estado e do país, assim possibilita compartilharem culturas e valores.

Ao final dos diálogos com os educadores/docentes observam-se quatro palavras chaves do significado da importância da educação popular como método de ensino e aprendizagem nas práticas em saúde para esses educadores, que são *“vínculo, interação, emancipação e mediação”*, todos eles relacionados aos princípios da educação popular, portanto, sendo positivas suas interpretações, mas que, no entanto, teve cada definição identificada por um educador com trajetórias e formações diferentes, o que nos leva a novos processos reflexivos

de quanto à formação e o caminho percorrido por cada profissional, significa diferentes olhares, aproximações e incorporações em suas práticas dos princípios da educação popular, sendo necessário, nesse caso maiores aprofundamento nessa perspectiva, para maiores afirmações.

Em uma análise, de todos os diálogos realizados com os profissionais de saúde, representando o campo das práticas e dos educadores/docentes do campo acadêmico, podemos considerar um conjunto de elementos que retratam no coletivo o pensamento que esses sujeitos têm em relação à formação profissional em saúde e as relações que fazem com metodologias baseadas em práticas de educação popular em saúde:

- Evidenciam as contradições existentes entre o desejo de uma mobilização social e participação da comunidade no campo da saúde, e a criação de espaços permanentes de discussões coletivas, conforme atribuições profissionais e garantias constitucionais da participação comunitária, inclusive sendo restrita, a experiência do eestudante em formação nessa dimensão política;

- Convergem para a importância de adotar metodologias participativas e mediadas como as práticas de educação popular em saúde no processo educativo, no entanto, as consideram pouco discutidas e por isso não entendida, percebida e adotada, no cotidiano das práticas de saúde e no processo de formação profissional, sendo necessário inscreve-las nas bases curriculares dos cursos da saúde;

- Convergem para que os espaços mais propícios desses encontros, de valorização das práticas de educação popular em saúde, estão no contexto das atividades de educação em saúde e ou em projetos de extensão universitária;

- Convergem para o pensamento que a imersão dos estudantes em campo de estágio, mais próximo do cotidiano da vida das pessoas, possibilita observar e compreender outras realidades, favorecendo um processo de conscientização do papel social do profissional de saúde, dada pelos vínculos e responsabilidade que se estabelece e assume com o outro;

- Convergem para que ao conhecerem a realidade do outro, por processos de problematização das questões da saúde, escuta e diálogo, desenvolvem habilidades e significados diferenciados para identificar reais necessidades em saúde das pessoas, o que possibilita uma prática profissional que valorize o saber e a cultura dos grupos, tendo como objetivo a integralidade da atenção à saúde;

- Convergem, apesar das contradições evidenciadas em algumas falas, que existe um conjunto de fatores econômicos que evidenciam classes sociais diferentes entre estudantes e comunidade, mas que nesse processo educativo, as diferenças e os embates das classes sociais desses sujeitos, surgem momentos possíveis de transformação coletiva ou de resistência das classes mais oprimidas.

E assim finalizam as importantes contribuições dos diálogos com as pessoas relevantes do campo das práticas e do campo acadêmico, que serão trazidos as interpretações conclusivas desse estudo.

Reconhecendo os sujeitos

Os objetivos da primeira fase do estudo se concretizam após esse percurso, que mesmo ciente, de que outros diferentes sujeitos e vozes poderiam contribuir para esse processo reflexivo, consegue-se nesse momento elencar um conjunto de possíveis práticas de educação popular em saúde, em diversos territórios de saúde da família e um contingente de estudantes imersos nesse processo de formação profissional, vivendo e experienciando esses encontros com os diferentes sujeitos, nas práticas de ensino-aprendizagem.

Conforme os critérios pré-estabelecidos na construção metodológica do estudo, é encontrado na fase exploratória um conjunto de possíveis espaços/práticas de educação popular em saúde e de estudantes do curso de graduação em saúde experienciando esse processo de ensino aprendizagem, nos territórios de saúde da Família de Santa Cruz do Sul, no período equivalente ao primeiro semestre de 2014. Representa esse grupo o conjunto de nove espaços/práticas de educação popular em saúde elencadas, de oito territórios de Saúde da Família. E onze sujeitos estudantes, de oito categorias profissionais, selecionados e convidados a participarem com suas contribuições no estudo da temática. Conforme quadro abaixo:

Quadro 6 – Espaço/práticas de educação popular em saúde, campo ESF e categorias profissionais elencadas.

ESPAÇO/PRÁTICA DE EDUCAÇÃO POPULAR ELENCADEA	CAMPO ESF	CURSO
Grupo de Educação em Saúde	ESF Laranja	Odontologia
Saúde na Escola	ESF Roxo	Farmácia
	ESF Roxo	Educação Física

	ESF Rosa	Farmácia
Grupo Comunitário do Romeu	ESF Lilás	Psicologia
Visita Domiciliar	ESF Vermelho	Enfermagem
	ESF Cinza	Psicologia
	ESF Laranja	Nutrição
Acolhimento	ESF Roxo	Medicina
Reunião de comunidade	ESF Cinza	Psicologia
Trabalho de Inclusão dos PCDs	ESF Amarelo	Fisioterapia
Grupo de Caminhada	ESF Branco	Educação Física
Projeto Comunitário Semear	ESF Vermelho	Enfermagem

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora para organizar espaços/práticas de EP, territórios e categorias profissionais, conforme critérios estabelecidos na metodologia do estudo.

Os convites aos sujeitos/estudantes para participarem das fases seguintes do estudo, foram realizados pessoalmente, por telefone e por meio eletrônico. Constituiu-se um grupo virtual no facebook, para compartilhar outras informações, material e estabelecer um meio de comunicação de fácil acesso a todos. Desses, acolheu o convite, interessou-se na discussão e esclarecimento do problema desse estudo com suas contribuições, o seguinte grupo: seis estudantes, representando as seguintes categorias profissionais odontologia, enfermagem, medicina, psicologia, educação física e nutrição.

Conforme o terceiro procedimento dessa primeira fase, o grupo respondeu a um questionário contendo variáveis padrão, a fim de obter dados do grupo dos sujeitos, quanto seus dados pessoais, socioeconômicos e da sua formação profissional. Dessa forma podemos caracterizar o grupo desses sujeitos/estudantes participantes da seguinte forma, conforme o quadro abaixo:

Quadro 7 - Categorização de variáveis padrão dos sujeitos estudantes

Sujeito	Idade	Cor	Curso	Estado Civil	Renda	Cidade	Formação anterior
A	32	Branca	Psicologia	Solteira	Nenhuma	Santa Cruz do Sul/RS	Massoterapeuta
B	31	Branca	Nutrição	Solteira	Até 02 salários mínimos	Salto do Jacuí/RS	Técnico de Segurança do Trabalho
C	20	Branca	Educação Física	Solteira	Até 01 salário mínimo	Boqueirão do Leão/RS	Não
D	20	Branca	Odontologia	Solteira	Nenhuma	Rodeio Bonito/RS	Não
E	32	Branca	Medicina	Casada	Nenhuma	Santana do Livramento/RS	Administração de Empresas

F	29	Branca	Enfermagem	Solteira	Não informou	Taquari/RS	Técnico de Enfermagem
---	----	--------	------------	----------	--------------	------------	-----------------------

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora para tabulação das variáveis padrão dos sujeitos estudantes participantes do estudo.

O coletivo dos sujeitos estudantes se caracteriza por um grupo de jovens mulheres, entre vinte e trinta e dois anos. A maioria delas solteiras, declaradas brancas, oriundas de outros municípios de estado do Rio Grande do Sul, com exceção de uma delas que é natural desse município.

Representa um dado representativo importante, por retratar nessa pequena parcela, a inserção da mulher no mundo acadêmico e a importância que tem a universidade quanto a sua abrangência e no olhar atento que deve ter quanto à formação de profissionais que atendam as demandas de suas regiões, pois ao atrair estudantes de diversos lugares, com culturas e modos de vida diferentes, requer um projeto político pedagógico que dê conta das diversidades dos contextos, que os futuros profissionais irão realizar suas práticas de cuidados em saúde.

Quanto aos dados sócios econômicos, evidenciamos que a maioria mora em casa ou apartamento, com sua família, usam variados meio de transporte, tanto próprio, quanto transporte coletivo. Fazem suas refeições em seus domicílios ou na própria universidade. A maioria não trabalha e somente uma delas tem vida financeira independente. A maioria, portanto não tem remuneração e as que têm é de até dois salários mínimo, em empregos vinculados ao governo municipal, estadual ou federal. Assim a maioria é sustentada pela família e seus estudos pagos por essas ou por bolsas de estudos, tais como Programa Universitária para Todos (ProUni), Programa de Bolsas de Ensino, Pesquisa e Extensão, ou financiamento pelo Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), quase todos os sujeitos são oriundas de escolas públicas a nível fundamental e médio, apenas uma delas vinda de escola particular.

Quanto à formação atual, a maioria já tem mais de dez semestres em estudos, o que retrata o efetivo critério adotado de seleção dos sujeitos, quanto a terem maior tempo de formação, desenvolvendo assim maior tempo de vinculação nas comunidades dos territórios de saúde da família. A maioria relata ser essa sua primeira opção de escolha profissional, sendo que, as que não tiveram como primeira escolha justificaram a opção de cursar, por terem interesse pela área da saúde. O que de fato é retratado quando a maioria responde já terem formações anteriores a essa, e que corresponde na grande parte a áreas ligadas à saúde,

como técnico de enfermagem, massoterapeuta e técnico de segurança do trabalho. Apenas uma com formação em administração de empresas.

Observa-se que apesar de cada sujeito estudante ser num primeiro momento identificado em um determinado território de Saúde da Família, o grupo em seu processo de formação profissional em saúde realiza suas práticas de estágios em vários desses territórios e ainda em outros serviços que tem relação direta com a Atenção Básica, com o NASF.

O grupo considera no conjunto de práticas de cuidados em saúde realizadas em seu processo de formação profissional nos territórios de saúde da família, com interface as práticas de educação popular as visitas domiciliares, educação em saúde na escola, atividades coletivas com os profissionais da equipe de saúde, grupos de educação em saúde, escuta ativa, atividades em espaços comunitários (COPAME, ASAN, CRAS), reunião de comunidade e com a equipe de saúde e grupo de caminhada (atividade física).

Tais informações desse grupo de sujeitos estudantes vêm ao encontro do relatado pelos profissionais de saúde, como também possíveis espaços e práticas de mediação e de educação popular, caracterizando o efetivo critério adotado de identificação dessas nos territórios de saúde e formando um importante conjunto de espaços de aprendizagem nesses territórios de saúde da família.

Buscando informações sobre a participação coletiva dos estudantes, no que retrate a autonomia e protagonismo desses na comunidade e de sua formação em um coletivo interdisciplinar, pela possibilidade de inserção em diferentes instituições durante seu processo de formação profissional, o grupo em sua maioria descreve já terem participado de atividades coletivas em grupos organizados, abrindo o leque para espaços além dos territórios de saúde da família e apontando para ações realizadas em projetos de extensão, como o VER-SUS, discussões relacionadas à saúde na Coordenadoria Regional de Saúde, coordenação do Grupo de medicalização baseado no Guia Gam⁴ e grupos realizado junto ao NASF. Nessas ações descrevem um trabalho coletivo com diferentes sujeitos, tais como profissionais de saúde de

⁴Nos últimos vinte anos, os serviços alternativos de saúde mental do Quebec (Canadá), propuseram uma nova prática: abriram um espaço de fala a respeito da medicação nos serviços e criaram um Guia de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM), que se destina a ajudar as pessoas a refletir sobre o uso de medicamentos, para melhorar a qualidade de vida. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem como objetivo possibilitar que as pessoas tenham autonomia para negociar ativamente os medicamentos que lhes façam bem, assim como acessar outras formas de tratamento. Guia construído por usuários, trabalhadores, pesquisadores e colaboradores implicados com o desenvolvimento da política de saúde mental brasileira. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/guia_da_gestao_autonoma_da_medicao.pdf

várias formações, incluindo os agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, biólogos e outros estudantes de diferentes cursos da área da saúde.

Assim observa-se que esse grupo de sujeitos está inserido em processo de formação, desenvolvido em diferentes espaços, com a participação de variados sujeitos, já despontando pelas suas inserções, como potentes protagonistas dos movimentos de transformações na sociedade, que nesse momento contribui significativamente com sua experiência formativa.

Quanto à seleção dos campos de pesquisa, representado pelos territórios de Saúde da Família, em que esses estudantes imerso em práticas de educação popular em saúde, fica assim composto: cinco territórios de Saúde da Família, representados pelos ESFs Laranja, Roxo, Vermelho, Branco e Cinza.

Atingido o objetivo de identificar os espaços e as práticas de educação popular em saúde experienciadas no processo de formação profissional em saúde nas ESF e selecionar os campos e sujeitos participantes desse processo de construção do conhecimento, passou-se a segunda fase da pesquisa, com o primeiro de três encontros dos sujeitos em grupo focal.

4.2 O Primeiro encontro: A dimensão cultural – Cultura e necessidade em saúde

Ao considerarmos importante a formação dos profissionais da saúde e a influência da cultura do povo em nossa forma de conceber o entendimento de educação no campo da saúde, nossos sujeitos no primeiro encontro do grupo focal, buscaram refletir sobre sua inserção nas práticas de educação em saúde coletiva e em de educação popular.

Segundo Paim e Filho (1998), a saúde coletiva, como espaço da ESF, inicialmente pode ser compreendida por dois campos, que sejam o campo científico e o campo das práticas, em sua análise:

[...] a saúde coletiva como campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde' e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como "setor saúde". (PAIM e FILHO, 1998, pg. 308).

Assim eles problematizaram os elementos referentes aos seus conhecimentos sobre o território de saúde e as necessidades em saúde da população, considerados importantes para entendermos como a cultura influencia os modos de cuidados em saúde e refletem no processo de formação profissional em nossa sociedade.

4.2.1 A inserção dos estudantes nas práticas de educação em saúde coletiva

No processo de formação profissional, o campo científico, se opera na produção de saberes sobre o processo saúde doença, com o estudo teórico nas diferentes disciplinas curriculares dos cursos da saúde. E a inserção dos estudantes no campo das práticas, se configura na realização de ações, contextualizadas cientificamente, que contribuam no desenvolvimento de suas habilidades para o cuidado as pessoas.

Nosso grupo de sujeitos estudantes, em processo de formação apontam diferentes experiências de inserção no campo das práticas, na comunidade:

A minha caminhada na saúde pública veio há bastante tempo. Eu era visitadora do PIM, Programa de Primeira Infância Melhor, no bairro Bom Jesus, é que no Bom Jesus tem dois postos, dois ESF, eu era do Verde e agora fiz seleção para o Cinza, como estagiária mesmo de psicologia. Lá a gente desenvolve ações em saúde, análise institucional, que são duas coisas do curso mesmo, e a minha relação com o bairro também já é, porque eu era bolsista daqui da universidade e trabalhava lá no bairro, então tudo muito junto, a questão de trabalhar na comunidade. (Sujeito A).

Muitos deles já desenvolveram ações em outros campos de estágios, e/ou tiveram outras experiências e aproximações comunitárias como voluntariados e em projetos de extensão universitária. Como enunciado nessa fala:

Sou do PET, e no ano passado eu tive uma experiência no CAPSIA, mas é uma atenção secundária e esta agora, como eu estou na primária é completamente diferente a realidade, conseguir chegar perto, sabe? Tu consegui fazer uma ação para ajudar, para chegar bem próximo e saber por que chegou lá. E daí eu fui convidada para participar de uma pesquisa no ESF Azul, com uma residente de lá, sobre hipertensos e diabéticos, daí fui começar a fazer VD e isso foi me instigando, fui gostando ainda mais dessa área. (Sujeito C).

Em análise podemos perceber que o processo de formação profissional em saúde permite colocar os futuros profissionais com outros sujeitos, em outros contextos sociais e desenvolver diferentes ações em saúde, em suas práticas de formação.

Por isso, a necessidade de articulação entre os diversos atores sociais no processo de formação profissional, para conceber um processo emancipatório, em que a capacidade de pensar e de poder da ação que cada sujeito, dê conta da complexidade do campo da saúde. A cultura assim torna-se um dos pilares de uma revolução, que organizada e socializada, recria e se expande, interferindo no processo de conscientização dos grupos.

Suas trajetórias no processo de formação, no campo das práticas revela a importância da instituição de ensino em pensar a formação sustentada nos pilares do ensino, da pesquisa e da extensão, proporcionando aos estudantes buscar nesses componentes diferentes formas de compreender seu papel como profissional em nossa sociedade.

Ao falarem sobre suas ações nos campos das práticas, percebemos que essas podem se organizar a partir de um processo previamente estabelecido pela instituição de ensino, como a organização curricular dos estágios de campo, mas também pelo próprio sujeito, dadas às experiências prévias de trabalho, às aproximações da vida comunitária que também proporcionam um gosto e um desejo mais intenso ao cuidado integral as populações. Nesse processo educativo, essa busca pela realização profissional e pessoal, vai revelando-os também como um ser social, que no seu fazer, no encontro, aprende e ensina.

A inserção nos campos das práticas em saúde coletiva, dessa forma contribui no campo no conhecimento a esses futuros profissionais, como uma maneira de entender o processo saúde doença das populações, quanto um processo social e pertencente a uma determinada cultura. Onde esse produz e distribui o adoecimento como processo de produção e reprodução social, permitindo analisar as práticas de saúde, com as demais práticas sociais e por fim identificar as necessidades e problemas de saúde da comunidade, buscando uma explicação e organizando formas de enfrentar os problemas coletivamente.

Nesse processo de formação profissional, é necessário que o campo científico e o das práticas possibilitem aos estudantes entender como as diferentes culturas do povo relacionam-se com os diferentes modos de cuidados em saúde, no que se configuram nos hábitos e costumes que as pessoas adquirem ao longo do tempo. Esses, assim, poderão desenvolver seu papel de também educador, ao problematizar hábitos e costumes que cientificamente são maléficis as pessoas, possibilitando um processo de conscientização da população, com vistas a um cuidado de saúde mais autônomo e trazendo novos elementos dos saberes populares para rever os padrões cientificamente seguidos de cuidado.

Entender dessa forma a cultura exige não só um processo de inserção nas práticas, mas uma metodologia de aprendizagem em que possa haver uma mediação desses conhecimentos do campo científico com os conhecimentos advindos do campo das práticas. Nesse contexto, as práticas de educação popular em saúde, desenvolvidas no processo de formação profissional em saúde, possibilita aos estudantes e demais sujeitos, sejam profissionais e/ou as pessoas da comunidade construir novos saberes a cerca do cuidado em saúde nessa comunidade.

4.2.2 Conhecimentos sobre território em saúde

A sociedade atual defende a preservação da vida de forma muito enfática, quanto à necessidade e capacidade técnica dos profissionais que trabalham no setor da saúde. No entanto, o acesso a diagnósticos e tratamentos são difíceis e caros para a maioria da população, em especial aos países em desenvolvimento, o que favorece as populações encontrar meios de resistência e sobrevivência em seu modo de levar a vida.

No processo de formação profissional em saúde, conhecer o território em que vai se desenvolver as práticas de cuidado é uma competência importante a ser atingida, pois permite aos futuros profissionais identificar os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde doença, construindo entendimentos sobre as reais necessidades em saúde da população, não só como demanda, mas também quando essas se apresentam na forma de reivindicações e de resistências em adotarem padrões de cuidados em saúde diferentes dos que não são culturalmente usados.

Isso porque compreender as relações complexas entre o homem e o território, significa conhecer as características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas e sociais, bem como de seus problemas (vulnerabilidades) e potencialidades.

Nas falas dos sujeitos estudantes, a experiência de formação profissional em campo das práticas, permite a esses identificar como as pessoas vivem em culturas diferentes, evidenciando as desigualdades sociais, a vulnerabilidade em que vive a população, denotado em seus conhecimentos sobre o território de saúde em que estavam inseridos. Assim descrevem os territórios:

Então há vulnerabilidade social, casos de incesto, enfim. O bairro em si, mescla um monte de coisa, lógico que tem as pessoas trabalhadoras que buscam melhorar a si. O ESF trabalha muito com uma ação integral, precisam muito do serviço e é uma população que é muito queixosa, dá para descrever o bairro como uma população bem queixosa assim [...] é um bairro onde a insatisfação predomina, a falta de perspectiva. A gente vê bastante casos de vulnerabilidade social. As pessoas que moram principalmente perto da sanga, lá embaixo é bem complicado. (Sujeito A).

Nas falas é possível identificar a compreensão que vão construindo sobre a realidade vivenciada por esses grupos populacionais e a importância que tem o trabalho dos profissionais de saúde nesses territórios. A formação profissional nesse contexto se aproxima do próprio viver do estudante, pelos vínculos que criam ao conhecer essa realidade e a cultura

dessa comunidade, como nessa fala: “*Conheço bastante gente dali, e a gente vai se constituindo ao longo desse tempo assim.*” (Sujeito A).

Dessa forma, elevam o espaço do território, para também um lugar de ação e de possibilidades, dado pelo poder que os grupos organizados desses, têm de transforma-los:

O território é também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente. (GONDIM, MONKEN, *et al.*, 2008, p.2).

Para Barcellos et al. (2002), podemos considerar o território como resultado de um conjunto de situações, históricas, ambientais e sociais e que podem influenciar no processo de adoecimento das pessoas. Portanto, reconhece-lo é uma das medidas para podermos conhecer a população e seus problemas de saúde, assim como para avaliarmos as ações dos serviços de saúde nesse ambiente. Como reafirma Gondim, Monken, *et al.* (2008) nos estudos de (Mendes, 1993; Barcellos e Rojas, 2004):

O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o locus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção. (GONDIM, MONKEN, *et al.*, 2008, p.2).

Portanto, compreender os territórios no processo de formação como espaços e lugares, construídos socialmente de forma dinâmica, permite a esses perceber a importância que o profissional em saúde desempenha na comunidade, tanto no seu fazer técnico, mas também como um ator socialmente responsável pelo cuidado em saúde nessa comunidade.

4.2.3 Conhecimentos sobre as necessidades em saúde

Na dimensão cultural, segundo Thompson identificar as necessidades em saúde como um conjunto de reivindicações da população, permite elevá-las a um campo político, que exige dos sujeitos um processo de organização social, para que essas possam se configurar em políticas públicas a serem adotadas em ações de práticas de cuidado em saúde.

O processo de formação profissional, com base nas práticas de educação popular, permite identificar as necessidades em saúde como um conjunto de fatores que determina os problemas de saúde e instaura em seu processo de aprendizado a construção de saberes coletivos que darão respostas a superação desses.

Ao longo de nossas discussões o grupo vai verbalizando a importância de conhecer o território e os modos de vida da população que estará cuidando, para que possibilite um agir mais próximo das necessidades da população. Como na seguinte fala:

Primeiro conhecer bem a realidade ali, ver quais os problemas[...]. Se tu conhecer o território, tu vai saber qual o problema que a população tem, o que você vai fazer, você vai direcionar o cuidado para a demanda, para a população. (Sujeito F).

É interessante salientar que ao falarmos de necessidades em saúde, inicialmente o grupo apresenta um conjunto de demandas percebidas em seus territórios ao longo de sua experiência de formação, quase todas relacionadas a fatores determinantes e condicionantes do processo de adoecimento, tais como a falta de saneamento, habilitação, trabalho, renda, falta de um projeto de vida, que segundo eles podem levar ao uso de drogas e gravidez na adolescência, além de necessidades dos indivíduos relacionados ao cuidado em saúde mental.

Assim, falam sobre o que percebem sobre as necessidades em saúde: “*Quanto às necessidades de saúde do território em que estive, acrescento: gestação na adolescência e uso de drogas.*” (Sujeito D). E onde se evidencia nessa outra fala:

Necessidade que eu vi era uma coisa puxando mais para a psicologia, em relação à saúde mesmo [...]. Porque eu vejo assim uma insatisfação de em relação à carreira deles ou então por não estarem em uma profissão que gostariam [...] e aí muitas vezes fica trocando de emprego sabe, isso a gente vê bastante e dependendo do caso, como já houve casos, teve gente com depressão né, por causa do trabalho e que daí foi dado os atestados. O psicólogo solicitou[...] e também muitos problemas familiares, muitos conflitos, é o que eu percebi bastante. (Sujeito E).

No entanto, ao longo de nossa discussão, passou-se a observar, a necessidade, também como um desejo e poder da pessoa aceitar ou resistir a um determinado tratamento ou participar de grupos de educação em saúde.

Nas falas do grupo, apresentam primeiramente uma comunidade acomodada em seu meio, como se não tivesse interesse de se transformar e que muitas vezes se mostra impermeável aos profissionais de saúde, não mudando hábitos de saúde, considerados pelas ciências da saúde como os mais adequados. Essa é uma percepção que converge também com as declaradas e já citadas anteriormente, por alguns profissionais de saúde, durante nossos diálogos com pessoas relevantes, na observação de campo das práticas de formação. Como expressado na fala da aluna:

Muitos é comodismo mesmo, não vou sair daqui, eu tenho que limpar a casa, eu não posso ir de manhã porque eu tenho que fazer almoço. De manhã cedo, tinha um grupo de caminhada lá no ESF Laranja, que era cedo, às oito horas saía o grupo de caminhada. Segundas, quartas e sextas, caminhada bem puxada, bem legal e tu via que eram sempre os mesmos, figurinhas carimbadas lá, sempre os mesmos. (Sujeito B).

Na sequência, o grupo começa a revelar sua percepção sobre tal comodismo, apontando uma contradição entre a necessidade em saúde de interesse da população e as ações de saúde dos profissionais para atender essas, ao perceberem que “talvez eles não vejam benefícios que tu acha que eles vão ter.” (Sujeito E), como também “às vezes o interesse parte só de quem está querendo fazer o trabalho e não do grupo.” (Sujeito A).

Um das participantes traz ao coletivo uma reflexão mediada por um profissional da saúde, ocorrida num projeto de extensão, em que permite relacionar esse desinteresse sobre o que está sendo proposto como ações no campo da saúde, com a pouca participação da comunidade: Assim relatado por ela:

É e esse é um tema de grande discussão, por que não participam, lembra colega que no primeiro dia do Versus, a gente teve uma palestra com um psicólogo e ele perguntou pra gente se aquilo que a gente oferecia era realmente interessante ao usuário? Talvez não [...]. Talvez eles entendam que aquilo é um assunto desinteressante para eles e que eles não participam justamente por causa disso. (Sujeito D).

Suas reflexões permeiam seu próprio jeito de inserir-se como sujeito participativo, como evidenciado na fala:

É, eu questionava os demais [...] eu tenho que ficar com a minha neta, eu preciso fazer o meu almoço, preciso organizar as coisas, então pensando em mim mesma, quando eu não quero fazer alguma coisa eu também fico procurando empecilhos.(Sujeito B).

É interessante salientar que o campo científico e o campo das práticas vivenciado no processo de aprendizagem do estudante são organizados no intuito de atender a um conjunto de necessidades em saúde, que pode estar em conflito. Essas podem ser resultados de embates entre interesses da saúde da população, trabalhadores, gestores, políticas públicas, agências financiadoras e etc.

Revela nesse ponto, o quanto o sistema de saúde ainda apresenta restícios do assistencialismo do modelo de atenção à saúde baseado no clientelismo, quando organizam grupos de educação em saúde, atrelando a participação das pessoas a dispensação de medicamentos essenciais ao tratamento, fornecimentos de brindes ou cestas básicas, como na fala a seguir:

Eles iam por micro áreas, mas eles iam em outros dias que não era a micro-área deles, porque eles não gostavam de participar e vão porque eles têm que tomar o remédio, se não, eles não iriam também. Então tem essa coisa, que eles vão ir obrigado ali. (Sujeito C).

Essa questão, de acomodação e resistência das pessoas apareceu como um dos pontos mais debatido, instigante e preocupante desse grupo, nesse encontro. Debatiam sobre seu papel na educação em saúde, seja na organização de grupos, na maneira de motivar a participação das pessoas e as inevitáveis frustrações que vivenciam quando as ações não são aderidas pela população.

Segundo Thompson, outro aspecto da cultura está relacionado ao “não econômico”. Nesse sentido, enquanto o processo do capitalismo e os hábitos não econômicos estão em conflitos, surge à categoria da necessidade, como resistência aos novos padrões de consumo e a desapropriação da vida pela exploração acirrada do trabalho e das imposições tecnológicas e técnicas.

No campo da saúde podemos entender esse processo pela resistência popular em adotar ou submeter-se a procedimentos invasivos, tratamentos sofisticados e ou contínuos, considerados pela ciência tecnológica na área da saúde como inovações revolucionárias na sobrevivência e na ampliação da longevidade.

Assim, mantendo ou utilizando concomitante cuidados ou hábitos de saúde que são costumes repassados por gerações, tais como chás, benzeduras, uso de alimentos ou misturas específicas, meditação, dentre outros, que vão contrários a toda uma lógica do conhecimento técnico racional da ciência moderna e da lógica que o mercado capitalista incorporou nela.

O mapeamento sobre outras práticas de cuidados em saúde, evidenciado nos territórios de ESF, durante seu processo de formação profissional, foram bastante restritas nas falas do grupo, “*eu ouvi uma vez uma paciente falar assim de benzedadeiras, mas eu não sei quem era.*” (Sujeito D).

No entanto, aparece um entendimento positivo às formas populares de cuidados em saúde, mencionando uma das práticas integrativas e complementares, que hoje já se configura como política pública de saúde no Brasil, mas com muita dificuldade de serem implementadas pelo sistema de saúde, como relatado:

No Cinza, veio uma verba pras ESF falando sobre Heiki [...]. É uma verba que vem através de demanda, então foi demandado um pedido para Heiki numa ESF. Porque a profissional que era médica do posto e depois se mudou pro hospitalzinho, ela via isso, que muitas pessoas tinham muitos problemas, mas o problema não era saúde física, então foi pensado o Heiki para lá. (Sujeito A).

No entanto ressaltam que as práticas populares comprovadas cientificamente, como maléfica, devem ser desestimuladas, como na fala a seguir:

Sou a favor, desde que não interfira nas práticas cientificamente comprovadas. Contribui para troca, ao saber de práticas populares, o trabalho é facilitado. (Sujeito E).

Essas opções culturais de manter os hábitos e ritos de cuidados de saúde estão diretamente relacionadas à de manter em seu meio, em sua classe, uma maneira livre da dependência do outro, uma resistência não só por não poder alcançar economicamente as prescrições do saber técnico, mas de conseguir suprir suas necessidades em saúde, independente desse conhecimento, lhe configurando certo grau de autonomia em seu grupo.

Essa resistência, dada pela negação do uso ou consumo das inovações tecnológicas na área da saúde, pode ser analisada por dois aspectos: pela falta de acesso por restrição econômica e/ou de conhecimento e informações das mesmas, influenciando em sua compreensão; ou pela vontade e crença de manter seus hábitos e costumes que foram construindo sua história de cuidados de saúde na vida. É isso, que pode explicar, em parte, quando muitas vezes o acesso à saúde é viável aos indivíduos, mas que esses optam por substituir tratamento ou usá-los concomitantes aos tratamentos tradicionais prescritos.

Esses costumes, na cultura do povo significam uma luta constante pela sobrevivência e manutenção de suas necessidades em saúde, seja individual e/ou do grupo e está

constantemente num embate com os hábitos prescritos pela ciência e pelos profissionais que a fazem com base num processo de formação formal para os cuidados em saúde.

É o saber popular e também o científico, que nesse processo denotam um embate de classe, pois estão em campos diferentes do conhecimento, onde podemos perceber o delineamento de classe, entendido por Thompson (1998) como um fenômeno histórico, e percebido somente quando houver luta de classes, dada pelo agir dos homens, como num processo de transformação.

Esse confronto anunciado nos traços da formação de classe, também configura a esses a sua consciência de classe, que de certo sentido se dá pela cultura do povo em defesa ou preservação de sua saúde, de forma autônoma e independente dos cuidados prescritivos, ou seja, contrários à intrusão dos intelectuais em seu modo de sobrevivência, consolidando seus costumes que servem aos seus interesses.

Essa consciência de pertencer a uma determinada classe é entendida por Thompson (2001) quando:

[...] as pessoas se veem numa estrutura de certo modo, suportam a exploração, identificam os nós dos interesses antagônicos, debatem-se em torno desses mesmos nós e, no curso de tal processo de luta, descobrem a si mesmas como uma classe, vendo, pois a fazer a descoberta da sua consciência de classe. (THOMPSON, 2001, p. 274).

Com isso Thompson não pensa que a formação da classe popular, com entendimentos diferentes, por exemplo, no campo da saúde, seja independente de determinações objetivas ou que possa ser definido apenas como simples fenômeno cultural.

A classe e a consciência de classe, no campo da saúde e especificamente no processo de formação profissional em saúde constituem-se como um processo histórico real, quando se observa os embates e lutas dos saberes populares com os científicos das práticas educativas e assistenciais, com o dos meios sustentados pela população para manutenção da saúde, ou então de seus costumes com o dos meios em que o interesse do capital influencia as ações em saúde.

Por isso, a importância de entender também a não participação e adesão das pessoas ao chamamento dos profissionais de saúde, como aqui proferido pelos sujeitos, como uma resistência de que as ações de saúde que estão sendo desenvolvidas não estão sendo adequadamente apreendidas pela comunidade, seja por não estarem de acordo com suas necessidades em saúde, por imposição de modos prescritivos de cuidados, sem o devido

entendimento e conscientização de sua importância, seja por fatores sócio econômicos ou ainda pelas pessoas terem outras formas de cuidar de sua saúde, ainda não evidenciada e valorizada pela equipe de saúde, não permitindo assim ser mediada nas práticas de formação profissional com os sujeitos estudantes.

Assim, as experiências acadêmicas de formação profissional, são práticas dadas por essa imersão dos estudantes em um território cultural vasto, com muitas contradições e impregnado pelas diferentes relações sociais, devendo ser significadas pelo processo educativo como meios de aproximação da realidade concreta e não como uma forma de consumo de bens culturais.

Contudo, outras categorias podem ser de interesse para compreender o processo de formação profissional na área da saúde, em particular as de ligação à formação de classe, consciência de classe, cultura e história, que possam ser apresentadas pela experiência.

Dessa forma, o segundo encontro dos sujeitos no grupo focal, da sequência a construção coletiva do significado dessa experiência, na dimensão social, em seu processo de formação profissional.

4.3 O Segundo encontro: A dimensão social – A práxis no processo de formação

Na Dimensão Social, considerar metodologias de aprendizagem baseadas na experiência dos estudantes com a realidade concreta da vida, como nas de práticas baseadas na educação popular é importante, para que a formação se configure para além de um profissional de capacidades técnicas específicas da profissão, mas um também agente social, responsável por transformações positivas na sociedade.

Dessa forma, o processo de formação profissional em saúde ainda possibilita aos estudantes compreender o significado que o conceito ampliado de saúde deve desempenhar em suas ações de saúde.

Foi necessário a atual legislação brasileira ampliar o conceito de saúde, considerando-a:

[...] um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2009, p.337).

E assegurando pela Constituição Federal o estabelecimento da saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art.196).

Dessa forma, os conceitos de saúde e doença, e os modos que se preservam ou se propagam na sociedade, foram e ainda são constituídos a partir de interesses implicados em questões econômicas e institucionais, produzindo uma ideologia, que por ser dominante, é também de difícil esclarecimento para a maioria da população. Conforme Marilena Chauí (1993) um dos traços fundamentais dessa ideologia consiste:

[...] justamente, em tomar as ideias como independentes da realidade histórica e social, de modo a fazer com que tais ideias expliquem aquela realidade, quando na verdade é essa realidade que torna compreensíveis as ideias elaboradas. (CHAUÍ, 1993, p.11).

Assim, a ideologia de uma saúde condicionada apenas por fatores biológicos, sem considerar outros fatores que condicionam a produção de doenças, tais como os econômicos e os sociais, que sejam a falta de alimentos, precariedade de moradia, o esforço físico e mental excessivo pelo trabalho, difícil acesso a educação, falta de espaço ao diálogo, participação política e etc., são próprios de um conhecimento restrito sobre a realidade.

Neste contexto, no segundo focal do estudo, os sujeitos estudantes se empenharam na difícil tarefa de identificar e descrever suas experiências nas práticas de educação popular vivenciadas em seu processo de formação profissional em saúde, interpretando e dando significados a essas, através de sua compreensão sobre o contexto vivido, incluindo o significado da saúde em sua práxis educativa.

4.3.1 Descrição das práticas de educação popular no processo de formação profissional em saúde

Os estudantes com os demais sujeitos envolvidos em sua formação profissional, em campos de estágios curriculares e em outras experiências, correspondem a um processo de relações profundas de seres sociais, pois possibilita modificar efetivamente a consciência social e o processo educativo.

A sistematização desse processo de formação, experienciadas nas práticas de educação popular em saúde, discutidas e descritas nesse grupo focal, se desenvolveu como num processo evolutivo, que teve início no primeiro encontro do grupo focal, quando

problematizaram a temática em seu processo de aprendizagem em práticas de educação em saúde coletiva e em educação popular, de maneira que o diálogo entre os sujeitos sobre o assunto permitiu elaborarem suas percepções de como essas foram desenvolvidas em sua formação.

Como já descrito em falas anteriores, pelos profissionais de saúde e pelos educadores, a expressão de “*práticas de educação popular*” num primeiro momento é difícil de ser identificada pelos sujeitos como metodologias desenvolvidas em sua formação. Uma das participantes fala: “*Eu nunca tinha ouvido falar nesses termos, é a primeira vez. Se teve alguma coisa do curso voltado, alguma coisa parecida com educação popular, não foi apresentado como educação popular.*” (Sujeito E). Outra verbaliza nesse mesmo sentido, mas já acrescentando aspectos relacionados ao processo de conscientização das pessoas:

Pra mim também, direcionado como educação popular não havia ainda parado para pensar como educação popular. A gente trabalha, focando no aprendizado da pessoa, que a pessoa vai entender o que tu tá querendo passar, vai explicando determinadas ações e, mas parar para pensar como educação popular também não. (Sujeito B).

No entanto, mesmo o coletivo não reconhecendo o conceito “educação popular”, em seu processo de formação apresentam elementos que configuram metodologias como esta, tais como a valorização do outro, humanização das ações, entender estilo de vida, a importância da cultura no cuidado em saúde. Como explicitado abaixo:

Não. Apenas as falas de alguns professores, que devemos valorizar a opinião dos usuários, ser mais humanos, nos colocar no lugar e entender seu estilo de vida. Mas nada de conceitos específicos sobre educação popular, terapias alternativas e de como devemos abordar o assunto com os usuários. Na realidade eu não conhecia muito ainda, até a gente na sala de aula, a gente escuta as professoras falarem da importância de respeitar a cultura, mas não específico assim. (Sujeito F).

Ao que segue, em nossas discussões sobre o tema em questão, iniciam por evidenciar em suas ações em saúde, momentos em que as práticas de educação popular são experienciadas em seu processo de aprendizagem, elencando as visitas domiciliares, o acolhimento, os grupos de educação em saúde e o trabalho de educação em saúde na escola, como espaços e práticas que propiciam no encontro com o outro, uma troca, um aprendizado mútuo, mediado por educadores e profissionais da equipe de saúde, onde a aproximação com grupos populacionais de cultura e classes diferentes permite compreender seu papel como futuro profissional em saúde. Além de contribuir na conscientização de si, como um ser

social, em seu também papel de educador e cidadão na sociedade em que vive. Descrevem algumas desses espaços e práticas de educação popular em saúde em sua formação profissional em práticas de saúde, da seguinte forma:

- Visitas domiciliares:

As visitas domiciliares são muito importantes porque a gente consegue ver o sujeito, lá no seu contexto. Então às vezes a gente se pergunta assim, mas por que que ele não adere o tratamento, não adere à medicação e existem muitas questões em volta disso do porquê que não. Ele pode não aderir porque ele não entendeu, e isso a gente tem que sempre se perguntar [...] então as visitas domiciliares, elas tem rendido bastante assim pra nós, porque a gente consegue ver o sujeito dentro do contexto dele. E conseguindo ver esse sujeito lá dentro, a gente consegue entender muitas coisas, por que ele não adere, o que que acontece com ele? Quais são os sofrimentos que existe ali e que muitas vezes ele não consegue falar, e que não conseguindo falar o corpo fala, de alguma forma, e o corpo falando acessa a doença e enfim. Então é uma das práticas assim, que eu posso dizer que eu mais gosto de fazer, porque lá a gente consegue entender mesmo. (sujeito A)

Eu vejo a visita domiciliar como sendo uma chave assim pra tudo. Às vezes eles vão meio que empurrados pros postos, pras ESF, muitas vezes por obrigação, muitos tem que pesar a criança por causa da Bolsa Família, daí vai pro ESF meio que na obrigação, mas assim que eles podem, eles também já correm dali. E o profissional indo até a residência, tendo esse contato, ele consegue entender melhor e de repente conseguir trazer de forma mais voluntária essa pessoa para a ESF. (Sujeito B).

- Reunião de comunidade:

Eu tive também a experiência de uma reunião de comunidade, que foi muito boa assim e que rendeu bastante, o atendimento dentro do ESF, do acolhimento e de como é que era, por que há demora, enfim essas coisas que vão surgindo assim nessas reuniões. (Sujeito A).

- Saúde na Escola:

Trabalhar o Programa Saúde na Escola (PSE), tá sendo muito bom, assim a dentista da equipe, ela aproxima, ela me inclui, que nem tinha estagiárias do técnico de enfermagem, então ...eu vou, vou em tudo. É bem assim mesmo, mas é muito bom porque eu estou sempre aprendendo. (Sujeito C).

- Grupos de Educação em Saúde:

Os grupos de educação em saúde são espaços democráticos, informais, de trocas de experiências entre os participantes, fazendo com que o conhecimento ali compartilhado seja muito mais aceito e sedimentado. (Sujeito D).

- Acolhimento:

O acolhimento assim é livre. Tem as consultas agendadas e aí é realizado atendimento com qualquer pessoa que está lá e que é da área, não importa se a pessoa é assistente do dentista, não importa se está cheio o posto e precisa de um profissional, ela vai lá e vai fazer uma escuta, vai fazer uma triagem para ver se precisa passar por um atendimento médico, mas independente disso nós que somos os estudantes e até, menos a preceptora nem tanto, até mesmo porque a demanda é muito grande, mas se precisar ela vai lá e vai fazer o acolhimento, que é isso, uma primeira escuta. (Sujeito E).

As experiências nessas práticas de educação popular em saúde permite a esse grupo desenvolver um conjunto de significados sobre essas em seu aprendizado, possibilitando valorizar o outro, não como um objeto do seu cuidado, mas como sujeito capaz de participar ativamente do cuidado de sua saúde, seja no campo particular, do sujeito como uma pessoa de possibilidades, como também em sua totalidade, como um sujeito social e político inserido em uma comunidade.

Dessa forma, nas falas abaixo o grupo ressalta a importância que têm o diálogo e a escuta, nas relações que experienciam nas práticas de educação popular nos territórios de Saúde da Família, pois essas potencializam o vínculo, a empatia e a corresponsabilidade entre profissionais de saúde e comunidade, melhorando o trabalho de atenção à saúde dos indivíduos.

Eu acho que a escuta é uma das ferramentas, porque é lógico que a gente não diz assim, eu aprendi a escutar ontem, porque na verdade a gente tem uma dificuldade muito grande de escutar, e a gente quer sempre falar. Eu vou para fazer aquela VD também no intuito de escutar e observar o que quem é que está sendo dito e o que não está sendo dito. As coisas que ela fala, “eu estou bem” e ao mesmo tempo ela não está bem, tu entende, então a fala se contradiz, o corpo fala, enfim. Que nem eu falei antes, então eu acho que a minha ferramenta é essa. (Sujeito A).

Eu acho que o vínculo que se forma com os profissionais, é muito benéfico pra eles, e também pros profissionais que conseguem fazer um trabalho melhor. [...] Então isso acontece muito e a conclusão que eu tirei é isso, que se eu ajudei, foi escutando, foi tendo empatia e escutando as pessoas. (Sujeito E).

É o profissional respeitar a opinião do próximo, dar valor a sua experiência de vida e procurar achar, junto com ele, através do diálogo, a melhor solução para resolver o problema. [...] A partir do momento que entro em diálogo com uma pessoa estou envolvida com uma prática de educação popular. É neste momento que é trocado ideias e experiências. (Sujeito F).

Assim, num processo de formação profissional em saúde, imerso em um contexto social, a experiência permite um fazer e um pensar simultâneo, se configura em algo inseparável, pois no diálogo ativa sua consciência crítica da ordem posta em que está envolvido e por isso, compreende num processo evolutivo, seu papel de ser social.

A criticidade desse processo de conscientização se dá pela imersão dos estudantes no campo formador, quando nele possibilita pela práxis a reflexão da realidade em que estão inseridos, mas requer também integração dos sujeitos envolvidos e condições propícias para que ocorra uma verdadeira emersão, nessa tomada de consciência. As barreiras a serem superadas estão relacionadas a um conjunto de elementos que compõe todo o processo de formação dos futuros profissionais.

Pode-se identificar nas falas dos sujeitos essa tomada da consciência crítica quando se indagam sobre o processo de acomodação das pessoas e percebem sua função de mediadores no processo educativo também das pessoas, superando aos poucos o assistencialismo em que o cuidado em saúde se consolidou e entendendo os indivíduos através do vínculo e do diálogo como também um ser social de desejos e potencialidades.

Pra mim, mudou muito. Eu tinha uma ideia assim que, por exemplo, ficava pensando por que a pessoa quer procurar o atendimento, o interesse daquela pessoa em ir atrás, eu ficava pensando, por que não vai se precisa, e por que tanto assistencialismo, e por que eles têm que ganhar tudo, por quê? Mas tu vivenciando na prática, tu indo lá, tu vendo, tu indo à casa da pessoa, vendo a realidade daquela família, tu acaba entendendo e aprendendo com isso, não como profissional, mas também como pessoa. A gente muitas vezes critica e aponta problemas, defeitos e é sem saber a real situação daquele problema que aquela família vive ou como a pessoa individualizada vive também. Eu aprendi assim, digo que aprendi muito nessa questão. (Sujeito B).

A criticidade também é observada, quando uma participante denuncia condições físicas e educativas não propícias ao aprendizado, tais como falta de tempo dos profissionais da equipe dedicar-se a processo de aprendizagem do estudante, alta demanda de trabalho, falta de recursos humanos para atender a demandas comunitárias, não inclusão de metodologias que permitam o estudante participarem de atividades de educação em saúde e ainda a falta de sensibilização de alguns profissionais ao que se refere a uma atenção à saúde mais humanizada e integral. O depoimento, no entanto revela a importância dos estágios no campo das práticas, como também meio do estudante perceber as deficiências que o cuidado em saúde pode se configurar quando não desempenhado de uma forma adequada e como num processo de conscientização, recusar práticas que não favoreça a saúde das pessoas.

As visitas na verdade eu fiz uma vez, a enfermeira fazia poucas e não tinha tempo [...] as rotinas, assim sabe, específicos de educação em saúde, eu não participei de nenhuma, porque lá o espaço é pequeno, não tinha espaço para fazer grupos [...] na verdade era assim a rotina. Com a comunidade não tive assim muito [...] sai uma vez lá com a enfermeira, conheci só uma parte, faltava agentes comunitárias de

saúde, não tinha para toda a população, tinha uma área lá que meio [...] uma rua que precisa mais de assistência e não tinha, então essa área eu também não consegui conhecer, a enfermeira [...] enfim queria me mostrar, mas não deu tempo de mostrar [...]. Na verdade educação mesmo em saúde da população, pouca coisa foi feita, mas acho importante, a gente precisa valorizar também assim, se colocar no lugar dos outros, as vezes acho que falta sensibilização mais por parte dos profissionais, a gente vê que é bem precário, não só nas Estratégias, mas no hospital também, acho que falta sensibilização por falta dos profissionais [...] a gente aprende avaliar o que tu vai levar e o que tu vai deixar por ali mesmo. (Sujeito F).

Assim, ao constatar criticamente essas realidades, o processo de formação profissional em saúde permite criar possibilidades de melhorar as fragilidades e potencializar capacidades e habilidades dos estudantes em seu processo de formação profissional, para um cuidado em saúde que vise à integralidade da atenção à saúde e emancipação dos indivíduos e comunidade no campo da saúde.

Quanto à importância que tem esse processo de comunicação nas relações humanas, na formação profissional, podemos considerar o que o educador Paulo Freire enfatiza sobre o diálogo: “é encontro de homens que pronunciam o mundo, não deve ser doação do pronunciar de uns a outros. É um ato de criação” (FREIRE, 2003, p.91), destacando que o diálogo transporta vivências entre os sujeitos. Quando os homens se comunicam são sujeitos ativos, o que implica reciprocidade, isto é, diálogo. (FREIRE, 1992).

Entretanto as experiências do processo educativo devem estar organizadas para que possam ser permeáveis aos saberes popular e, ao mesmo tempo, distantes de uma invasão cultural. Em um processo em que a educação e a experiência estejam numa relação dialética. Busca-se uma dinâmica entre os saberes científicos, teóricos e técnicos e os saberes populares, numa reciprocidade em que a experiência educativa possa ser entendida como práxis social.

Nas falas dos sujeitos do grupo, emergem um conjunto de significados dessa dinamicidade, tais como motivar-se sem preconceito, valorizar o saber popular, agregar experiências, que se constitui na troca e no encontro dos conhecimentos científicos e os saberes populares, quando a práxis se efetiva nas práticas de educação popular de seu processo educativo. Assim identificado nessa fala:

É o motivar-se sem preconceito que é o mais interessante da gente pensar, que o saber do outro também é tão importante quanto o meu. Porque o teu é acadêmico, a pessoa também tem que valorizar, tem que ser valorizado também esse saber popular. (Sujeito A).

Ainda, visualizam assim o quanto os saberes populares hoje estão presentes e comprovado no campo científico:

Os saberes populares contribuem de forma positiva. Muito do que aprendemos hoje, através de estudos científicos, se formos analisar historicamente, são construções do saber popular. (Sujeito F).

O grupo inclusive descreve algumas experiências oportunizadas no seu processo de aprendizagem, que exemplifica como ocorre na prática esse processo de valorização de outras formas de cuidado caseiros e populares em saúde:

Eu fui fazer um estágio no sindicato [...]e a dentista receitava bochecho com salmoura, ele receitava pros pacientes: “Ah, faz um bochecho com salmoura que isso ajuda.” Por que não usar alternativas, por que usar um periogarte, se tu pode receitar uma outra alternativa que ele consiga fazer em casa, que seja mais viável financeiramente, que tenha um efeito também. (Sujeito D).

Tem uma professora minha que ela sempre fala que quando ela teve o primeiro filho, a mãe dela dizia para ela dar chá quando a criança ficasse doente, com gripe, coisa assim, tosse, garganta, .ela dizia: “dá uma chá e bota ele na cama que ele vai melhorar” E aí ela dizia assim: “capaz que eu vou colocar o guri na cama pra deitar, eu vou levar ele pro médico pra tomar remédio” e aí depois no terceiro filho, ela já fazia isso, dava o chá e deitava ele, é o cuidada, independente dele tomar remédio, lógico que ele também vai obter o resultado que era, mas tem outras coisas que perpassam a doença em si. O que é tu ficar doente, né? (Sujeito A).

Em análise, essas falas retratam o quanto o processo educativo propicia aos estudantes entender que outras formas de cuidados populares em saúde são também eficazes, pois agregam além dos efeitos químicos dos produtos alternativos, todo um cuidado e um conhecimento que são repassados por gerações a gerações. Essas diferentes formas de cuidado aprendidas em suas práticas, trazem também uma percepção dos estudantes quanto à viabilidade terapêutica, relacionada a fatores econômicos das pessoas.

É o que Thompson (2001) nos traz quando se refere à importância que a cultura dos povos representa no modo de resistir e garantir a vida coletiva, por isso conhecer o que culturalmente as pessoas adotam em cuidados de saúde, é importante para compreender as práticas de saúde como históricas e dinâmicas, onde o profissional de saúde também participa com seus conhecimentos científicos na construção de novos e melhores hábitos culturais de cuidados em saúde, desmistificando no grupo práticas que cientificamente são prejudiciais e agregando conhecimentos populares de cuidados, das diferentes culturas.

Para isso é necessário que os estudantes estejam em experiências formativas que proporcionem a problematização e criticidade da realidade que lhe é apresentada, para que não negue as diferentes formas culturais de cuidado, através da invasão cultural e também que estejam atentas as formas prescritivas dos cuidados em saúde que a ciências da saúde se consolidou, em que estejam envolvidos outros interesses ocultos, que não a saúde e autonomia das pessoas, tais como os econômicos e a manutenção da dominação de classes.

Assim, as práticas de educação popular em saúde permitem através do diálogo mediado entre o cuidador e o cuidado, uma relação que produz aos estudantes um processo de conscientização sobre como esses encontros do científico e do popular deve ser trazido para suas práticas de cuidado integrais à saúde. Os sujeitos assim declaram:

E não ser tão egoísta, de usar toda tua formação porque eu quero passar tudo o que eu aprendi e não pegar esse sujeito somente como um usuário que eu tenho que passar tudo aquilo que eu tenho de conhecimento, antes de tudo ele é gente como eu. Como eu queria ser tratada? Como eu queria ser ouvida? E assim, eu acho que tinha que se colocar no lugar do outro talvez, né? (Sujeito C).

Primeiro não ter qualquer tipo de preconceito, escuta ativa livre de julgamentos. O profissional deve encontrar uma estratégia para que não subestimar os saberes populares e ao mesmo tempo poder esclarecer a importância das práticas científicas como forma de beneficiar o indivíduo. [...] Pra mim o que trouxe assim de melhor, é que tem muita coisa, que a gente só lia na prática, na teoria, só via na teoria e quando a gente começa a colocar em prática da certo e aí isso assim traz uma satisfação. Até falar com pessoas alcoolistas, problemas mais pesados, que tu percebe assim, que tu pode fazer a diferença e isso traz satisfação. [...] Bom eu acho assim, por mais que se tente, colocar na teoria, tem coisas que a gente só vai aprender na prática. E a lidar com as pessoas na prática. Então pode facilitar em vários momentos, mas eu acho que sempre a gente vai ter o que aprender.(Sujeito E).

É sempre difícil aceitar a opinião do outro acreditando que somos nós os “donos da razão”, tentar compreender, sem julgar já é um bom começo. Acredito que através da escuta, diálogo e respeito à opinião do outro se pode criar maior vínculo entre o saber popular e científico. (Sujeito F).

É o conhecimento sempre em construção, mas eu acho que essa parte teórica ela é importante, tu ter a oportunidade de discutir, por exemplo, com a tua equipe, tratar da educação mesmo, tentar construir em cima disso. E a prática é o que vai fazer a diferença, que vai os questionamentos, vão vir a partir da prática, as dúvidas e aquela vontade de melhorar e buscar outras alternativas para a educação. Vai viver da teoria também. (Sujeito B).

Para isso, precisa-se conquistar uma educação dialogal e ativa, voltada para um processo educativo envolvido com a responsabilidade social e política, tanto dos estudantes, quanto da comunidade em que acontecem as experiências formadoras, para que a teoria e

prática possa se configurar em um processo de transformação do cuidado em saúde na sociedade.

Assim a construção do conhecimento, a partir da práxis, através das práticas de educação popular em saúde, incorpora novos processos de ensino e aprendizagem, que possibilita aos profissionais serem capazes de compreender e serem agentes de transformações positivas na sociedade, buscando assumir atitudes que correspondam às necessidades em saúde das populações.

4.3.2 Significado da experiência na aprendizagem

Na imersão acadêmica em experiências de práticas de educação popular, as diversas formas populares de cuidados são compartilhadas, possibilitando através da problematização, da escuta e do diálogo serem capaz de revelar uma postura mais integradora e holística do cuidado em saúde, ao reconhecer as crenças, desejos, medos e significados dos sujeitos pertencentes a um determinado contexto sociocultural.

Ao mesmo tempo em que reconhece no outro esse conjunto de significados, importantes no desempenho de suas ações e cuidados em saúde, também reconhece em si, através de um processo de conscientização em constante evolução, suas potencialidades e limites a serem superados em seu processo de aprendizagem e na vida profissional. Uma das falas evidencia a influência que a imersão nas práticas de educação popular atua em seu processo evolutivo:

É muito rico na troca com o outro, eu estava falando antes, uma coisa que a gente vai aprendendo a ouvir mais e falar menos, nesse contato assim. [...] E então foi uma experiência muito boa, porque daí tu também é sujeito, tu te reconhece dentro daquela comunidade e aquela comunidade também te reconhece como sujeito, como aquela pessoa que também está ali pra ajudar. [...] Coisas que a gente lê, vê na televisão, mas tu ver na prática assim é uma coisa que tu fica chocada, porque tu tendo um monte de coisa e fica chocada, e as pessoas com um pouco, vivem ainda, conseguem viver. [...] Então eu acho que é uma coisa que a população também está aprendendo e a gente também aprende muito com eles, nessa relação, nessa troca assim. (Sujeito A).

O grupo ainda tece outros comentários a respeito da compreensão que tem sobre como sua experiência no campo das práticas em reflete no seu processo de formação profissional:

Também foi bem legal, me surpreendi sabe, a gente sempre se surpreende com as coisas. E também foram visitas domiciliares que eu adoro fazer, tenho paixão por ir na casa, conhecer a pessoa, e também com o grupo. Enriquecedor assim pro meu

crescimento profissional e pessoal também, porque a gente aprende muito nesse contato todo com a população. (Sujeito B).

Sim, pois a educação popular ensina que não somos os donos da verdade e que devemos valorizar a cultura e a opinião do outro [...] torna uma relação mais humana. O usuário é valorizado, o profissional ganha confiança e tem maior possibilidade de criar vínculo com o mesmo. (Sujeito F).

Ao analisar as falas podemos identificar o quanto essa experiência desvela ao estudante a realidade em que vive as pessoas da comunidade, quando usam expressões “*surpreende*”, “*chocada*”, muito deles relacionados com fatores sócios econômicos e sociais desfavoráveis, que mostram as diferentes classes e desigualdades sociais de nossa sociedade. E que reafirmam a importância que têm no seu processo educativo, desenvolver habilidades para desempenhar suas funções profissionais, em que os coloquem como também motivadores e participantes de movimentos de transformação dessa realidade, pois se esses são fatores que influenciam no processo de adoecimentos dos indivíduos e coletividade, são esses, portanto questões e problemas a serem trabalhados e superados mutuamente com os profissionais e comunidade.

Esses são os limites a serem superados na realidade, que mostram e o mesmo tempo incorpora o significado que tem as trocas de saberes entre os sujeitos em sua vida profissional e pessoal. As falas apontam que as experiências em práticas de educação popular em saúde permitem relações mais humanizadas ao reconhecerem uns aos outros como sujeitos, nesse processo de ensinar e aprender. E ainda despertam sentimentos profundos no cuidado em saúde, como os citados de “*paixão*”, “*confiança*”, “*relação mais humana*”, além de entenderem que tais experiências desempenham um papel positivo no crescimento profissional e pessoal, dado à valorização que existem entre os sujeitos.

Segundo Vasconcelos (2001), essas práticas populares em saúde na formação profissional, numa dimensão subjetiva, também valoriza a espiritualidade, entendida como “*motivação profunda que orienta e dá sentido às opções de vida mais fundamentais das pessoas*”, que podem estar relacionadas a questões religiosas ou não, e que traz ao trabalho em saúde emoções, sentimentos que fortalece o vínculo entre as pessoas, pela escuta sensível e valorização respeitosa das escolhas de cada um. (VASCONCELOS, 2001 in BRASIL, 2012, PNEPS, pg.11).

Nesse aprendizado, a aproximação dos estudantes com a comunidade, possibilita uma maior compreensão das necessidades no campo da saúde e de seu papel de educador e ator social, se constituindo numa prática voltada a responsabilidade social e possibilitando uma

formação em saúde, com engajamento político transformador de si e da sociedade em que está inserida.

4.3.3 Compreensão da visão ampliada da saúde na prática profissional

As escolhas teóricas do estudo sobre a formação profissional em saúde, baseadas nos estudos Freirianos e de outros pensadores que consideram o homem como sujeito de transformações, também apontam para a necessidade emergente de refletir sobre o significado da saúde na vida das pessoas, de quanto ela é determinada pelos modos de vida social, cultural e econômica e o quanto influencia o modelo de formação e o sistema de saúde adotado na sociedade.

A concepção ampla de saúde assumida no texto da lei constitucional e que deve nortear as ações no campo da saúde aponta para:

[...] uma mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. (BRASIL, 1990, pg..8).

Para tanto, é necessário considerar a saúde como uma postura humana, ativa e dialética frente às permanentes situações de conflitos geradas pelos modos de vida dos homens, que no transcorrer se modifica e se amplia pela complexidade de fatores que lhe sustenta.

Segundo Paulo Freire (1976), ao assumir essa posição dialética frente aos problemas no campo da saúde, a sociedade se coloca numa dinâmica de ação reflexiva e dialógica, onde a educação pode ser considerada um núcleo articulador de uma proposta pedagógica capaz de contribuir na transformação da coletividade, assim sendo capaz de:

Romper com a dicotomia entre objetivismo (ação) e o subjetivismo (contemplação passiva), afirmando uma relação dialética entre ação (prática) e reflexão (teoria), como mediadora entre o mundo e a consciência. Rompe igualmente com perspectivas deterministas afirmando sempre a vocação ontológica do ser humano de ser sujeito - ser mais. (ADAMS, 2005, p.1).

A experiência nas práticas de educação popular em saúde permite aos sujeitos identificar primeiramente um conjunto desses fatores que influenciam no processo saúde

doença e posteriormente compreender a importância que tem o conceito ampliado de saúde em suas práticas de cuidados, como na fala a seguir:

Saúde pra mim é quando a pessoa, ela está com bem estar físico e mental, e que assim, sempre tentando alcançar todo um equilíbrio na vida da pessoa. A pessoa ela tá conseguindo trabalhar, tem emprego, tem uma casa boa, a família está bem, a saúde o físico dela está bom, isso daí tudo envolve saúde... Ou que ele consiga fazer às suas atividades, porque muitas vezes não tem dor, mas não consegue. (Sujeito E).

Já a compreensão de outra participante acrescenta que “Saúde é você estar bem a ponto de conseguir satisfazer suas necessidades. Ter boas condições de moradia, educação, saneamento básico, trabalho, etc. (Sujeito F).

Como podemos observar, o grupo apresenta um conjunto de fatores objetivos que lhe significam o estado de “saúde”, tais como acesso a moradia, alimentação, trabalho, educação, saneamento básico e revela também um conjunto de fatores subjetivos tais como ausência de dor, satisfazer necessidades, afeto, atenção, bem estar físico e mental, e equilíbrio.

Assim, essas experiências permitem aos estudantes perceberem que a saúde no contexto social tem um significado amplo e complexo e que esse pode ser compreendido de diversas maneiras a depender da cultura e dos modos de vida das pessoas. Isso é argumentado quando perguntado sobre o que pensam do significado de saúde para os usuários:

Pra ele vai ser não estar doente, não estar com dor, diagnosticado com alguma doença [...] e muitas vezes tem dor, tá de arrasto fazendo e pra ele, não está doente [...] ele não vai pensar muito no bem estar mental, é ele não vai. Eu acho que ele não vai se dar conta disso, que seja saúde. (Sujeito B).

Ainda hoje convivemos com uma formação profissional em saúde que mesmo, por vezes, reconhecendo essas diversidades de fatores que influenciam o processo de adoecimento, se traduz em ensinamentos que não buscam a solução através de estudos que invertam a lógica da apreensão desse saber, que quase sempre é apresentada de maneira dividida entre a teoria e a prática.

Grande parte das teorias nessa área parte de estudos com enfoques positivistas e baseiam-se em dados estatísticos e epidemiológicos sobre as doenças, ou seja, estudam os problemas sem aprofundar-se em suas causas, fatores, relações e significados desses para as pessoas. Acabam por apontar soluções imediatistas, prescritivas, reparadoras e assistenciais, que podem não dar conta dos problemas enfrentados pela população, porque são estudadas de

forma isolada dos demais contextos sociais, econômicos e culturais, impermeáveis a uma formação que corresponda à atenção integral à saúde. Uma das falas que retrata a preocupação que tem os estudantes de que estão de fato realizando cuidados em saúde de acordo com as necessidades em saúde da população é a seguinte:

Às vezes pra nós, muitas vezes acontece da pessoa não está doente, não tem uma doença física, alguma coisa mais objetiva, mas a pessoa sente, ela percebe e ela se queixa e a gente tem que saber lidar com isso. E também o que acontece muito é o contrário assim, às vezes, a gente vai passar uma orientação, e por ela, a pessoa, ter a sua própria definição da doença dela, fica difícil saber se o que a gente tá passando, ela tá recebendo como a gente quer. (Sujeito E).

É evidente a necessidade de superação no olhar unilateral do conhecimento, de seus estudos estáticos, mecanicistas, quantitativos a partir da doença, e ir à busca por uma formação profissional em saúde que valorize a ação coletiva dos saberes, de maneira participativa e comprometida com a vida social das pessoas. Em que possa assim, desenvolver um conjunto de habilidades que permitam aos futuros profissionais interpretar e compreender as reais necessidades em saúde de uma comunidade e também elevar a compreensão dos indivíduos sobre diferentes cuidados de saúde que possibilitem melhorar e preservar seu estado saudável.

Assim, o processo de formação profissional em saúde deve ser baseado em um conhecimento que valorize o contexto das práticas educativas no campo da saúde, em que esteja inserido o encontro dos saberes, das culturas e da realidade concreta da sociedade, podendo ter como referência potencializador do aprendizado, as práticas de Educação Popular em Saúde. Como as declaradas nas falas de uma participante do estudo: *“Extremamente válido e indispensável, pois é essencial para o aprendizado dos estudantes e vários benefícios para o indivíduo [...] mais enriquecedor, pois ambos os sujeitos envolvidos nesse processo estariam aprendendo.” (Sujeito F).*

Essa educação é a humanística, por meio da experiência com o outro, que valoriza o ser e seu poder de transformação, e esse meio há de ser mediado pelo diálogo coletivo, tendo a escuta e a voz como potencializadores dessa força.

4.4 O Terceiro encontro: A dimensão política: autonomia, emancipação e a integralidade da atenção à saúde

No campo da saúde, o processo educativo emancipatório se concretiza na presença do outro, nas semelhanças, nas diferenças e preservando a autonomia de cada indivíduo. Portanto, a conscientização da necessidade de se auto preservar, de manter-se vivo e saudável ocorre socialmente, mesmo porque muitos fatores degradantes da saúde são condicionantes e determinantes sociais construídos no meio em que vivemos e onde todos nós participamos.

Não há nada que contradiga e comprometa mais a emersão popular do que uma educação que não jogue o educando as experiências do debate e da análise dos problemas e que não lhe propicie condições de verdadeira participação. (FREIRE, 1976, p.93).

Esse processo de contribuir para a autonomia das pessoas, no autocuidado tem sido atualmente outro desafio nas práticas dos profissionais da área da saúde, determinada como “educação em saúde”, e que segundo o Ministério da Saúde deve ser inerente a todas as ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-a por:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população. A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. (BRASIL, 2009, p. 130).

Considerando a dimensão política, do processo de formação profissional em um contexto social, em que o agir político das pessoas possibilitam transformações na sociedade e onde o processo educativo tem papel fundamental na construção coletiva de uma atenção integral à saúde humana é que os sujeitos participantes, no terceiro encontro do grupo focal, pautam como fio condutor, os assuntos referentes à integralidade e interdisciplinaridade e ao protagonismo e institucionalidade, como elementos e atributos que à Formação profissional em saúde se inscreve em práticas de educação popular em saúde, para uma prática de cuidado em saúde que vise à autonomia, emancipação e a integralidade da atenção á saúde.

4.4.1 Integralidade e interdisciplinaridade

O termo “integralidade” está presente no Sistema Único de Saúde como princípio doutrinário constitucional e fundamental no processo de construção, implantação e

consolidação de um modelo de atenção à saúde, que tem em sua base e diretrizes fundamentadas na promoção, prevenção, cura e reabilitação, mas ainda se inscrevendo como um desafio a sua concretude no campo da saúde. Representa assim o modo objetivo com que os sujeitos conquistaram através de suas lutas o direito à saúde e de um modo subjetivo, a busca da integralidade como um dos grandes desejos e motivações da população em ampliar seus direitos e de garantir condições necessárias para uma qualidade de vida adequada as suas necessidades em saúde.

No entanto, a integralidade no processo de formação profissional em saúde que se propõe ampliar o desenvolvimento do cuidar das profissões da saúde, não deve ser definida apenas por uma diretriz do SUS, mas de ser compreendida, a partir de um processo educativo, que dê significado desse cuidado integral em suas práticas de saúde.

O grupo traz um conjunto de possibilidades e potencialidades, vivenciados em seu processo de formação, pelas práticas de educação popular em saúde, que imprimem de modo significativo, caminhos práticos na garantia de uma saúde integral e de direito, como o expresso em uma das falas, pela aluna:

A comunidade pode garantir o direito à saúde de forma integral participando e se envolvendo nas atividades desenvolvidas nos espaços de saúde e, nós como profissionais da saúde podemos envolvê-los nesse processo proporcionando oportunidade para que possam falar. Assim, através da escuta e diálogo, tomar juntos as decisões sobre os problemas enfrentados. [...] Cuidado interdisciplinar e integral é cuidar do próximo, através de vários saberes, como se fosse um trabalho em grupo. Onde o ser humano é visto como um todo, com seus aspectos emocionais, sociais, físicos, culturais, etc. (Sujeito F).

O que retrata o processo de conscientização que as experiências formativas em práticas de educação popular desempenham em sua formação, do que tange a ação política do profissional da saúde, quanto à importância de ser um mediador em questões e problemas a serem enfrentados no campo da saúde, como na tomada de decisões coletivas. Evidenciando também a necessidade de uma prática em saúde, que seja desempenhada a partir de conhecimentos interdisciplinar e que leve em consideração um conjunto de fatores objetivos e subjetivos do ser humano na sociedade, tais como os emocionais, físicos, sociais, culturais, etc.

Assim, uma formação profissional em saúde que vise à prática de profissionais em saúde, voltadas à busca da integralidade da atenção a saúde, deve ser pautada em

metodologias que estejam atentas à escuta e a interpretação das necessidades das pessoas em seu contexto social e político.

Ao considerar a integralidade como um objetivo da atenção à saúde, pensar a ação dos sujeitos e suas práticas de cuidados se mostram imprescindíveis. Para tanto, se devem tomar como ponto de partida as necessidades das pessoas como o centro de suas ações e, portanto o centro do aprendizado em saúde, onde segundo Mattos (2004, pg.123), “a integralidade envolve uma leitura ampliada das necessidades de saúde e dos grupos populacionais”, recusando o reducionismo do cuidado a um corpo com lesão, uma situação de risco, ou as aprendidas em uma única disciplina teórica, mas buscando respostas aos problemas nas mais diversas dimensões, tais como na cultural, social e política.

O grupo de participantes, no seu terceiro encontro no grupo focal, apresenta a partir das diversas experiências formativas, um conjunto de questões percebidas que interferem negativamente, por se inscreverem em dificuldades e fragilidades no cotidiano ao cuidado integral à saúde humana, como na fala a seguir: *“Todo o problema que um indivíduo nos traz, ao saber a origem e alcance, se percebe o quanto indispensável a contribuição de outros profissionais, essencial para o cuidado seja realmente integral (o que na prática, infelizmente é pouco visto).”* (Sujeito E).

O grupo assim percebe o quanto o conhecimento das diversas áreas da saúde é indispensável para a organização de ações de cuidados integrais à saúde, como também significam a partir de suas próprias experiências, que hábitos e costumes inscritos em uma cultura são difíceis de serem mudados, sendo necessário adotarem práticas de cuidados que valorize não somente o conhecimento técnico científico, mas também o saber popular, na adoção de novas práticas de cuidado, que atendam as necessidades em saúde das pessoas. Contribui também nesse sentido a seguinte consideração da participante:

Situação que atualmente não ocorre na maioria dos serviços de saúde, onde os saberes são verticalizados, ou seja, o profissional de saúde fala o que é “correto” e o paciente apenas escuta. [...] Porque é difícil mudar os hábitos e as rotinas de uma pessoa. Se nos colocarmos no lugar do usuário e refletirmos sobre nós mesmos veremos que, muitas vezes, também nos foi orientado a mudar nossas atitudes, hábitos e mesmo assim nós não seguimos ao que nos foi dito. (Sujeito F).

Assim, apontam a importância que tem a escuta, na identificação das reais necessidades da população e na percepção do outro, como um todo, indivisível, vindo ao encontro do princípio doutrinário do SUS, da integralidade, como na fala abaixo:

Falta todo esse processo de organização, porque assim, o trabalho deles é ótimo, é maravilhoso, está integrado, só que a integração começa assim, aqui é o CRAS, daqui pra cá não é mais meu, é lá do Marista, tu entende? Então ainda, assim existe uma dicotomia de sujeito. De nada adianta ter uma integralidade se a gente continua dividindo as pessoas. (Sujeito A).

Portanto, é no campo social e político em que haja o encontro dos diversos sujeitos que deve prevalecer o compromisso de se fazer a melhor escuta possível, das necessidades individuais e coletivas das pessoas e buscar num processo de problematização e reflexão das questões e problemas, possibilidades de superação e de transformação da realidade, com novas práticas de cuidados, que sejam integrais à saúde.

Segundo Mattos (2001, pg.122), o SUS como campo social é lugar de experimentação de valorização e aspiração da integralidade em diversos sentidos, sendo nossa tarefa analisar tais experiências, seus limites e possibilidades e de “proceder a uma tradução de seus significados, de modo a subsidiar que tantos outros criem, em outros locais, experiências análogas”.

Nesse contexto, o grupo evidencia algumas ações em suas experiências que demonstram as suas capacidades e habilidades adquiridas no processo de formação, que elevam suas práticas em saúde, para um espaço social e político.

Ao dizer que “*principalmente bolando estratégias para o conciliamento entre praticas populares e práticas científicas.*” (Sujeito E), evidencia-se a estratégia como um processo de organização a atingir objetivos, tais como práticas que concilie cuidados populares e técnicos científicos, a criação de vínculo, a valorização de outros saberes e a inclusão desses na tomada de decisões. Como reafirma outra participante ao falar que essas “*contribuem à medida que fazem refletir sobre a valorização de outros saberes, criação de vínculo com a comunidade, aproximando-os e incluindo nas decisões a serem tomadas.*” (Sujeito F).

Dentre as falas dos sujeitos que apontam suas percepções quanto à importância que têm a interdisciplinaridade do conhecimento em seu processo de formação, no que se relaciona a valorização e desenvolvimento de habilidades práticas no cuidado integral à saúde estão:

Eu sou licenciatura, então se eu fizer bacharelado, eu vou ter o estágio no SUS, se não, não. A minha área é escolar, só que eu entrei nessa área por querer sabe, por querer buscar mesmo, e eu sinto falta no curso, dessa coisa mesmo do bacharelado, trabalho com a saúde da família. (Sujeito C).

Eu acho que é o que falta, mas é também é uma construção, da gente começar a pensar e pensar em outros cursos também. O que a gente comentava no primeiro dia, do meu saber, diferente do teu saber, mas da gente conseguir fazer com isso

fique uma coisa mais homogênea, esse cuidado com o outro, nessa atenção, nessa escuta, nesse cuidado. (Sujeito A).

A reflexão sobre essas experiências permitem também ao estudante perceber a natureza política de suas ações interdisciplinares, em um contexto social impregnado de contradições e de interesses que devem ser constantemente questionados e levados a uma esfera coletiva, onde os sujeitos possam problematizá-los e construir meios de superá-los.

Portanto, a interdisciplinaridade requer um processo educativo que se proponha a uma mudança na concepção hegemônica tradicional de formação, de enfoque biologicista, mecanicista, centrada na transmissão de conhecimentos pelo educador, para uma concepção construtivista, onde exista uma interação do educador e estudante, desenvolvido a partir metodologias problematizadora da realidade.

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres “vazios” a quem o mundo “encha” de conteúdos; não pode basear-se numa consciência especializada, mecanicistamente compartimentada, mas nos homens como “corpos conscientes” e na consciência como consciência *intencionada* ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo. (FREIRE, 2003, p.38).

Assim, é importante questionar e problematizar constantemente o método adotado na educação superior, na área da saúde, a fim de que não se constitua numa consciência coletiva direcionada e arbitrária as necessidades das pessoas, distorcendo, idealizando, propagando uma concepção de saúde que atenda a interesses dominantes, na reprodução de uma prática de cuidados compartimentada e especializada.

A prática pedagógica baseada em métodos dialógicos, como as de práticas de educação popular, se constitui em elemento fundamental para uma práxis transformadora. Tendo a teoria e a prática como formação de um conhecimento coletivo, baseado na realidade da população e mediado pelo diálogo ativo. E sendo apontado pelos estudantes e educadores inscrevê-las nas bases curriculares dos cursos da saúde, para que se efetive uma prática profissional com essa possibilidade libertadora.

O grupo também apresenta um conjunto de atividades em que compartilham suas experiências formativas, em um processo dialógico e reflexivo, tais como as tutorias, discussões de casos, relatórios, seminários e apresentações orais de suas percepções do estágio, evidenciando a importância dos momentos avaliativos, em seu processo de formação profissional, como também um método de aprendizagem, como declarado nas falas:

A gente, nós, temos a tutoria. Algumas reuniões no decorrer do estágio onde a gente tem que apresentar seminários e discutir, apresentar algum caso também, caso que tenha sido bem curioso, alguma coisa assim. A gente faz essas reuniões com todo o grupo de estágio, daí juntas as gurias que fizeram estágio em Candelária, estágio em Cachoeira, estágio aqui em Santa Cruz, nas ESFs, e isso é o que enriquece bastante, tu pode, consegue ver a metodologia de trabalho do ESF lá em Cachoeira do Sul, comparando aqui sabe. (Sujeito B).

Assim o ensino, nesse contexto formal e acadêmico, se apresenta como um importante componente da formação, quando se constitui de elementos que possibilita aos futuros profissionais desenvolver suas capacidades intelectuais ainda não conscientes em seu processo de formação humana, em uma organização científica do conhecimento, contextualizados na realidade concreta, envolvido pela problematização, mediados no diálogo, e que tenham vistas à autonomia e a emancipação da sociedade:

Marx afirma que o método histórico-dialético deve partir do que é mais abstrato ou mais simples ou mais imediato (o que se oferece à observação), percorrer o processo contraditório de sua constituição real e atingir o concreto como um sistema de mediações e de relações cada vez mais complexas e que nunca estão dadas à observação. Trata-se sempre de começar pelo aparecer social e chegar, pelas mediações reais, ao ser social. Trata-se também de mostrar como o ser do social determina o modo como este aparece aos homens. (CHAUÍ, 1993, p.19).

Dessa forma, a formação na área da saúde deve buscar na realidade social desenvolver as condições de atendimento às necessidades em saúde das pessoas e das populações.

Assim as possibilidades do ensino contribuir efetivamente estão na construção de um currículo com base nesse movimento de participação da população, onde os conteúdos se vinculam a história de vida dos sujeitos e o processo pedagógico educa para uma postura crítica, emancipadora e transformadora da realidade. Estruturando-se a partir da problematização de seu processo de aprendizado na coletividade, transformando suas práticas profissionais e da própria organização do trabalho e dando uma nova dimensão para o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas públicas que atendam as demandas que emergem desse encontro.

Segundo os sujeitos estudantes, as disciplinas teóricas que abordaram metodologias baseadas em problematização, tais como as desenvolvidas em práticas de educação popular, estão as de saúde coletiva, políticas públicas, antropologia, sociologia, saúde social e saúde comunitária, no entanto a fala abaixo denota que os conteúdos podem e devem ser mais bem discutidos e desenvolvidos em suas práticas de aprendizagem:

E no meu curso a gente não tem muito essa parte de educação popular, de educação em saúde, a gente tem uma pincelada em saúde coletiva, mas muito pouco, até mesmo porque os alunos não se interessam, a maioria não quer trabalhar no SUS, então é uma [...] Ah, pra mim foi uma novidade, porque eu conheço esse tema por estar em projetos, por ter feito Versus, por ter feito PETI. É pela inserção porque se fosse pelo curso eu não conheceria, não teria conhecimento do conceito de educação popular (Sujeito D).

No conjunto das falas além de apontarem no componente ensino, disciplinas que hoje trabalham metodologias problematizadora de questões do campo da saúde, corroboram com as diversas falas do estudo, sobre a importância que tem a inserção em experiências dos estudantes em projetos de extensão universitária, se configurando esse, portanto também outro importante componente na formação profissional em saúde, no que se relacione a uma formação que aproxima os estudantes de práticas que possibilitem uma leitura crítica das realidades dos grupos populacionais.

Segundo Vasconcelos (2004):

A experiência dos movimentos sociais tem mostrado que esse modo de conduzir o processo educativo pode ser aplicado com sucesso na formação profissional. Muitas iniciativas educacionais nas universidades (principalmente em projetos de extensão), nos treinamentos das secretarias de Saúde de seus profissionais e nas organizações não governamentais vêm sendo orientadas pela Educação Popular, descobrindo, aos poucos, os caminhos metodológicos de sua aplicação no novo contexto institucional. A educação dos trabalhadores de saúde nesta perspectiva é fundamental para a ampliação de uma gestão participativa no SUS. (VASCONCELOS, 2004, pg.79).

Considerando Boaventura Santos (2005), a extensão universitária assim deve ser assumida pela instituição de ensino como também um meio de formação profissional em saúde que permite aos estudantes e a sociedade interagirem, revelarem realidades e construir coletivamente ações na resolução de problemas de saúde, se constituindo em espaços de inclusão, pela participação de todos.

No entanto, pensando a extensão universitária segundo Paulo Freire, é necessária uma nova compreensão de seu papel e os objetivos que tem a cumprir na formação dos profissionais de saúde. De tal forma que essa experiência prática, através dos projetos de extensão universitária e em estágios curriculares de aproximações com o campo das ações da saúde, supere a mera aplicação e prescrição de métodos e técnicas científicas, e se constitua em um processo de ensino-aprendizagem em que todos os sujeitos, sejam eles estudantes, educadores e comunidade, possam construir um saber que possibilite sua emancipação e a autonomia desses, em seu meio.

Ainda quanto ao componente ensino, em práticas de educação popular em saúde podemos tomar o proposto por Paulo Freire (1976), quando fala ser necessária uma educação capaz de enfrentar os desafios da sociedade brasileira, tomando esse como um componente estruturante no processo de formação profissional na área da saúde ao consideramos as seguintes premissas:

a) contribuir efetivamente na passagem da transitividade ingênua à transitividade crítica; b) preparar as pessoas para a responsabilidade social e política, para o desenvolvimento e para a democracia; possibilitar o enfrentamento do ‘desenraizamento’ gerado pelas consequências da civilização industrial com suas tendências massificadoras e desumanizadoras; c) preparar as pessoas para enfrentar a problemática desse tempo, e nela inserir-se conscientemente; e) levar a uma constante mudança de atitude e criação de disposições democráticas que substituam os hábitos de passividade por hábitos de participação e ingerência; f) colaborar com o educando na organização reflexiva do pensamento para superar a captação mágica ou ingênua de sua realidade; g) preparar para a intervenção teórico-prática com uma teoria que “implica numa inserção na realidade, num contato analítico com o existente, para comprová-lo, para vivê-lo praticamente”. (FREIRE, 1976, p.93).

Para tanto há de considerarmos o saber de outros tantos sujeitos desse cenário de formação, tendo como possibilidade de concretude da autonomia e emancipação da sociedade, um ensino com base em metodologias de educação popular.

Um ensino que valorize também a produção de conhecimento dos serviços de saúde e argumentos de sensibilidade dos sujeitos envolvidos no processo de formação, mudando dessa maneira a “concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista)”, que a formação profissional em saúde se consolidou. (CECCIM, 2005, p. 166) e que bem foi mencionada pelos educadores nesse estudo.

Assim, na dimensão política, a integralidade e a interdisciplinaridade também estão na articulação dos campos da saúde e da educação, criando novos espaços para o diálogo, para novas soluções aos problemas postos e permitindo dessa forma, pensar uma formação mais próxima das reais necessidades em saúde da população, ampliando o conhecimento sobre os caminhos a serem percorridos, na busca de ações que visem amenizar as desigualdades sociais, que interferem no processo saúde doença.

4.4.2 Protagonismo e a Institucionalidade

A dimensão política do processo de formação profissional em saúde, em um contexto histórico, revela a necessidade de processo educativo com vistas à humanização do cuidado em saúde e de emancipação dos grupos, onde os princípios das práticas da educação popular com método de ensino-aprendizagem se inscrevem em uma educação que possibilita as pessoas serem mais autônomas, livres e felizes, ou seja, que possam ser protagonistas de sua própria história de preservação de vida, estimuladas por condições favoráveis no desenvolvimento de suas potencializadas humanas.

Considerando Paulo Freire (1994), o protagonismo dos sujeitos, no campo de formação pode estar relacionado primeiramente com a curiosidade epistemológica que os estudantes desenvolvem em suas práticas ao olhar e indagar sobre a realidade em que está imersa, na entanto para ele é necessário desenvolver através de uma prática pedagógica, meios em que o ato de conhecer tais realidades de efetivem numa perspectiva crítica por um processo de conscientização. O autor afirma em *Cartas à Cristina*, que “é enquanto epistemologicamente curiosos que conhecemos, no sentido de que produzimos o conhecimento e não apenas mecanicamente armazenando na memória”. (FREIRE, 1994, pg.148).

No entanto, desenvolver esse processo de curiosidade crítica, representa quase sempre um desafio à formação pelos educadores, mas indispensável no contínuo processo de pensar e de transformar as práticas de cuidados em saúde, em que os estudantes e comunidades sejam protagonistas e corresponsáveis pela saúde em seu contexto geral.

Por isso, uma formação profissional em que considere a educação em saúde, uma prática constante no processo de autonomia e emancipação das pessoas, deve entender que o povo também seja protagonista do ato político, do cuidado de si e da comunidade, requer a reflexão da própria vida dos sujeitos, valoriza sua cultura, seus saberes e cria condições objetivas e subjetivas de evolução transitiva da consciência crítica. (FREIRE, 1976).

Assim, ao organizar e construir um projeto político pedagógico em práticas de educação popular em saúde, em que haja uma interação entre a comunidade a instituição de ensino, de modo que o estudante possa operar mudanças na realidade inserida, mobilizando novos caminhos para atenção à saúde, criam-se possibilidades aos futuros profissionais tornarem-se protagonistas no contexto social que está inserido e impulsionarem o protagonismo e a desacomodação das comunidades em que realizam suas práticas.

Na dimensão do campo das práticas, nos territórios de Saúde da Família, uma das falas das participantes do estudo retrata o quanto as experiências formativas em práticas de educação popular, realizadas em grupos de educação em saúde, permitem aos mesmos

perceberem as dificuldades na organização de espaços coletivos em que haja interação e participação, é a seguinte:

O que eu acho difícil é muitas vezes a adesão de novos membros no grupo e a criação de novos grupos. Ah, eu trabalho com determinados grupos, mas eu queria criar um outro grupo de medicamentos, por exemplo, é difícil a criação de novos grupos, às vezes vem um, vem dois. (Sujeito D).

Em análise retrata o quanto a formação ainda deve trabalhar processos em que os estudantes desenvolvam habilidades no intuito de organizar suas práticas em conjunto com a comunidade e não para a comunidade, em um querer de ambos. Construiria assim meios mais participativos, estimulando a desacomodação, portanto com maior potencial ao protagonismo pela efetividade das ações e com menos frustrações em suas práticas educativas de cuidados em saúde.

Ricardo Ceccim (2005) defende ainda que tais práticas educativas devem ser crítica e revista, para que possibilite pertencer aos serviços de saúde, os profissionais e aos estudantes, como uma forma dos conhecimentos postos alcançarem o encontro entre os saberes formais e os saberes dos operadores das realidades e viabilizarem uma autoanálise e principalmente uma autogestão. Assim entendido por Ceccim:

Os saberes formais devem estar implicados com movimentos de autoanálise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas. (CECCIM, 2005, p. 166).

Dessa forma, os sujeitos estudantes devem questionar constantemente suas práticas no campo da saúde, criando canais de discussão e problematização dessas também com profissionais de saúde dos serviços, para que a prática educativa não fique isolada da prática do cotidiano de trabalho desses profissionais, no cuidado em saúde.

Isso o inclui no processo de formação profissional em saúde e estimula-o participar e contribuir no desenvolvimento de metodologias participativas, tanto em práticas pedagógicas formativas com os estudantes, como em práticas de cuidados em saúde, desempenhando seu papel de também educador nesses espaços.

No contexto político, o protagonismo no processo de formação profissional em saúde, dessa forma também se inscreve na participação, onde podemos evidenciar historicamente pela força política que emerge das lutas e mobilizações sociais de democratização de nossa sociedade e na construção política do sistema único de saúde.

A experiência formativa no campo das práticas permite aos estudantes evidenciarem canais de participação que tem relação direta com as formas institucionalizadas de participação no campo da saúde, quando essas ocorrem nesses espaços. Tendo assim a possibilidade de também serem protagonistas nas decisões coletivas e de compreender a força de seu agir político como futuro profissional de saúde. Infelizmente as discussões em torno do protagonismo pela ação política em meios institucionalizados não foi aprofundado em nossos encontros, no entanto, uma das falas permite verificar que elas estão também presentes no processo de formação:

E políticas públicas que fala do sujeito participar, ser politicamente mais ativo, nós fomos convidados até a participar daquele, agora eu não me lembro muito bem, mas que a população se reúne para votar em algum projeto que seja de interesse. É a participação popular.(Sujeito E).

Nela referindo-se à participação em decisões coletivas por mecanismo direto de participação popular do Orçamento Participativo no Rio Grande do Sul.

A incipiente discussão dessa questão de participação em instâncias institucionalizadas no campo da saúde pelos estudantes em processo de formação profissional nos faz levantar o debate com base nos estudos de Doimo (1995), sobre a abertura política que as instâncias institucionalizadas permitem a sociedade, no sentido de buscar de forma organizada meios de garantir, através da formulação de políticas públicas, as condições necessárias para uma saúde de qualidade e o quanto isso ainda não permeia a prática de trabalho dos profissionais, como visto nos diálogos com esses, na primeira fase do estudo e nem nas práticas educativas dos estudantes dos territórios de Saúde da Família, por não serem reconhecidas culturalmente por esses agentes como canais de participação.

Para Vasconcelos (2004) a aproximação do campo da saúde com os movimentos sociais possibilita muitas transformações nos serviços de saúde e rupturas no modelo autoritário e dominante de atenção biomédica, por isso importante uma formação que permita ao estudante envolverem-se com questões pertinentes as reivindicações coletivas comunitárias que estejam relacionadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas, avançando em meios institucionais, elevando as suas práticas de apenas experiências isoladas e transitórias no processo de formação, para uma prática integrada ao cotidiano dos sujeitos na sociedade e invertendo assim também a lógica verticalizada dos saberes e do próprio processo de ensinar e aprender da formação profissional em saúde.

No entanto é necessário que a formação profissional permita entender e conhecer maneiras de fazer com a população um conhecimento libertador, ocupando-se de criar vínculos entre a ação em saúde, o pensar e o fazer das pessoas.

Assim uma formação profissional em saúde, construída por uma pedagogia crítica, emancipatória, realizada nas práticas da educação popular com as práticas técnicas científicas, implica uma intencionalidade política, pois o processo educativo se dá na participação dos sujeitos, no movimento, na práxis.

A práxis então se torna um caminho efetivo ao protagonismo tanto dos estudantes, que ao mesmo tempo em que apreende, compreende o seu papel político como cidadão e futuro profissional. Como das pessoas da comunidade, que ao mesmo tempo em que compartilha suas necessidades, ensina e aprende o seu papel e a do futuro profissional na sociedade. Conversando sobre protagonismo no terceiro grupo focal, o grupo tece alguns comentários neste sentido. Abaixo se referindo ao seu próprio agir político de negociações políticas e sociais em organizações comunitárias no território de ESF, para organizar e desenvolver uma prática de cuidado em saúde.

Quando eu cheguei na ESF não eram desenvolvidos nenhum grupo, nenhum tipo de grupo, nem puericultura, nem gestante. Então a gente começou a trabalhar para retomar grupos de puericultura, grupos de gestante e depois começar com um grupo de hipertensos e diabéticos e tentar linkar com alguns outros projetos de intervenção na escola, no CRÁS que tem lá, enfim nas outras entidades que a gente tinha lá disponível. (Sujeito D).

Outra participante fala referindo-se a sua percepção quanto ao protagonismo que as agentes comunitárias têm em seu trabalho na comunidade, no estímulo a participação popular: *“Eu acho que o chamamento também para participação. A dedicação que eu via de muitas agentes de saúde, em cada passada delas, elas iam lembrando.” (Sujeito B).*

O protagonismo também é evidenciado nas trocas de conhecimentos sobre um determinado problema de saúde com a população, quando esses contribuem ao debate:

Eu acredito que quando a gente passou pelo estágio, quando tu tem os grupos, tudo bem que tenha uma pessoa que comece, que fale, por exemplo, de diabetes, vamos conversar sobre diabetes, entender diabetes e vai ser dado orientações, mas de alguma forma todos contribuem e se falam entre si. Então todos são protagonistas, todos são, tem muitas trocas assim. (Sujeito E).

Corroborando neste sentido a fala de outra participante quando entende que se deve oportunizar no momento dos encontros, uma maneira de instigar ao usuário a participar, a

trazer suas contribuições no grupo e ser assim também protagonista, tornando-se coautor do conhecimento que está em debate e, portanto, mais autônomo em suas decisões ao cuidado em saúde.

É transformar ele um coautor do trabalho, não está ali só pra assistir, porque o que a grande maioria das pessoas que frequentam a ESF vão pra ouvir e esse grupo que estou propondo é o contrário, quem fica quieta agora sou eu, quem fala é eles. E a gente vê um silêncio assim, o silêncio pra alguns incomoda. Eu acho que é tentando fazer com que cada vez eles sejam mais autônomos, buscando essa autonomia. Cada profissional assim trazendo conhecimento dele e o conhecimento do usuário fazendo com que esse usuário tenha mais autonomia, pra ele ser mais autônomo. (Sujeito A).

Esse conjunto de falas demonstra que o processo de formação profissional em saúde em práticas de educação popular em saúde, propicia aos estudantes evidenciarem a importância que tem a participação dos usuários no desenvolvimento de suas práticas de cuidados. Revela também que o protagonismo é significado a partir de ações coletivas, através das trocas estabelecidas nas relações sociais no território; organização de práticas educativas em saúde, quando desses exigem negociações e combinações com os diferentes equipamentos comunitários; ao evidenciarem o papel de outros atores sociais no processo que impulsiona a participação popular, como dos ACS; ao valorizarem os saberes populares nos espaços de educação em saúde e incentivando pesquisa como motivação dos usuários na autonomia do cuidado de si.

Os sujeitos demonstram seus entendimentos sobre esses significados da participação dos usuários, ao dizerem que “*Sim, ao mesmo tempo em que o usuário se sente valorizado, ele se sente motivado a participar das questões de seu interesse.*” (Sujeito F). E ainda “*Eles participam e demonstram o conhecimento que cada um já traz.*” (Sujeito B).

Toda essa reflexão sobre a importância da participação popular e do protagonismo que os sujeitos podem exercer encontra-se relacionado a todo o processo de formação profissional em saúde na qual estão imerso, pois os estudantes descrevem realizar um trabalho coletivo, com profissionais de diferentes áreas nas práticas de aprendizagem nos territórios de ESF, e inseridos em diferentes espaços comunitários e culturais, possibilitando assim uma importante e significativa experiência, portanto com potencialidade ao protagonismo em movimentos coletivos para a transformação de realidades.

Essa participação das pessoas no campo da saúde deve ser entendida como um movimento político e coletivo e não a uma racionalidade individualista, deve ser permeada

pelo diálogo, pois é na ação política, de liberdade do cidadão em se expressar que as necessidades em saúde se evidenciam, possibilitando um modelo de educação emancipatória que proporciona à autorreflexão do indivíduo na sociedade e seu papel como cidadão no coletivo.

Nessa perspectiva, portanto, a educação emancipatória torna-se caminho norteador em práticas de educação popular em saúde, possibilitando através da formação desses saberes entre os sujeitos, uma prática em saúde mais consciente e efetiva na preservação da vida em sua coletividade.

É evidente que uma formação profissional em saúde humanística, que busque além de melhorar as condições de saúde de sua população, uma maior autonomia de seus grupos por uma consciência crítica e voltada a emancipação humana, deva agregar o compromisso dos sujeitos envolvidos nesse processo educativo. Nele, os governos com os gestores, os serviços de saúde com os profissionais de saúde, as instituições de ensino com seus educadores, estudantes e a comunidade com suas pessoas, devem constituir meios para o diálogo e para efetivação de políticas públicas que estejam em acordo com os valores de responsabilidade e compromisso social de uns com os outros.

É nessa relação de sujeitos, que surge a possibilidade de um novo jeito de formar profissionais sensíveis às demandas de uma sociedade desigual. Cabe à academia repensar constantemente suas formas metodológicas, adotar uma postura dialética e buscar junto com os demais a utopia de novas formas de ensinar em que possam de fato contribuir para uma sociedade mais justa e saudável.

O grupo dos sujeitos evidencia em seu processo de formação profissional em práticas de educação popular, a necessidade de articular diversas instituições e espaços comunitários na organização e planejamento de ações coletivas no campo da saúde.

Não esperar só da comunidade ao serviço, mas também tu te prestar a fazer fora desse lugar físico. Mas falando de lugar físico, o que vem na minha cabeça é uma cozinha comunitária, um CRAS, o ESF em si. Eu acho que espaços assim são importantes [...] eu posso falar da minha experiência no ESF Cinza, as pessoas ainda não conhecem, tudo que abrange, todas as possibilidades que existem. [...] Eu acho que na forma de espaços como esse que a gente está, fazendo hoje, através das reuniões de equipe que o Ministério da Saúde preconiza como obrigatório. Eu acho que deveria ter sim mais reuniões, porque é na troca com o outro que a gente muda, enfim a gente tá falando desde o primeiro encontro, que através da troca que a gente consegue também fazer algo diferente, então se a gente conseguir disponibilizar esses espaços de trocas né. (Sujeito A).

As falas apontam como o processo educativo permite ao estudante ver os diferentes espaços em que se organizam os grupos populacionais na comunidade, tais como “*associações de moradores, igrejas, escolas, etc.*” (Sujeito F), sendo também esses importantes de serem articulados com os serviços de saúde e serem reconhecidos e compreendidos pelas suas potencialidades pelo estudante, quando em seu processo de formação e no cotidiano do seu futuro profissional. Como exprime a participante: “*E acho que parte disso, de tu ver a comunidade como um todo, não só a comunidade vir até ali, mas tu ir até a comunidade, como escola, creche.*” (Sujeito C).

Dessa articulação emerge inúmeras possibilidades de ações coletivas em saúde, que ultrapassam os muros da unidade de saúde, colocando diferentes atores sociais em um processo de mobilização para a melhoria da qualidade de saúde de sua comunidade. Como demonstra a fala de uma das participantes do estudo:

A integração entre o ensino, serviço e comunidade, demonstra que é possível uma reorientação profissional, com uma abordagem integral do processo saúde-doença e onde o contato pessoal é indispensável na relação de profissionais e usuários, pois incorpora a essência do cuidado em saúde. (Sujeito D).

A partir dessa integração, a formação profissional em saúde é então assumida como um direito e uma responsabilidade de todos os sujeitos, não somente no plano de inovações educativas, mas também na formulação, execução e acompanhamento de políticas públicas na educação e na saúde, possibilitando um processo de empoderamento coletivo e uma formação em sua essência política, portanto emancipatória.

Dessa forma, essa articulação se apresenta como um grande desafio e possibilidade na formação, onde a definição de políticas públicas em que a saúde e a educação possam estar sendo pensadas coletivamente pela população e sendo assumidas efetivamente na prática pelos sistemas de educação, de saúde e pelas instituições formadoras de profissionais da saúde.

Nesse sentido, o educador Paulo Freire nos ensina que se nossa opção for “a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação” (FREIRE, 2000, p.31), devemos optar por um processo educativo em que as qualidades e as virtudes do grupo sejam “construídas por nós no esforço que nos impomos para diminuir a distância entre o que dizemos e o que fazemos.” (FREIRE, 1997, p.96).

No entanto, no processo de formação profissional em saúde devemos estar atento às relações políticas presentes nas organizações e movimentos sociais, por se caracterizarem por ideias, atitudes, crenças, opiniões e práticas que interferem e dão lógica, racionalidade e legitimidade nas relações entre os membros de um determinado grupo social, podendo também desenvolver consensos limitadores de ações transformadoras.

As experiências formativas em práticas de educação popular em saúde permitem ao grupo de sujeitos evidenciarem situações, referentes às relações que se estabelece entre os serviços e instituições, no atendimento ao usuário do sistema, que mesmo tidas como legítimas ao serem adotadas pelos profissionais de saúde e às vezes aceitas pela população, por não terem outra opção momentânea, interferem negativamente no acesso e na atenção integral à saúde das pessoas e que podem ser reproduzidas no processo de formação em saúde.

Dentre essas estão os fluxos de encaminhamentos, alguns pré-estabelecidos de forma consensual com os diferentes serviços e instituições e outros de forma mais verticalizada entre os diferentes níveis de atenção à saúde do sistema. Uma das falas que denunciam o quanto o sistema de saúde pode estar organizado de forma verticalizada e criando mecanismos tácitos que continuam legitimando uma saúde desintegrada entre as instituições em seu contexto geral, é a seguinte:

Até lá no “ESF Roxo” a gente queria fazer um trabalho, tentar fazer um grupo focal com os serviços, por essa comunicação entre os serviços [...] a gente acha uma grande dificuldade de se encaminhar de um serviço para o outro. É muito burocrático [...] uma certa dificuldade de integrar sabe. (Sujeito C).

A fala denuncia a burocracia estabelecida no serviço de saúde, nos diferentes níveis de atenção, muito conhecida e divulgada nos meios de comunicação, mas ainda muito presente no campo da saúde, que em um cotidiano e rotina de trabalho em saúde, poderia ser incorporadas como meios legitimados de condutas, dadas as relações de poder que se estabelece entre os diferentes níveis de atenção a saúde e que apesar de trazer inquietações aos profissionais de saúde e a comunidade, vão sendo tomadas como aceitas nas práticas de saúde.

Assim, incorpora um difícil meio de comunicação no campo da saúde, que interfere diretamente no atendimento integral ao paciente, e que ao ser percebido pelo estudante no processo de formação profissional, deve ser problematizado em suas práticas com os diferentes sujeitos, sejam eles profissionais, educadores e usuários do sistema, no intuito de

mobilizar a sociedade e suas organizações a encontrar diferentes formas de transformar esse importante processo relacionados ao cuidado em saúde, em um meio mais eficaz na resolutividade dos problemas de saúde.

Nesse caso, segundo Bourdieu (1989) o poder simbólico que se evidencia é a burocracia, na dificuldade de integrar os serviços, pelos fluxos que as relações estabelecem quanto à forma de encaminhamentos de atendimentos nos diferentes níveis de atenção à saúde pelos serviços e instituições de saúde, de forma verticalizada, sem a participação da população, onde cada qual exerce um poder, muito deles de maior potência pela atenção especializada, determinando ações legitimadas nas condutas e práticas de saúde. Que são adotadas como corretas, apesar de muitas vezes trazerem inquietações aos profissionais pela ineficiência na resolutividade dos problemas de saúde e aceitas muitas vezes por estar reconhecida como parte do sistema de saúde, mesmo essa dificultando o acesso à saúde em outros níveis de atenção.

Entender esse e outros mecanismos tácitos que se estabelece no campo da saúde, durante o processo de formação possibilita ao estudante em suas práticas de aprendizagem desenvolver um agir que mobilize as pessoas e combata toda e qualquer forma de opressão contrária à saúde dos indivíduos, potencializando dessa forma uma prática de saúde, imbuída de um agir político e social.

O fortalecimento de uma formação com um olhar mais crítico na área da saúde pode ser reveladora de muitas necessidades que existem nesse campo e que podem estar reprimidas, devido a um conjunto de mecanismos tácitos que tomam proporções arrebatadoras de processos emancipatórios, neutralizado às condições necessárias do agir político dos indivíduos.

Nesse sentido, uma formação profissional em saúde que se objetive em processo de emancipação humana e de uma prática profissional de integralidade à saúde, se configura em processos educativos em que as experiências no campo formador sejam pautadas por uma reciprocidade na construção do conhecimento e não em uma persuasão a fim de sujeitar as pessoas em processos teóricos e práticos estanques.

Por isso, devemos considerar para análises de práticas sociais e políticas, tantos os elementos objetivos, como os subjetivos, materiais ou simbólicos dos sujeitos, em um processo em que se possam construir políticas públicas de interesse coletivo no campo da saúde e da educação.

Nesse contexto social em que se dá o processo de formação profissional em saúde, é essencial considerar o espaço e os sujeitos dessas relações, como o potencializador de um conhecimento coletivo e transformador.

Portanto, pensar formação profissional em saúde emancipatória, requer compreender os sujeitos a partir de suas interações com o meio em que estão inseridos e nas suas relações sociais, de maneira a serem traduzidas em práticas voltadas às necessidades e a integralidade da atenção à saúde da população.

É dessa forma que o grupo de sujeitos estudantes, no terceiro e último encontro do grupo focal, permite a construção coletiva da Matriz de Possibilidades e Dificuldades evidenciada no processo de formação profissional em saúde, a partir de suas experiências em práticas de educação popular saúde compartilhadas, como um ponto de chegada de todo o trabalho de problematização, sistematização e reflexão desenvolvido ao longo desse estudo, em nossos encontros, contudo, sem ser esse o ponto final da construção coletiva sobre essa importante temática. A Matriz das Possibilidades e Dificuldades das relações do processo de formação profissional em saúde com as práticas de Educação Popular encontra-se para consulta no **APÊNDICE B**.

4.4.3 Participando da pesquisa

O estudo baseou-se em uma metodologia que contemplou elementos da pesquisa participante, onde todos os sujeitos que aqui socializaram seus saberes e conhecimentos foram convidados não só a produzir um conjunto de informações, mas a problematizar e debater a temática, refletir e contribuir com suas experiências profissionais, de vida e do processo de formação profissional em saúde, para a construção desse conhecimento.

Assim no momento em que concluímos nossos objetivos, oportunizamos a escuta e o diálogo sobre os sentimentos e aprendizagens nesse processo de emersão pela pesquisa.

O grupo tece um conjunto de comentários sobre como foi à experiência de participar do estudo, refletindo sobre seu próprio processo de formação em práticas de educação popular, como nas falas a seguir:

Ah, eu primeiro! Eu adorei fazer parte da pesquisa, porque a gente se sente também um pouco mais valorizados no trabalho que a gente está fazendo e com certeza, pelo fato de seleção, pelo fato de vários profissionais na área, tu foste escolhido. Então, é o fato de que o teu trabalho está sendo valorizado de uma forma ou outra, eu acho que essa pesquisa dá muito mais pra nós, uma visão geral, uma visão mais ampla,

do quê a gente deve buscar, tu entende, tanto como pessoa, como profissional, enfim. Os assuntos que foram tratados aqui, com certeza têm os seus resultados ainda ao longo do tempo, eu gostei bastante. (Sujeito A).

Eu também gostei bastante e eu assim me senti, o que me chamou atenção aqui é profissional de diferentes áreas, trabalham diferentes estratégias, mas a realidade é muito parecida e a vivência que a gente tem, assim...como é que eu posso dizer... o conceito que a gente consegue absorver da comunidade é muito parecido assim. (Sujeito D).

Positiva, não conhecia a existência dessa política e através do estudo pude refletir e melhor compreender a importância de envolver a comunidade nas decisões e no cuidado. (Sujeito F).

As falas revelam a “boniteza” (utilizando a palavra de Paulo Freire), do estudo quando os sujeitos revelam a importância que teve a sua participação. Além de demonstrarem sentimento de gosto positivo por estar compartilhando conhecimentos, demonstram o quanto elementos da pesquisa participantes como a problematização e o diálogo significa uma nova forma de pensar o mundo, pela temática trabalhada.

Considerando somente algumas falas dos participantes, dentre tantas outras dialogadas, podemos identificar significados importantes o uso dessa metodologia, em estudos no campo da saúde, pelas seguintes conclusões:

- Valorização dos saberes dos sujeitos, ao serem convidados a participar, o que promulga uma motivação a mais de envolver-se em processo reflexivos da práxis do trabalho em saúde;
- Revela que a participação no estudo possibilita ampliar a visão sobre seu papel na sociedade, tanto como cidadão, como também profissional da saúde;
- A construção desse conhecimento possibilita outros resultados futuros as nossas práticas e cuidados em saúde;
- Revela a importância que tem o trabalho integrado multidisciplinar e interdisciplinar, tanto no cuidado em saúde como também no processo de pesquisar, questionar e revelar a realidade;
- Que conhecer uma comunidade implica compreender os diversos fatores e suas relações humanas, todos importante para compreender o processo saúde doença, como também para uma ação transformadora da realidade no campo da saúde;
- Importância de conhecer e compreender as políticas públicas e suas influências e potencialidades no cuidado em saúde participativo;
- Revela que por meios dialógicos e críticos os processos educativos em educação popular, inscritos em sua formação profissional em saúde, potencializam sua ação social e política ao compreendê-lo.

Com o intuito de envolver os sujeitos também no processo de comunicação dos conhecimentos construídos nesse estudo e de entender como esses potencialmente poderão ser apropriados pelos sujeitos em seu futuro profissional, colocamos na roda do encontro, a voz do grupo:

Ah, eu acho que um seminário seria legal, ia ser ótimo. [...] Eu até comentei bastante com as minhas colegas sobre a pesquisa, que elas também gostam e daí eu até mostrei o vídeo, acho que até tu postou (aponta para colega), mostrei o vídeo lá no ESF Laranja pra minha supervisora. E eu acho que são conteúdos que todo mundo deveria ter acesso, todo mundo que gosta, pelo menos tivesse acesso e mesmo que seja impresso, da gente ir ver. (Sujeito A).

Publicando o estudo.[...] Através de minha atitude como profissional, mais participativa e menos verticalizada. Envolvendo mais a comunidade no espaço de saúde onde irei atuar e proporcionando mais diálogo com a população (Sujeito F).

Nas próprias ESFs, com os estudantes que passam por lá, deveria haver uma abordagem sobre o tema. [...]Acredito que praticando tudo o que foi discutido já é uma forma de socializar (Sujeito E).

Dessa forma o grupo aponta os rumos que o estudo pode seguir a partir desse momento. Eles fazem um conjunto de sugestões de socializar o conhecimento que se encontra numa perspectiva bastante participativa e em diversos espaços, tais como em seminários, em publicações, mas também nos próprios espaços das estratégias de saúde da família, de maneira que essa temática possa ser abordada e discutida com outros tantos estudante que irão inserir-se nas práticas educativas nesses espaços.

As falas também expressam o quanto à participação do estudo já implicou em outros processos reflexivos ao compartilharem materiais em outros espaços e com outros sujeitos, inclusive com educadores.

E por fim, a participação no estudo pelos sujeitos denota a importância do processo de reflexão em metodologias com base na educação popular, quando indicam que o estudo sobre a temática implica em um fazer mais consciente como futuro profissional, em um cuidado em saúde mais participativo, menos verticalizado, em que envolvam a comunidade numa práxis pelo diálogo.

Isso é maravilhoso para mim!

5 POSSIBILIDADES E LIMITES DA RELAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO POPULAR

A formação profissional em saúde, revelada aqui pelas experiências do cuidado em saúde em práticas de educação popular é de uma velha e também nova pedagogia, pois está em constante movimento, se delinea também na luta social, onde o profissional em formação percebe-se também como educador na medida em que faz parte da história de vida dos sujeitos. Isso significa uma experiência nas atividades coletivas dos movimentos da comunidade, como traduzido por Gramsci (2006), em uma relação orgânica entre intelectuais e comunidade.

Educar na perspectiva integral de atenção à saúde é promover a participação coletiva, resgatando a capacidade de pensar e fazer parte da história das pessoas excluídas dela. Portanto, exige uma postura crítica diante dos acontecimentos, em que os sujeitos contestam a ordem estabelecida, problematizam, propõe ações, transformam a realidade e contribuem para novas propostas políticas, tanto no campo da educação como da saúde.

O presente estudo apresenta revelações importantes quanto às influências que o processo de formação profissional em saúde, imerso em experiências em cuidado de saúde, em práticas de educação popular, em territórios de saúde da família, se dá quando os estudantes se percebem envolvidos num aprendizado que vai além de aprender a técnica lida e relida nos conteúdos teóricos de sala de aula. Emergem numa realidade nunca antes vivida e sentida dessa forma, que choca, cria medos, mas desenvolve a curiosidade, a criticidade, a afetividade, a amorosidade, revela suas fragilidades e potencialidades, descobre diferenças e semelhanças nos contextos sociais, compreende seu papel como pessoa e como futuro profissional no mundo e ainda reconhece o outro como também um sujeito, que irá fazer parte para sempre de sua prática de cuidados em saúde.

O que evidenciamos ao problematizar, sistematizar e refletir a partir das experiências dos participantes, no processo de formação de profissional imerso em práticas de educação popular, é um conjunto de elementos e atributos que permeiam esse processo de aprendizagem e que ao sistematiza-los em três dimensões muito dinâmicas, com base no referencial teórico proposto no estudo, revela em sua totalidade a essência dos componentes dessa formação.

O estudo, considerada que os componentes essenciais no processo de formação profissional em saúde, no contexto da formação formal são o ensino, a extensão e a pesquisa. Juntos formam um importante tripé desse processo, mas, no entanto, podem e devem ser

constantemente reconstruídos e transformados à medida que surgem novos entraves e possibilidades de formar gente que cuida verdadeiramente de gente.

As três dimensões aqui considerada no processo de formação profissional em saúde, são trazidas do contexto que a educação popular representa no processo educativo, que sejam as dimensões cultural, social e política.

Na Dimensão Cultural, considera a cultura e a necessidade das pessoas, como resistência e força. Uma forma de poder, identificado nos modos e costumes do povo em agir, negociar e fazer escolhas num processo de resistência e acomodações na sociedade capitalista. É nesse processo de agir dos homens, nos movimentos de transformação, que existe um reconhecimento de sua classe social, através dos embates de defesa de interesses coletivos.

Na Dimensão Social, a experiência aparece como elemento mediador entre ser social e consciência social, dada pelo encontro com outros sujeitos, onde teoria e prática se configuram em práxis, problematizadas e mediatizadas pelo diálogo, permite a passagem da consciência ingênua à consciência crítica.

E na dimensão Política, os movimentos sociais e participação popular são identificados como uma organização política e de controle da sociedade, apontando para possibilidade de ruptura dos modelos autoritários e dominantes, com superação dos mecanismos tácitos de consensos impostos pela legitimidade nos grupos, visando autonomia, emancipação dos povos e a integralidade da saúde humana.

O que o estudo revela primeiramente na dimensão cultural em que se elevam os pressupostos filosóficos freirianos e os estudos de Thompson e de Brandão, que o processo de formação profissional imerso em práticas de educação popular ainda é incipiente e frágil. Mesmo presentes às vezes conteúdos e abordagens dessa metodologia no campo teórico em algumas disciplinas, elas não são significadas nas práticas de campo, como uma metodologia capaz de produzir um novo processo de conscientização e aprendizagem no coletivo para uma atenção integral à saúde. Isso também se traduz no cotidiano da docência, quando os educadores não conseguem evidenciar claramente onde se inscrevem os princípios filosóficos epistemológicos de práticas de aprendizagem em que considerem essencialmente a mediação e a valorização dos diferentes saberes dos sujeitos e a construção coletiva do conhecimento.

No entanto, o processo de construção do conhecimento desse estudo, baseado na problematização sobre a temática, fez vir à tona um conjunto de práticas de saúde realizadas nas estratégias de saúde da família no processo de formação, como potencialidades de espaços para as práticas de educação popular, sendo as mais evidenciadas pelos participantes os

grupos de educação em saúde, a visita domiciliar, o acolhimento, o trabalho educativo na escola, a reunião de comunidade, além de práticas que envolvam outros setores e organizações comunitárias.

Dentre os elementos atribuídos como importantes nessa dimensão para que ocorra um processo educativo capaz de revelar a realidade cultural e social estão: a inserção em práticas de formação em saúde coletiva, o conhecimento do território de saúde e das necessidades em saúde da população.

A inserção em práticas de formação em saúde coletiva permite experiências de formação que vai muito além daquelas organizadas nos currículos do curso, elas são potencializadas na aproximação dos estudantes com a comunidade, por meio de suas relações pessoais, profissionais e pelas próprias vontades e desejos do estudante, inscritos em seus modos de vida. Ou ainda, sendo desenvolvidas pelo o que podemos considerar o currículo oculto, no processo de formação formal, dada pelas experiências que reforçam o aprendizado sociocultural nas inter-relações dos sujeitos.

A inserção comunitária como um elemento da formação, permite diferentes experiências no processo de formação profissional e é evidenciada quando se apresenta nos três componentes da formação: no ensino, pelos estágios curriculares, na extensão em projetos comunitários e na pesquisa vinculados a extensão e ao próprio ensino na produção de conhecimentos científicos.

Sem dúvidas é muito pertinente conhecer o lugar, as pessoas e suas relações no campo da saúde, para que se possa desenvolver uma atenção integral à saúde. Isso permite compreender como se estabelece o processo de saúde doença da comunidade e possibilita identificar um conjunto de fatores condicionantes e determinantes no processo de adoecer.

Assim eleva-se “conhecer o território de saúde” como um elemento importante a ser considerado no processo de formação profissional em saúde e que esse estudo apresenta não somente com esses atributos, mas que ao conhecê-lo pelos estudantes revela outras realidades, vulnerabilidades e modos de vida. Organizando dessa forma um conjunto de conhecimentos que são imprescindíveis na prática do futuro profissional de saúde, no que tange a valorização da cultura e dos diferentes saberes, além das potencialidades sociais e políticas que essas e seus territórios têm e podem contribuir para melhores ações no campo da saúde.

Dessa forma, os conhecimentos que se constroem nas experiências do processo de formação profissional em saúde, em práticas de educação popular possibilitam aos estudantes identificar um conjunto de necessidades em saúde. Esse termo quase sempre é utilizado no

campo da saúde para designar as demandas que emergem das comunidades. E essas quase sempre são muitas e pautas de reivindicações dos coletivos. Em sua maioria estão relacionados a deficiências do sistema de saúde, pela falta de produtos (medicamentos e outros) e de serviços especializados, pela falta de recursos humanos.

Em nossos diálogos os profissionais de saúde apontam nessa direção quando ressaltam que os usuários do sistema exigem consultas médicas, exames e procedimentos de alta densidade tecnológica. Essa realidade vincula-se ainda ao modelo sanitário, centrado no profissional e na especialidade médica, que o sistema público de saúde deseja inverter e que a educação tem um papel fundamental pela possibilidade de colocar os sujeitos em processos reflexivos que contribuem para uma consciência crítica da realidade.

Assim, o estudo revela o quanto às necessidades em saúde também está relacionado a um processo de conscientização política da população e nas suas formas de garantir o direito a uma saúde pública de qualidade, pela participação, atendendo as suas reais necessidades em saúde.

Na dimensão cultural podemos considerar que a imersão do estudante no campo das práticas permite pela interação com a comunidade, identificar potencialidades dos indivíduos e de suas organizações, conhecer outras formas de cuidado, identificar necessidades por traz dos existentes processos de acomodação e resistências da população, potencializar o agir político e participativo do estudante e da comunidade, no entanto ainda parece restrita a permeabilidade a esses atributos nessa formação, devido às poucas aproximações concretas aos diferentes modos que o cuidado se insere na vida das pessoas, mesmo considerando que existe um processo de resistências na cultura das comunidades que impedem uma decodificação completa de seus modos de vida.

Dessa forma, o processo de formação profissional em saúde em práticas de educação popular implica na necessidade de interpretar os símbolos de expressão cultural que envolve sentidos de recusa e de resistência, que somente pode ser conjugada com a aproximação dos saberes populares, em uma educação em que os docentes sejam mediadores de um processo educativo participativo e voltado a reconstituir novas formas concretas de vida, que na prática é o que define as possibilidades de uma crítica aos problemas no campo da saúde e de práticas de saúde mais humanas e integrais.

Nesse processo incluir os profissionais em saúde, dos serviços de saúde, contribui para que se insiram amorosamente e de forma responsável no processo de formação do estudante,

possibilitando também desenvolver a consciência de ser também um educador tanto nesse processo, como em suas práticas profissionais.

Para isso, torna-se importante e necessário no processo de formação profissional em saúde, em vistas a atender as reais necessidades em saúde da população, conhecer o território em saúde, como um espaço dinâmico, bem como potencializar ações intersetoriais na efetivação de políticas públicas e sociais.

Na dimensão social, o estudo revela a importância da experiência de imersão no campo das práticas em processos educativos dialógicos, como nas práticas de educação popular. Consideram a educação popular nos processos de aprendizagem, como uma metodologia potente na revelação e transformação das realidades. Para tanto essa experiência deve ser conduzida por uma práxis, onde teoria e prática possam constantemente ser problematizadas num processo de mediação dialógica e participativa, contribuindo assim para um processo de conscientização crítica e transformadora da realidade posta.

Neste contexto, ao sistematizar as experiências formativas em práticas de educação popular apontadas, o estudo apresenta como elementos fundamentais no processo educativo a imersão em práticas de educação popular em saúde, a reflexão sobre o significado dessa prática no aprendizado e a compreensão de uma visão ampliada da saúde em sua prática profissional. .

Constitui-se como atributos desse processo de formação, permitindo aos futuros profissionais desenvolverem um processo de conscientização crítica e uma prática de cuidados em saúde mais integrais: a problematização, o diálogo, a escuta, a valorização de espaços coletivos de debates de questões da saúde, a valorização do saber popular, o vínculo e a compreensão dos significados objetivos e subjetivos relacionado ao contexto da saúde das populações.

A criticidade é compreendida por um conjunto de denúncias e reflexões sobre os problemas e questões do campo da saúde e do seu próprio processo de formação profissional, corroborando com o significado que o educador Paulo Freire, nos apresenta em seus estudos, sobre o processo que incide na transição da consciência ingênua à crítica.

A educação Popular assim se constitui também um norteador da relação entre intelectuais e classes populares, fazendo através da experiência do estudante a possibilidade de acesso e conhecimento das dinâmicas de luta e resistência aos problemas a serem enfrentados coletivamente no campo da saúde. Potencializam por essa metodologia, o

vínculo, a empatia e a corresponsabilidade entre estudantes, profissionais de saúde e comunidade, melhorando assim o trabalho de atenção à saúde dos indivíduos.

Dessa forma, os serviços de saúde passam a ser espaços de aprendizagem, capazes de proporcionar o encontro dos sujeitos, com a prática em saúde, constituindo novos saberes capazes de absorverem as demandas de cuidado e as necessidades sociais em saúde, significando processos de formação constituídos pela integralidade de atenção a saúde.

E por último, na dimensão política do processo de formação profissional em saúde desenvolvida em práticas de educação popular em saúde, nos territórios de saúde da família, o estudo possibilita compreender e identificar um conjunto de dificuldades e potencialidades existentes nesses espaços e que fazem parte do processo de formação dos estudantes. São elementos imprescindíveis na dimensão política desse processo a integralidade e interdisciplinaridade e o protagonismo e interinstitucionalidade.

Quanto à integralidade o estudo apresenta ser necessário um processo de formação em que permita construir coletivamente estratégias de integração entre as práticas de cuidados populares e de técnicos científicos, valorizando assim outros saberes no cuidado integral à saúde.

Nesse processo de formação, a integralidade da atenção à saúde nas práticas dos estudantes se constitui pela criação de vínculo, do estudante, profissionais da saúde e comunidade, possibilitando a inclusão dos usuários também na tomada de decisões para ao cuidado em saúde.

Dessa forma, as práticas de ensino aprendizagem baseadas na educação popular deve ter a escuta e o diálogo, como meios para tomadas de decisões e enfrentamento de problemas no campo da saúde, construindo espaços coletivos, institucionalizados ou não, onde o usuário participe e crie meios de garantir seu direito à saúde, preservando sua autonomia e potencializando a emancipação política dos grupos no campo da saúde.

Por fim, a integralidade da atenção à saúde é atribuída pelos estudantes no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, onde a educação popular no processo de ensino e aprendizagem permite compartilharem suas experiências, buscando através da reciprocidade de saberes e conhecimentos, um agir mais participativo e responsável na profissão.

Nessa dimensão, a participação social é inscrita como uma conquista que a educação e a saúde devem estar buscando permanentemente. Ela é protagonizada pelos estudantes na compreensão das influências que os fatores culturais, sociais e políticos atuam na vida de uma

comunidade e na valorização dos diversos saberes dos sujeitos, considerando esses com um todo, seres humanos indivisíveis.

O protagonismo e a institucionalidade, como elementos da dimensão política na formação profissional em práticas de educação popular, se mostra um constante desafio a ser efetivado pelos sujeitos do campo da saúde. Exige uma práxis do processo de formação que permita ampliar o processo de conscientização dos estudantes a um nível que se percebam como autores de sua própria formação, quando lhe é permitida autonomia pela mediação da teoria e da prática pela articulação entre os sujeitos envolvidos no processo de formação, em que coexistam responsabilidades mútuas para um cuidado integral à saúde.

O que podemos constatar na dimensão política da formação em práticas de educação popular é que os estudantes trilham por um caminho em construção, onde se encontram “mergulhados” em um sistema de educação e saúde, que exige a urgente superação dos processos de dominação do conhecimento e de mecanismos tácitos que restringem e impedem de ampliar o conjunto de possibilidades criativas, humanas e significativas de transformação do cuidado integral à saúde.

Nisso, o estudo revela e reforça o quanto o Sistema Único de Saúde, como uma política de estado, está presente no processo de formação profissional de saúde, desempenhando um papel que influencia no sistema educacional, a partir das experiências dos estudantes nos campos da saúde pública e coletiva.

Essas podem ser negativas à medida que permite a reprodução do conhecimento fragmentado e tecnicista em suas práticas de campo, como se o pensamento científico pudesse responder a todas as questões da realidade, em nome do “progresso tecnológico”, onde mesmo aqueles que usufruem dos resultados trazidos pela ciência, nela não habita o homem, apenas resultam objetos, e os homens ficam diminuídos em sua capacidade de agir, perdendo sua autonomia, liberdade e o sentimento de alegria. (CHAUI, 1985, p.57-58).

Ou positiva à medida que se insere num processo de conscientização, pela permanente problematização, numa práxis reflexiva com os coletivos, onde o conhecimento compartilhado pelas 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. (BRASIL, 2012, (PNEPS)).

Para isso, as contribuições que os educadores apresentam voltam-se para uma prática pedagógica em que possa permear a discussão de metodologias baseadas em práticas de

educação popular na inclusão curricular dos cursos da saúde, além de desenvolver um processo de ensino aprendizagem baseado na interação e reciprocidade dos saberes.

Essa formação evidencia uma ação política mais localizada e intersetorial dos estudantes e das equipes de saúde, do que abrangente e institucionalizada. O que não impede a inscrição dessa dimensão no processo de formação profissional, mas que, no entanto deve pertencer a um debate que possibilite dar guarda aos fatores e interesses que impõe esse limite e que resgate as possibilidades que a formação numa dimensão política mais ampla, tem de potencializar a autonomia da atuação profissional e da emancipação no agir político de todos os sujeitos.

Em síntese podemos considerar que as práticas de cuidado em saúde apontadas pelo grupo em suas experiências de formação profissional em saúde são meios capazes de serem potencializados para a integralidade da atenção a saúde, quando desenvolvidas em metodologias de base na educação popular, pois compartilham saberes, amplia a compreensão da totalidade social e cultural do território em que vive as pessoas, criando maiores possibilidades de desenvolver processos de conscientização crítica sobre a realidade e de recriar novos conhecimentos e ações de cuidado em saúde no campo cultural, social e político.

No entanto, apesar de serem identificados pelo grupo muitos dos pressupostos filosóficos e atributos da educação popular nas experiências de formação profissional em saúde, não se pode afirmar que as práticas de saúde elencadas são sempre desenvolvidas com base em práticas de educação popular em saúde, pois nelas estão contidos ainda muitos outros processos contraditórios que distanciam da educação popular dialógica e emancipatória.

Como por exemplo, quando ainda qualificam de forma unilateral os saberes populares sobre a saúde como maléficos quando comprovados cientificamente, impossibilitando a interação e a transformação dos saberes como um todo, ou ainda quando expressam em alguns momentos a acomodação como uma forma de culpabilização dos usuários dos serviços por não participarem ativamente das políticas de saúde e no cuidado em saúde, sem identificar, nesse caso, os meios de resistências culturais e os modos de vida da população no cuidado em saúde, denotando o distanciamento da compreensão dos princípios da educação popular.

Assim, o limite e o desafio presente nessa formação são de relegitimar nossa identidade, prática e espaço, contribuindo para a formação dos sistemas educativos, onde a luta fundamental é aquela que se expressa no imaginário coletivo, que instigue construir um cenário alternativo e estruturar estratégias que articulem educação, com saúde, sociedade,

cultura, economia e política em uma perspectiva de empoderamento real da sociedade. Permitindo, um agir que possibilite um modelo pedagógico conscientizador sobre seu papel social e a percepção dos múltiplos fatores condicionantes e determinantes que interferem na preservação e manutenção da saúde dos povos.

6 REFLEXÕES FINAIS

A autonomia, a emancipação e a integralidade à atenção a saúde, não são processos fáceis de se desenvolver no processo de formação profissional saúde, dada a complexidade que o campo da saúde inscreve-se no campo da educação. A formação profissional em saúde baseada em práticas de educação popular continuará por tempos instigando e problematizando o modo de produzir o cuidado em saúde, por isso se inscrevendo como um método capaz de questionar a realidade em que se vive e possibilitar um processo de transformação nas práticas de cuidados em saúde.

Ora, o que se quer desde já é uma formação em saúde capaz de revelar o que de mais humano as pessoas almejam, que seja viver, mas viver bem. Ter saúde é quase comprável a viver, pois sem ela todos os processos vitais, sejam biológicos, culturais, sociais e políticos do ser humano, acabam por se extinguir. Portanto, cabe aos profissionais compreender a saúde em seu sentido mais amplo e desejável possível, ver e sentir o oculto que insiste em esconder as verdadeiras causas e fatores que degradam e repercutem no processo de saúde e doença, da sociedade.

Assim o que nos interessa é um olhar sobre uma determinada formação profissional, que seja humanística, consciente e comprometida socialmente. Um processo educativo que seja motivado para a vida e para uma sociedade mais digna de se viver.

É emergir em um processo que permita o estudante, reconhecer-se como pessoa de potenciais, um cidadão ativo, um profissional de saúde comprometido socialmente e um educador consciente.

É também sentir-se na totalidade ao reconhecer o outro como também sujeito e autor de sua vida, com seus desejos, medos e potencialidades. É comungar com o outro, aquilo que de bom o ser humano é capaz de produzir no coletivo e transformar as fraquezas, os problemas, a opressão e suas necessidades em um coletivo de reivindicações, de força e de poder num movimento que supere a dominação que existe no campo da saúde.

Um processo de formação profissional que transforme esse poder dominante que nega o acesso à saúde, que prescreve o cuidado verticalizado, contempla o capitalismo, e que desestimula e desarticula a participação das pessoas. E que no campo da educação insiste por vezes em reproduzir a formação de um modelo de atenção à saúde de conhecimentos fragmentados, privilegiando a especialidade, elitizando profissões, desconsiderando o mundo vivido e sentido dos coletivos e cultivando um cuidado em saúde muito longe das reais

necessidades das pessoas. Dessa forma mantendo dicotomias entre o pensar e fazer dos futuros profissionais, que acabam por enquadrar-se em uma posição de mero expectador e tarefeiro do seu próprio viver profissional.

O que queremos é um ensino que se oponha a essa ciência mecanicista, que trata de extinguir do profissional seu importante papel de educador, quando se utiliza da fragmentação da realidade, aprisionando os estudantes no método técnico, como se fossem máquinas a receber comandos e utilizando-se da exploração física e mental para aprender a executar somente procedimentos técnicos em saúde, incapazes de transformar um cuidado em saúde mais humano e integral, reduzindo os sujeitos à condição de objetos socioeconômicos, manipulados politicamente e destituindo as pessoas de sua identidade pessoal, da responsabilidade social e de construir uma cultura dos não dominantes. Aumentando o culto à posse e a consumo e retirando a autonomia e a liberdade, portanto, também a alegria e a capacidade de ver a realidade e agir a partir dela.

Assim ao finalizar esse estudo exaltasse os pressupostos filosóficos, pedagógicos e políticos freirianos na formação profissional em saúde, inscrita em metodologias baseadas na educação popular, que o aporte teórico escolhido permitiu evidenciar nas análises e interpretações.

Desde sua origem, não podemos considerar a educação popular no processo de formação profissional como uma educação informal, mas como uma possibilidade de compartilhar saberes populares informais, que por serem mediados aproximam as distâncias culturais entre profissionais de saúde e a população, pela compreensão dos diferentes fatores presentes e atuantes no campo da saúde na sociedade.

Portanto, merecendo destaque e ingresso na prática pedagógica dos educadores e docentes, ao romper paradigmas e potencializar uma transformação radical no modelo de formação em saúde.

Com isso, gostaria de ressaltar a importância que teve a participação de cada sujeito nesse trabalho, em especial aos estudantes, que se juntaram no coletivo, compartilharam experiências e trouxeram ao campo científico um instrumento político e pedagógico, com força de no mínimo problematizar os métodos que são adotados no processo de ensino aprendizagem na formação de profissionais de saúde.

As possibilidades vão além dessas quando reconhecemos que a educação popular na formação profissional em saúde, como em outros diferentes métodos de aprendizagem, apresenta avanços e limites pela interação dialética dos elementos que o constitui com os

fatores da macro sociedade capitalista. Todavia, se apresenta como uma possibilidade emancipatória no processo de formação profissional e na atenção integral à saúde, ao compor-se nas dimensões culturais, sociais e políticas.

Outras participações na pesquisa que merece destaque são dos profissionais de saúde e dos educadores, não só pelo conjunto de considerações ao tema, que foram extremamente relevantes para as análises no contexto geral, mas pelo apoio e interesse em acolher a mim e os propósitos do estudo.

Não podemos afirmar que o uso de elementos da pesquisa participante nesse estudo tenha gerado transformações no processo de formação profissional em territórios de saúde da família, contudo, acreditamos que o estudo representa uma tentativa de problematizar e trazer ao debate, o processo de ensino aprendizagem por metodologias que com base na educação popular, como uma possibilidade de potencializar a autonomia dos sujeitos no campo da saúde, atender as reais necessidades em saúde e desenvolver uma prática de cuidados voltados a integralidade da atenção à saúde.

O conhecimento produzido nesse estudo permitiu atingir aos objetivos propostos, no entanto, na riqueza do conteúdo e variedade material produzido, emergem novas questões a serem respondidas e compreendidas no processo de formação profissional em saúde, que se abre a outras possibilidades investigatórias no campo da saúde e da educação.

Com esse propósito é que inscrevemos esse estudo com potencial em ser ele mesmo instrumento científico de base a outras reflexões necessárias sobre a formação profissional em saúde que tenham como inquietações as relações do trabalho em saúde e a educação, cultura e saúde, participação social e saúde, entre outros.

Finalizo essa etapa do percurso acadêmico sentindo-me mais esperançosa dos caminhos que a saúde e a educação começam a integrar-se no processo de formação profissional em saúde, contudo firme nos propósitos que só existe superação e transformação nesses campos, com uma práxis pedagógica participativa e que comunguem dos princípios educativos da educação popular.

REFERÊNCIAS

ATLAS. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013, 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, v. 3, n. 11, p. 129-138, 2002.

BARROS, M. E. D. O. Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. In: SAÚDE, B. M. D. Incentivo à participação popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1998. p. 69

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social – fundamentos e história. São Paulo: Cortez- Biblioteca Básica de Serviço Social, 2006.

BOURDIEU. O poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A., 1989.

BOURDIEU, P. Coisas Ditas. São Paulo: Brasiliense. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRANDÃO, C. R. (. Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRANDÃO, C. R. Pesquisar-participar. In: BRANDÃO, C. R. Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense, 1990.

BRANDÃO, C. R. A educação popular na escola cidadã. Petrópolis,RJ: Vozes, 2002.

BRASIL. Constituição Federal do Brasil - Título VIII – DA ORDEM SOCIAL, Capítulo II – Seção II Da Saúde – Artigos 196; 197; 198. Brasília: [s.n.], 1988.

BRASIL. Constituição Federal do Brasil - Título VIII – DA ORDEM SOCIAL, CAPÍTULO III - Seção I - Da Educação, da Cultura e do Desporto- Artigos 205-217. Brasília: [s.n.], 1988.

BRASIL. ABC do SUS - Doutrina e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [S.l.]: [s.n.], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 08 out. 2013.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. [S.l.]: [s.n.], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 08 out. 2013.

BRASIL. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Brasília: [s.n.], 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2013.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. [S.l.]: [s.n.], 1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BRASIL. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002. [S.l.]: [s.n.], 2002. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2013.

BRASIL. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica - Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comun. de Saúde. Brasília: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], v. 204, 2011. 55 p. 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios - PNAD 2012. Ministério da Fazenda - Secretaria de Política Econômica - SPE. Brasília. 2013.

BRASIL, C. N. D. S. RESOLUÇÃO Nº 287 DE 08 DE OUTUBRO DE 1998. In: ARAUJO, D. V. F. D. Câmara de regulação do trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde - Impresso no Brasil / Printed in Brazil, 2006. p. 34.

BRASIL, C. N. D. S. 13ª Conferência nacional de saúde: saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento. Relatório Final. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL, M. D. S. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (). Política social e democracia. Rio de Janeiro: Cortez, 2002.

CASTRO, C. L. F. D.; GONTIJO, C. B.; AMABILE, A. E. D. N. Dicionário de políticas públicas Organizadores: Carmem Lúcia Freitas de Castro, Cynthia. Barbacena: EdUEMG, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e a gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (.). Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 143-161.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, p. 41-65, 2004.

CHAUÍ, M. O que é ideologia. 36. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 125 p. (Coleção Primeiros Passos, 13).

CONASS, C. N. D. S. D. S. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

CÔRTEZ, S. M. V. As origens da idéia de participação na área da saúde. *Saúde em debate*, n. 51, p. 30-37, 1996.

DALLARI, D. A. Sociedade, Estado e direito: caminhada brasileira rumo ao século XXI. In: In: MOTA, C. G. (.). Viagem incompleta – a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação. São Paulo: SENAC, 2000.

DOIMO, A. M. A vez e a Voz do Popular. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

FALEIROS, V. et al. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do progresso participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FIGUEIREDO, E. N. D. Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. São Paulo: Curso de Especialização em Saúde da Família – UNA-SUS|UNIFESP, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf.

FORPROEX, F. D. P.-R. D. E. D. U. P. B.-. Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão e aflexibilização curricular: uma visão da extensão. Brasília: MEC/SESu, 2006.). Brasília: MEC/SESu, 2006.

FREIRE, P. Educação como prática da Liberdade. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

FREIRE, P. Educação e mudança. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação. 3ª. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

FREIRE, P. Extensão ou Comunicação? 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. Cartas à Cristina. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 3ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: UNESP, 2000.

FREIRE, P. *Que Fazer: Teoria e Prática em Educação Popular*. 7ª. ed. Petrópoli: Vozes, 2002.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 37. ed., RJ: Paz e terra, 2003. 37. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2003.

GONDIM, G. M. D. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. D., et al. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. *Territorialização em Saúde*, 2012. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política*. Rio de Janeiro: *Civilização Brasileira*, v. 3, 2000.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere: o Risorgimento. Notas sobre a História da Itália*. Rio de Janeiro: *Civilização Brasileira*, v. 5, 2002.

HURTADO, C. N. *Educar para transformar, transformar para educar*. Petrópolis: Vozes, 1993.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades@*. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2012., 2013. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431680&idtema=117&search=rio-grande-do-sul|santa-cruz-do-sul|ensino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2012>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

JEZINE, E. *As Práticas Curriculares e a Extensão Universitária*. In: UFMG *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*. Minas Gerais: [s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.ufmg.br/congrext/Gestao/Gestao12.pdf>.

LE BOTERF, G. *Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas*. In: BRANDÃO, C. R. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

LOURENÇO, E. A. D. S. *Saúde pública e participação cidadã: uma análise do controle social no SUS em Franca/SP*. Dissertação (Mestrado Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Franca, São Paulo: [s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bfr/33004072067P2/2004/lourenco_eas_m_e_fran.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2013.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro. UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R.A. Cuidado Prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro. Hucitec: ABRASCO, 2004 p. 119-132.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª. ed. São Paulo: Hucitec , 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, M. Educação profissional em saúde: versão preliminar. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde-SGTES/Deges.mimeo. 2004.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

NUNES, E. D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: GARCÍA, J. C. (.). As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Informe de La conferencia internacional sobre atención primaria de salud - Alma-Ata. [S.l.]: [s.n.], 1978.

PAIM, J. S.; FILHO, N. D. A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, Junho 1998.

PALUDO, C. Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular. Porto Alegre: Tomo editorial: CAMP, 2001.

PEDROSA, J. I. D. S. P. II Seminário de Formação Profissional no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza. Natal-RN. 2004.
PM/SCS. Plano Municipal de Saúde (2010-2013). Santa Cruz do Sul: Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, 2010.

PM/SCS. Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, 2013. Disponível em: <http://www.santacruz.rs.gov.br/?acao=conteudo&menus_site_id=277>. Acesso em: 24 novembro 2013.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C. D.; CECÍLIO, L. C. D. O. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. [S.l.]: UNIFESP, 2012. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/168>>. Acesso em: 6 Dezembro 2013.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate , Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, Janeiro/Marco 2013.

SANTOS, B. D. S. A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva, v. 12, 2007. 429-435 p.

SARTORI, M. S. Relatório Técnico de Atividades do Ensino de Graduação em Unidades de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul. Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. [S.l.]. 2012.

STARFIELD, B. Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

THOMPSON, E. P. A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

THOMPSON, E. P. A formação da classe operária inglesa: a árvore da liberdade. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. 9-14 p.

THOMPSON, E. P. Costumes em comum. Estudos sobre a cultura popular tradicional. Tradução de Rosaura Eichemberg. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

THOMPSON, E. P. Folclore, antropologia e história social. In: NEGRO, A. L.; SILVA, S.). As peculiaridades dos ingleses e outros artigos. Campinas: Unicamp, 2001.

TRIVINÕS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALE, A. M. D. Educação Popular na Escola Pública. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, v. 8, 2001. Coleção Questões da Nossa Época.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular nos serviços de saúde. 3.ed. São Paulo. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

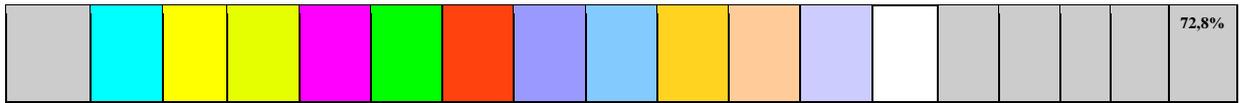
VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorganização da prática médica. In: BRENNAND, E. (. O Labirinto da Educação Popular. João Pessoa: [s.n.], 2003.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão participativa das Políticas de Saúde. Physis [online], v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. ISSN ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>.

VASCONCELOS, V. O.; OLIVEIRA, M. W. Educação Popular: uma história, um que-fazer. Porto Alegre: Educação UNISINOS, v. 13, 2009. 135-146 p.

COBE RT 2005 Pop. 117.953 IBGE 33.700 fam.	ESF Gaspar 22/06/1996 SB	Esf Glória 08/1998	Esf Cristal 01/07/1999	Esf Pedreira 01/09/1999 SB	Esf Menino Deus 01/08/2003 SB	Esf Bom Jesus 03/11/2003 SB	Esf Faxinal 17/09/2004	Esf Margari da 02/11/2005 SB				27,12 %	24571	20,80 %	6841 fam.	20,30 %	60,7%
COBE RT 2006 Pop. 119.804 IBGE 34.229 fam.	ESF Gaspar 22/06/1996 SB	Esf Glória 08/1998	Esf Cristal 01/07/1999	Esf Pedreira 01/09/1999 SB	Esf Menino Deus 01/08/2003 SB	Esf Bom Jesus 03/11/2003 SB	Esf Faxinal 17/09/2004	Esf Margari da 02/11/2005 SB	Esf Senai 02/01/2006 SB			30,00 %	28882	24,10 %	8196 fam.	24,00 %	66,2%
COBE RT 2008 Pop. 121.168 IBGE 34.762 fam.	ESF Gaspar 22/06/1996 SB	Esf Glória 08/1998	Esf Cristal 01/07/1999	Esf Pedreira 01/09/1999 SB	Esf Menino Deus 01/08/2003 SB	Esf Bom Jesus 03/11/2003 SB	Esf Faxinal 17/09/2004	Esf Margari da 02/11/2005 SB	Esf Senai 02/01/2006 SB	Esf Rio Pardinih o 18/12/2008		33,00 %	31301	25,80 %	9123 fam.	26,30 %	62,6%
COBE RT 2009 Pop. 122.452 IBGE 34.986 fam.	ESF Gaspar 22/06/1996 SB	Esf Glória 08/1998	Esf Cristal 01/07/1999	Esf Pedreira 01/09/1999 SB	Esf Menino Deus 01/08/2003 SB	Esf Bom Jesus 03/11/2003 SB	Esf Faxinal 17/09/2004	Esf Margari da 02/11/2005 SB	Esf Senai 02/01/2006 SB	Esf Rio Pardinih o 18/12/2008		32,70 %	31655	25,80 %	9352 fam.	26,80 %	61,6%
COBE RT 2010 Pop. 118.374 IBGE 33.821 fam.	ESF Gaspar 22/06/1996 SB	Esf Glória 08/1998	Esf Cristal 01/07/1999	Esf Pedreira 01/09/1999 SB	Esf Menino Deus 01/08/2003 SB	Esf Bom Jesus 03/11/2003 SB	Esf Faxinal 17/09/2004	Esf Margari da 02/11/2005 SB	Esf Senai 02/01/2006 SB	Esf Rio Pardinih o 18/12/2008		33,80 %	31102	26,30 %	9412 fam.	27,90 %	51,8%
COBE RT 2011 Pop. 118.374 IBGE 33.821 fam.	ESF Gaspar 22/06/1996 SB	Esf Glória 08/1998	Esf Cristal 01/07/1999	Esf Pedreira 01/09/1999 SB	Esf Menino Deus 01/08/2003 SB	Esf Bom Jesus 03/11/2003 SB	Esf Faxinal 17/09/2004	Esf Margari da 02/11/2005 SB	Esf Senai 02/01/2006 SB	Esf Rio Pardinih o 18/12/2008		33,80 %	31583	26,70 %	9554 fam.	28,20 %	61%
COBE RT 2012 Pop. 118.374 IBGE 33.821 fam.	ESF Gaspar 22/06/1996 SB	Esf Glória 08/1998	Esf Cristal 01/07/1999	Esf Pedreira 01/09/1999 SB	Esf Menino Deus 01/08/2003 SB	Esf Bom Jesus 03/11/2003 SB	Esf Faxinal 17/09/2004	Esf Margari da 02/11/2005 SB	Esf Senai 02/01/2006 SB	Esf Rio Pardinih o 18/12/2008 SB	Esf Rauber 18/06/2012 SB	37,20 %	35337	30,00 %	10836 fam.	32,00 %	55,5% (sem RP e Rauber) Rio Pardinih o 63,4% ESF RAUBER



População residente – 2010 118.374
 População residente urbana - 2010 105.190
 População residente rural - 2010 13.184

OBS: O Número de famílias e população cadastradas nas ESF nos anos de 1996 á 2003 são iguais devido o SIAB- Sistema de informatização da atenção Básica, não estar informatizado.

Cálculo área de cobertura populacional: % = população total da ESF cadastrada no ano / população total do município (IBGE) no ano x 100.

Cálculo área de cobertura populacional 4.000: (utiliza-se 4.000 pessoas por ESF). Número máximo de pessoas preconizado pelo Ministério da Saúde por equipe de saúde da família

Cálculo área cobertura família: n° de famílias no município = n° da população total do IBGE do ano / por 3,5

% = n° de famílias cadastradas das ESF no ano / pelo n° de famílias do município no ano x 100.

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora com base nos dados da fonte histórica do SIAB/MUN/SCS, para compor o Plano de Reorganização da Atenção Básica – Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul – 2012.

APÊNDICE B – Matriz de Possibilidades e Dificuldades das relações do processo de Formação Profissional em Saúde com as Práticas de Educação Popular

Matriz de Possibilidades e Dificuldades das relações do processo de Formação Profissional em Saúde com as Práticas de Educação Popular – Construída com base produção de conhecimentos do grupo focal 03

Elementos do Processo De Formação Profissional em Práticas de EP	Fragilidades/ Dificuldades/ Necessidades	Potencialidades	Propostas e/ou Ações
<p>Integralidade</p>	<p>Falta de um trabalho multiprofissional para uma atenção à Saúde mais integral, percepção a partir da elaboração de consciência da origem e alcance dos problemas;</p> <p>Práticas de cuidados em saúde realizados na verticalidade dos saberes, onde o profissional fala e o usuário escuta</p> <p>Falta um processo de organização das instituições, serviços de saúde e espaços comunitários, para um cuidado integral a saúde, onde coexistam responsabilidade mútuas;</p> <p>Dificuldade de mudanças de hábitos e rotinas no cuidado de si pelas pessoas, atribuídos a sua cultura e aos fatores condicionantes e determinantes no processo saúde doença, percebido a partir da própria experiência de vida estudantes.</p>	<p>Elaborando estratégias de integração entre as práticas de cuidados populares e de técnicos científicos;</p> <p>Valorização de outros saberes no cuidado integral à saúde pela criação de vínculo do estudante e profissionais com a comunidade, incluindo os usuários na tomada de decisões quanto ao cuidado em saúde;</p> <p>O usuário garantir o direito à saúde pela participação nos espaços de saúde;</p> <p>Os estudantes e profissionais de saúde envolver os usuários no processo de participação, oportunizando sua fala;</p> <p>Escuta e diálogo como meios para tomadas de decisões e enfrentamento de problemas;</p> <p>Cuidado integral, através dos diversos saberes, onde o ser humano é um todo indivisível.</p>	<p>Construir coletivamente estratégias de integração entre as práticas de cuidados populares e de técnicos científicos;</p> <p>Valorizar outros saberes no cuidado integral à saúde, pela criação de vínculo do estudante e profissionais com a comunidade;</p> <p>Incluir os usuários na tomada de decisões para ao cuidado integral em saúde;</p> <p>Construir espaços coletivos, institucionalizados ou não no campo da saúde, onde o usuário participe crie meios de garantir seu direito a saúde;</p> <p>Envolver os usuários no processo de participação, pela escuta de suas vozes pelos estudantes e profissionais;</p> <p>Tomar a escuta e o diálogo coletivo como meios para tomadas de decisões e enfrentamento de problemas no campo da saúde;</p> <p>Proporcionar um cuidado integral à saúde, considerando os diversos saberes dos sujeitos e considerando o ser humano como um todo indivisível.</p> <p>Realizar um trabalho multiprofissional na garantia da atenção integral à saúde</p> <p>Inverter a lógica mecanicista, prescritiva e verticalizada do cuidado em saúde, pela valorização e inclusão dos desejos e saberes dos usuários nas práticas de saúde;</p> <p>Implementar um processo de envolvimento e articulação entre intuições, serviços de saúde e espaços comunitários,</p>

			<p>onde coexistam responsabilidades mútuas para um cuidado integral à saúde.</p> <p>Considerar a cultura dos grupos populacionais e os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde e doença no reconhecimento das reais necessidades em saúde e no processo de mudança de hábitos de saúde</p>
<p>Interdisciplinaridade</p>	<p>Diferenças no processo de formação profissional em saúde, entre licenciatura e bacharelado, dificultando o conhecimento das relações da educação com a saúde, inclusive influenciando negativamente a processo educativo na docência posterior;</p> <p>Falta uma formação profissional em que a atenção à saúde, seja construída coletivamente pelos diversos cursos da área e onde tenha a escuta como um componente interdisciplinar importante no cuidado integral em à saúde;</p> <p>Falta de uma ação dos conselhos representativos das profissões da área da saúde, na exigência de composição de equipes multiprofissionais nas equipes de ESF, para o desenvolvimento de práticas e cuidados integrais em saúde, pela interdisciplinaridade dos conhecimentos;</p> <p>Incipientes os conteúdos teóricos de Educação Popular em saúde, como metodologia de aprendizagem e de possibilidade na construção de práticas em educação em saúde com a população;</p> <p>Dificuldades nas relações que se inscrevem no trabalho em saúde, quando em práticas educativas, sendo necessário aprofundar conteúdos de Educação Popular nas disciplinas, no intuito de desenvolver um processo de conscientização mútuo sobre o processo saúde doença e suas formas de enfrentamento;</p>	<p>Desenvolvem um processo de aprendizagem ao compartilharem suas experiências e atividades práticas de estágios com demais colegas, pelas tutorias, reuniões, discussão de casos, pelas trocas de experiências entre diferentes campos de práticas, seminários, apresentação oral de suas percepções e relatórios, nessas já estão inscritos vários olhares interdisciplinares em suas práticas;</p> <p>Elegem a escuta de outros saberes e experiências, com um fator importante na aprendizagem;</p> <p>A integração das diversas profissões da área da saúde, onde o conhecimento é compartilhado em sua totalidade, sem, contudo minimizar a importância do conhecimento específico que cada profissão contribui para o cuidado integral em saúde;</p> <p>A importância d extensão universitária para compreensão do contexto amplo do processo saúde doença, na valorização das práticas de educação popular em saúde pela vivência em processos educativos participativos mediados;</p>	<p>Propiciar um processo de formação profissional em saúde onde não existam dicotomias entre o fazer e o pensar, entre realizar uma prática de cuidados em saúde e ensinar a realizar esse, onde o bacharel e o licenciado possam ambos ter experiências de aprendizagem significativas em todo o contexto cultural, social e político em que se inscreve o cuidado em saúde.</p> <p>Realizar uma formação em que busque constantemente a interdisciplinaridade dos saberes, das diversas áreas da saúde como também na valorização e inclusão dos saberes populares de cuidados em saúde.</p> <p>Eleger a escuta como um componente interdisciplinar do conhecimento, da aprendizagem e das práticas de cuidados à saúde;</p> <p>Buscar de forma coletiva e participativa, pelo agir político, a ação dos conselhos representativos das profissões para a garantia de formação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares nas equipes de ESF;</p> <p>Incluir e/ou aprofundar nas disciplinas curriculares, conteúdos teóricos relacionadas à práticas de educação popular em saúde e vivencia-los como metodologia de práticas em educação em saúde com a população, nos campos das práticas, no intuito de desenvolver um processo de conscientização mútuo sobre o processo saúde doença e suas formas de enfrentamento;</p> <p>Integrar as diversas profissões da área da saúde, compartilhando os conhecimentos de modo interdisciplinar, contribuindo para o cuidado integral em saúde;</p> <p>Considerar a extensão universitária como um importante componente na formação profissional em saúde, na compreensão do contexto amplo do processo saúde doença e na valorização dos saberes populares em processos educativos, visando a autonomia e emancipação das</p>

			<p>comunidades;</p> <p>Potencializar práticas de educação popular em saúde no componente ensino, em práticas de estágios curriculares, na extensão em atividades imersas no contexto comunitário e na pesquisa ao desenvolver metodologias participativas nos estudos.</p>
Protagonismo	<p>Dificuldade na criação de novos espaços coletivos de práticas e cuidados em saúde na comunidade, em que a participação seja efetiva;</p>	<p>Organização e implementação de grupos de educação em saúde, com base em outras experiências exitosas;</p> <p>Reativação de grupos de educação em saúde, como espaços coletivos de cuidados em saúde, com a participação da equipe de saúde e em conjunto com projetos e instituições comunitárias;</p> <p>Protagonismo visto no trabalho das agentes comunitárias de saúde, no estímulo a participação comunitária;</p> <p>Protagonismo que existe nas trocas de conhecimentos sobre um determinado problema de saúde, onde contribuem mutuamente para um cuidado em saúde, por exemplo em práticas de educação popular, nos grupos de educação em saúde.</p> <p>Transformação do sujeito usuário também coautor do cuidado em saúde, pela escuta e valorização de suas necessidades em saúde.</p> <p>Mobilização para o auto cuidado do usuário, estimulando pela pesquisa compreender seu processo de adoecimento.</p> <p>Protagonismo existente nas contribuições de saberes, em trocas de conhecimentos sobre um determinado problema de saúde;</p> <p>A valorização e da participação como elemento fundamental no desenvolvimento da autonomia e o protagonismo dos sujeitos na garantia do direito a saúde integral, pelo seu agir político na sociedade;</p>	<p>Problematizar com os diferentes sujeitos do campo da saúde e da educação e encontrar formas de eleger espaços coletivos e participativos de cuidados em saúde com base nas reais necessidades da população;</p> <p>Organizar e implementar grupos de educação em saúde, com base em outras experiências exitosas, sem contudo deixar de levar em consideração as diferenças culturais, sociais e políticas, e os desejos e necessidades que essa população apresenta;</p> <p>Articular os diferentes atores sociais e instituições do campo da saúde, num agir político ao organizar diferentes e novos espaços de práticas e cuidados em saúde.</p> <p>Considerar o trabalho coletivo dos diferentes atores do campo da saúde no processo que busque a participação coletiva.</p> <p>Apreender e desenvolver práticas de educação popular em saúde nos ESF, como método de valorização, trocas e construção de novos conhecimentos.</p> <p>Possibilitar pelo processo dialógico e participativo da práxis o protagonista dos sujeitos ao cuidados em saúde.</p> <p>Estimular pela pesquisa a consciência crítica dos sujeitos, quanto ao processo saúde doença e os meios de enfrentamento.</p> <p>Valorizar os diversos saberes em suas práticas de cuidados em saúde;</p> <p>Valorizar e estimular a participação como elemento fundamental no desenvolvimento da autonomia e o protagonismo dos sujeitos na garantia do direito a saúde integral, pelo seu agir político na sociedade;</p>
Institucionalidade	<p>Incipiente na prática profissional e em experiências no processo de formação voltado a participação dos estudantes</p>	<p>Importância de inserir-se e envolver outros espaços comunitários, como possibilidades além da unidade de</p>	<p>Estimular no processo de formação à participação dos estudantes em instâncias politicamente institucionalizadas</p>

	<p>e profissionais em instâncias de participação institucionalizadas do campo da saúde;</p> <p>Percepção de mecanismos tácitos, como a burocracia, sendo legitimado nas práticas e nas relações que se nos estabelece diferentes níveis de atenção à saúde., dificultando a integração entre os serviços e instituições do campo da saúde. Aceitos pela população por não desenvolverem meios de superação e intervenção nesse poder estabelecido.</p>	<p>saúde, para desenvolver sua aprendizagem e um cuidado em saúde mais participativo. Exemplificam as cozinhas comunitárias, o CRÁS, Associações de moradores, igrejas, escolas, creche, etc.</p> <p>Identificam a importância de o profissional ir também ao encontro dos sujeitos. Numa relação de aproximação dada pela reciprocidade entre comunidade e serviços de saúde, usuário e profissional de saúde.</p> <p>Apontam as reuniões de equipe e comunidade como um espaço coletivo de trocas e, portanto de possibilidades em construir ações coletivas para as práticas de cuidados em saúde;</p> <p>A Integração entre ensino, serviço e comunidade no processo de formação profissional em saúde possibilita uma organização das práticas de cuidados em saúde, evidenciando os condicionantes e determinantes do processo saúde doença.</p>	<p>do campo da saúde e em espaços informais de debates as questões da saúde, estimulando um olhar mais crítico e um agir também político como cidadãos e futuros profissionais.</p> <p>Desenvolver um processo educativo em que o estudante conheça, compreenda e evidencie mecanismos tácitos legitimados nas relações do espaço social em que está inserido e que construa através do diálogo meios de superar e intervir nesse poder dominante.</p> <p>Promover um processo educativo, no campo das práticas, em que o estudante se insira e interaja nos diferentes espaços comunitários, promovendo uma aprendizagem para um cuidado em saúde participativo.</p> <p>Propiciar uma experiência formativa em que exista a reciprocidade nas relações entre os diversos sujeitos da comunidade, serviço de saúde, instituição de ensino e organizações comunitárias.</p> <p>Participar de espaços coletivos tais como a reunião de equipe e a reunião de comunidade, a fim de compreender e construir as ações coletivas para as práticas de cuidados em saúde;</p> <p>Desenvolver uma formação profissional em saúde em que a integração entre ensino, serviço e comunidade possibilite uma organização das práticas de cuidados em saúde, evidenciando os condicionantes e determinantes do processo saúde doença.</p>
--	--	--	--

Fonte: Elaborada pela pesquisadora, conforme as falas e considerações dos sujeitos estudantes participantes no grupo focal 03.

ANEXO A – Roteiro para diálogos com pessoas relevantes

Critérios de inclusão: profissionais e docentes com experiências na formação profissional em saúde, no campo dos territórios das Estratégias de saúde da família.

Objetivo do diálogo: Selecionar o campo de pesquisa em potencial, ou seja, buscar através de informações e/ou documentos sobre práticas de educação popular no processo de formação profissional, os “ambientes tipificados” de mais potencial para ser investigado.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Idade: _____
 Formação Profissional: _____
 Função: _____
 Tempo nessa função: _____
 Data: _____

- Apresentação dos objetivos da pesquisa.
- Esclarecimentos pontuais de possíveis dúvidas sobre a pesquisa, o campo e os procedimentos.
- O que é educação popular para você?
- Você tem informações sobre em quais territórios de saúde da Família de Santa Cruz do Sul tem sido realizada práticas de educação popular em saúde, em que os estudantes de cursos da saúde estão inseridos?
- Você acompanha ou está envolvido em algum projeto de extensão onde o processo de aprendizado dos estudantes se dê em práticas de educação popular em saúde?
- Fazendo uma recuperação histórica, lembra-se de algum projeto em que as práticas de educação popular em saúde foram importantes e significativas no processo de aprendizagem do estudante com vista à integralidade do cuidado em saúde? Qual? Onde? Quando?
- Tens indicação de materiais produzidos por estudantes e educadores/docentes, tais como relatórios de estágios, trabalhos de estudantes, relatos de experiência, pesquisas, entre outros, que trate da formação profissional em saúde com vistas à educação popular em saúde?
- Qual sua opinião sobre a formação profissional em saúde tendo as práticas de educação popular me saúde como metodologia de aprendizado na formação profissional em saúde?
- Gostaria de acrescentar algum comentário ou informação importante que possa contribuir com essa pesquisa?

ANEXO B – Roteiro Observação Livre com Registro em Diário de Campo

ROTEIRO OBSERVAÇÃO LIVRE COM REGISTRO EM DIÁRIO DE CAMPO

Local:

Data:

Horário:

Pessoa de referência no processo:

Função:

Categoria Profissional:

Objetivos das observações livres nos territórios de Saúde da Família:

- Apresentação da pesquisa no campo;
- Vinculação com a equipe e sujeitos/participantes da pesquisa;
- Ampliar variedade de estratificação das categorias profissionais dos sujeitos/acadêmicos em processo de formação e em imersão com práticas de educação popular;
- Selecionar e acordar a participação dos sujeitos/acadêmicos na pesquisa;
- Conhecer as práticas de educação popular em saúde que foram realizadas e/ou que estão sendo planejadas e executadas nos territórios das Estratégias de Saúde da Família e como se dá a participação dos sujeitos/estudantes;
- Buscar informações em documentos tais como relatórios de estágios, regimentos, atas de reuniões sobre as práticas de educação popular em saúde nesses territórios e sua relação com o processo de formação profissional dos sujeitos/estudantes que estão no campo.

Roteiro para observação – Descrição:

Tem estudantes de cursos de graduação da área da saúde?

Quais categorias profissionais?

Estão realizando alguma prática de educação popular em saúde ou algum projeto que envolva a comunidade? Quais? Os estudantes participam? Por quê? Como?

Tem conselho gestor local?

Está tendo reuniões de comunidade? Quando foi a última? Os estudantes participaram?

Qual é o calendário? Que assuntos estão sendo tratados?

Opinião sobre experiência do estudante em práticas de educação popular em saúde nos territórios de ESF?

Tem algum material disponível na unidade, como protocolos, projetos, documentos, atas de reunião, relatórios de estágios, registros fotográficos de práticas de educação popular em saúde desenvolvida nesse serviço?

Fazer registros fotográficos pertinentes.

Percepções e análise da realidade observada com relação teoria/prática:

ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pessoas relevantes no processo de Formação Profissional em Saúde: profissionais da saúde educadores/ docentes dos territórios das Estratégias de Saúde da Família.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O presente termo em atendimento à Resolução 466/12 da CONEP, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa seus objetivos e sua contribuição no estudo. O Sr.(a) foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: “Formação profissional em saúde e práticas de educação popular nas estratégias de saúde da família”, desenvolvido pela mestrandia Kellen Nunes Rodrigues Gassen, sob a orientação do prof. Dr. Cesar Hamilton Brito de Goes, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Programa de Pós Graduação em Educação – Mestrado em Educação. A pesquisa se propõe compreender como as práticas da Educação Popular interferem no processo educativo da formação profissional na área da saúde, nos espaços das Estratégias de Saúde da Família. E tem por objetivo “Analisar a Formação Profissional em Saúde em sua relação com as práticas de Educação Popular, nos espaços das Estratégias de Saúde da Família”. Justifica-se o estudo dessa temática o constante desafio à valorização e o reconhecimento das práticas de Educação Popular na área da saúde, à relação dos profissionais da saúde e as comunidade, na qual o saber acadêmico e a participação popular se integram como processo de formação profissional e humana. Apresenta-se relevante, à medida que a Educação Popular, na Formação Profissional na área da saúde como método de ensino e aprendizagem coletiva, coloca os estudantes em diferentes espaços, com outros sujeitos, culturas e saberes, o que possibilita uma atuação de atenção à saúde das populações comprometida com a integralidade do cuidado e com a responsabilidade social. O que dessa forma contribui para uma formação de profissionais mais participativos e envolvidos com as lutas políticas, voltadas as reais necessidades em saúde e emancipação da população. Será uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, tipo participante, tendo os campos de pesquisas os territórios de Estratégias de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul/RS, como sujeitos os estudantes dos diversos cursos de graduação da área da saúde, vinculada em suas práticas de aprendizagem, aos territórios das Estratégias de Saúde da Família selecionada como campo de pesquisa. Por isso dentre os benefícios que se espera com essa produção científica estão:

- Valorização e reconhecimento das práticas de Educação Popular na área da saúde, onde à relação dos profissionais da saúde e as comunidade, o saber acadêmico e a participação popular se integram como processo de formação profissional e humana;
- Fortalecer o papel do pesquisador em saúde, no campo da relação entre a educação e a saúde, de constatar a realidade e produzir sentidos ao cuidado prestado à população, coletando, sistematizando, analisando, interpretando e problematizando permanentemente essa realidade, com os sujeitos envolvidos neste processo;
- Conhecer as práticas de educação popular no processo de formação profissional em saúde, criando novas possibilidades para uma prática pedagógica que proporcione a construção de novos conhecimentos nesse campo, de forma a superar o método biológico e puramente técnico, que a ciência moderna consolidou na área da saúde;
- Contribuir para uma formação de profissionais de saúde mais participativos e envolvidos com as lutas políticas, voltadas as reais necessidades em saúde e emancipação da população;

- Contribuir com os resultados na produção científica do entendimento do processo de formação profissional em saúde, onde o processo educativo se dê no encontro dos sujeitos, que busque um conhecimento transformador e libertador das pessoas, a partir de práticas de base na educação popular no campo da saúde.

Os instrumentos a serem utilizados na pesquisa será o uso de diálogos com pessoas relevantes no meio pesquisado, com o uso de registro em diário de campo organizado, observação livre com registro escrito e fotográfico, questionário de levantamento de variáveis padrão e a entrevistas qualitativa semiestruturadas por tópicos norteadores, em grupo focal. O tratamento dos dados será pelo método de análise de conteúdo e a interpretação dos dados serão comunicados no capítulo final do trabalho em forma de relatório, revelando o resultado da produção do conhecimento. **Sua participação atribuíse por ser pessoa relevante pela interação no processo de formação profissional em saúde, como profissionais da saúde, usuários, docentes, e supervisores dos territórios das Estratégias de Saúde da Família, e suas contribuições fazem parte da Primeira Fase da Pesquisa, a exploratória, a fim da montagem institucional e metodológica da pesquisa participante e do estudo preliminar e provisório da zona e da população em estudo. Visa conhecer as práticas de educação popular em saúde que foram realizadas e/ou que estão sendo planejadas e executadas nos territórios das Estratégias de Saúde da Família e como se dá a participação dos sujeitos/estudantes, contribuindo para selecionar o campo de pesquisa em potencial e os sujeitos participantes. O método será por diálogos com a pesquisadora que será gravado e informações que serão registradas no diário de campo, sendo possível registro fotográfico das práticas de educação popular em saúde elencadas como potencial no processo de formação profissional em saúde.** As falas gravadas e as imagens fotografadas serão utilizadas nesta pesquisa e irão compor um banco de dados para posteriores estudos dessa temática pela pesquisadora, ficando sob a guarda da mesma. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados desta pesquisa serão publicados como fonte de produção científica de forma que nenhum participante da mesma será identificado, permanecendo em anonimato. Sua participação é **voluntária**, portanto, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer questionamento ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o território de Estratégia de Saúde da Família que esteja vinculado. A pesquisa é caracterizada no tipo sem risco, por ser um estudo em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Considera-se que a produção desse conhecimento se dê a partir da descrição detalhada da experiência dos sujeitos, prevalecendo os benefícios e não apresentando riscos previsíveis aos participantes, além de não haver custos financeiros pela participação.

Sendo assim:

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- Se o senhor (a) quiser ou precisar de maiores informações sobre esta pesquisa, entre em contato com comigo pelo telefone (51) 9944-1849 ou pelo e-mail enfkn@hotmail.com.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, concordando com os termos descritos acima, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com a pesquisadora responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do voluntário participante

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

ANEXO D - Questionário de Identificação dos Sujeitos - Variáveis Padrão

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS- VARIÁVEIS PADRÃO
<p>Data: _____</p> <p>1-DADOS PESSOAIS</p> <p>1.1 Nome: _____</p> <p>1.2 Idade: _____</p> <p>1.3 Sexo: _____</p> <p>1.4 Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado / Separado <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Separado não judicialmente</p> <p>1.5 Cor: _____</p> <p>1.6 Cidade onde nasceu: _____</p> <p>2 – DADOS SOCIOECONÔMICOS</p> <p>2.1 Onde você morava (cidade/estado/país) antes de ingressar na Universidade? _____</p> <p>2.2 Onde e como você mora atualmente? <input type="checkbox"/> Em casa ou apartamento com família; <input type="checkbox"/> Em casa ou apartamento sozinho (a); <input type="checkbox"/> Em quarto ou cômodo alugado, sozinho (a); <input type="checkbox"/> Em casa de outros familiares; <input type="checkbox"/> Em casa de amigos; <input type="checkbox"/> Em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, república; <input type="checkbox"/> Em casa/apto mantidos pela família para moradia do estudante; <input type="checkbox"/> Outra situação _____</p> <p>2.3 Quem mora com você? <input type="checkbox"/> Moro sozinho; <input type="checkbox"/> Filhos; <input type="checkbox"/> Moro com Pai; <input type="checkbox"/> Irmãos; <input type="checkbox"/> Moro com Mãe; <input type="checkbox"/> Outros parentes; <input type="checkbox"/> Esposa, marido, companheiro (a); <input type="checkbox"/> Amigos ou colegas;</p> <p>2.4 Quantas pessoas moram com você? a) Uma (<input type="checkbox"/>) b) Duas (<input type="checkbox"/>) c) Três (<input type="checkbox"/>) d) Quatro (<input type="checkbox"/>) e) Cinco (<input type="checkbox"/>) f) Mais de Cinco (<input type="checkbox"/>)</p> <p>2.5 Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar à Universidade? <input type="checkbox"/> à pé, carona, bicicleta; <input type="checkbox"/> Transporte coletivo; <input type="checkbox"/> Transporte escolar; <input type="checkbox"/> Transporte próprio (carro/moto).</p> <p>2.6 Onde você faz suas principais refeições (almoço e janta): <input type="checkbox"/> em casa <input type="checkbox"/> na universidade <input type="checkbox"/> em restaurantes fora da universidade <input type="checkbox"/> só faz lanche <input type="checkbox"/> não faz 1 é a sua participação na vida econômica de sua família? <input type="checkbox"/> Você não trabalha e seus gastos são custeados; <input type="checkbox"/> Você trabalha e é independente financeiramente; <input type="checkbox"/> Você trabalha, mas não é independente financeiramente; <input type="checkbox"/> Você trabalha e é responsável pelo sustento da família;</p> <p>2.8 Caso você desenvolva alguma atividade remunerada, qual é o vínculo?</p>

- Estágio;
 Emprego fixo particular;
 Emprego autônomo;
 Emprego fixo federal/ estadual/ municipal.

2.9 Qual é a sua renda mensal individual?

- Nenhuma;
 Até 01 salário mínimo (R\$720,00)
 de 01 até 02 salários mínimos (R\$1440 ,00)
 de 02 até 04 salários mínimos (R\$ 1440,00 até R\$ 2880,00)

2.10 Quem paga seus estudos?

- Você
 Seus pais
 Bolsa de estudos Qual? _____
 Outra pessoa/empresa Quais? _____

3 – ESCOLARIDADE

3.1 Onde você concluiu o Ensino Fundamental?

- Escola Pública Escola Particular
 Com bolsa de estudos integral - fornecida por _____
 Com bolsa de estudos parcial - fornecida por _____
 Sem bolsa

3.2 Onde você concluiu o Ensino Médio?

- Escola Pública Escola Particular
 Com bolsa de estudos integral - fornecida por _____
 Com bolsa de estudos parcial - fornecida por _____
 Sem bolsa

4- DADOS SOBRE O PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE ATUAL:

4.1 Categoria profissional de formação em saúde: _____

4.2 Tempo em semestre de formação: _____

4.3 O curso que está fazendo foi sua primeira opção profissional de formação?

- Não Sim

Se não, porque resolveu cursar?

4.4 Tem outra formação profissional:()Não ()Sim

Qual? _____

4.5 Qual é o Território de Estratégia de Saúde da Família que faz estágio:

Listar

4.6 Quais as práticas que desenvolves no estágio que consideras ter interface com a Educação Popular:
Cite:

4.7 No passado já participou de outras atividades ou projetos que tu consideres semelhante?

- sim Não

Quais e quando (ano)?

4.8 Participa de reuniões comunitárias, grupos organizados dentro ou fora do território de Estratégia de Saúde da Família? ()Não () Sim

Se sim, qual? Descreva:

4.9 Nessas práticas estão envolvidos profissionais de outras categorias profissionais?

- Não Sim

Se sim, quais?

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudantes em Formação Profissional em Saúde

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O presente termo em atendimento à Resolução 466/12 da CONEP, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa seus objetivos e sua contribuição no estudo. O Sr.(a) foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: “Formação profissional em saúde e práticas de educação popular nas estratégias de saúde da família”, desenvolvido pela mestrandia Kellen Nunes Rodrigues Gassen, sob a orientação do prof. Dr. Cesar Hamilton Brito de Goes, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Programa de Pós Graduação em Educação – Mestrado em Educação. A pesquisa se propõe compreender como as práticas da Educação Popular interferem no processo educativo da formação profissional na área da saúde, nos espaços das Estratégias de Saúde da Família. E tem por objetivo “Analisar a Formação Profissional em Saúde em sua relação com as práticas de Educação Popular, nos espaços das Estratégias de Saúde da Família”. Justifica-se o estudo dessa temática o constante desafio à valorização e o reconhecimento das práticas de Educação Popular na área da saúde, à relação dos profissionais da saúde e as comunidade, na qual o saber acadêmico e a participação popular se integram como processo de formação profissional e humana. Apresenta-se relevante, à medida que a Educação Popular, na Formação Profissional na área da saúde como método de ensino e aprendizagem coletiva, coloca os estudantes em diferentes espaços, com outros sujeitos, culturas e saberes, o que possibilita uma atuação de atenção à saúde das populações comprometida com a integralidade do cuidado e com a responsabilidade social. O que dessa forma contribui para uma formação de profissionais mais participativos e envolvidos com as lutas políticas, voltadas as reais necessidades em saúde e emancipação da população. Será uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, tipo participante, tendo os campos de pesquisas os territórios de Estratégias de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul/RS, como sujeitos os estudantes dos diversos cursos de graduação da área da saúde, vinculada em suas práticas de aprendizagem, aos territórios das Estratégias de Saúde da Família selecionada como campo de pesquisa. Por isso dentre os benefícios que se espera com essa produção científica estão:

- Valorização e reconhecimento das práticas de Educação Popular na área da saúde, onde à relação dos profissionais da saúde e as comunidade, o saber acadêmico e a participação popular se integram como processo de formação profissional e humana;
- Fortalecer o papel do pesquisador em saúde, no campo da relação entre a educação e a saúde, de constatar a realidade e produzir sentidos ao cuidado prestado à população, coletando, sistematizando, analisando, interpretando e problematizando permanentemente essa realidade, com os sujeitos envolvidos neste processo;
- Conhecer as práticas de educação popular no processo de formação profissional em saúde, criando novas possibilidades para uma prática pedagógica que proporcione a construção de novos conhecimentos nesse campo, de forma a superar o método biológico e puramente técnico, que a ciência moderna consolidou na área da saúde;
- Contribuir para uma formação de profissionais de saúde mais participativos e envolvidos com as lutas políticas, voltadas as reais necessidades em saúde e emancipação da população;

- Contribuir com os resultados na produção científica do entendimento do processo de formação profissional em saúde, onde o processo educativo se dê no encontro dos sujeitos, que busque um conhecimento transformador e libertador das pessoas, a partir de práticas de base na educação popular no campo da saúde.

Os instrumentos a serem utilizados na pesquisa será o uso de diálogos com pessoas relevantes no meio pesquisado, com o uso de registro em diário de campo organizado, observação livre com registro escrito e fotográfico, questionário de levantamento de variáveis padrão e a entrevistas qualitativa semiestruturadas por tópicos norteadores, em grupo focal. O tratamento dos dados será pelo método de análise de conteúdo e a interpretação dos dados serão comunicados no capítulo final do trabalho em forma de relatório, revelando o resultado da produção do conhecimento. **Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as entrevistas de um roteiro previamente semiestruturado, ao longo de três encontros em grupo focal, em local a serem combinados pelo grupo. As entrevistas serão gravadas, filmadas e fotografadas para posterior transcrição e análise. Os textos transcritos, as falas gravadas e as imagens fotografadas serão utilizados nesta pesquisa e irão compor um banco de dados para posteriores estudos dessa temática pela pesquisadora, ficando sob a guarda da mesma.** Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados desta pesquisa serão publicados como fonte de produção científica de forma que nenhum participante da mesma será identificado, permanecendo em anonimato. Sua participação é **voluntária**, portanto, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer questionamento ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o território de Estratégia de Saúde da Família que esteja vinculado. A pesquisa é caracterizada no tipo sem risco, por ser um estudo em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Considera-se que a produção desse conhecimento se dê a partir da descrição detalhada da experiência dos sujeitos, prevalecendo os benefícios e não apresentando riscos previsíveis aos participantes, além de não haver custos financeiros pela participação.

Sendo assim:

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- Se o senhor (a) quiser ou precisar de maiores informações sobre esta pesquisa, entre em contato com comigo pelo telefone (51) 9944-1849 ou pelo e-mail enfkn@hotmail.com.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, concordando com os termos descritos acima, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com a pesquisadora responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do voluntário participante

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

ANEXO F – Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 01

Objetivos do grupo focal 01:

- Acolhimento dos participantes;
- Problematizar a temática entre os participantes;
- Descrição a inserção dos estudantes no campo das práticas em saúde coletiva e em práticas de educação popular em saúde que estão realizando.
- Buscar nos relatos a descrição de seu conhecimento sobre o território que está inserido e de seus conhecimentos das necessidades em saúde da população atendida;
- Conhecer os significados dessa problematização sobre a temática, a fim de orientar as fases seguintes do processo da pesquisa participante (os Feedbacks).

ORGANIZAÇÃO DO GRUPO

- Acolhimento do grupo participante;
- Apresentação dos participantes;
- Apresentação dos objetivos da pesquisa;
- Acertos e definições sobre o processo de realização da pesquisa;
- Apresentação do objetivo da pesquisa;
- Preenchimento do termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Preenchimento e/ou conferência de um questionário de variáveis padrão para identificação dos participantes;
- Apresentação de um vídeo sobre as práticas de educação popular em saúde a fim de problematizar a temática.

TÓPICOS NORTEADORES

Inserção no campo das práticas em saúde coletiva e práticas de Educação popular	Conhecimentos sobre o território em saúde	Conhecimentos sobre as necessidades em saúde
<ul style="list-style-type: none"> - Descreva sua inserção nos campos das práticas em saúde coletiva: Como? Onde? O que fez? - Qual sua aproximação com as práticas de educação popular em saúde em seu processo de formação nos territórios de saúde da família? 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre o território de seu campo de estágio, o que você poderia dizer sobre ele? - Você considera importante conhecer o território aonde você vem desenvolvendo seu aprendizado? Por quê? 	<ul style="list-style-type: none"> - O que você entende por necessidade em saúde? - Identifica na comunidade cuidados alternativos e populares em saúde? - Em sua opinião como se explica a procura por métodos de cura, baseados em práticas e saberes populares, tais como benzeduras, chás, rezas, massagem, meditação, grupos de ajuda, entre outras? Baseado em que você tem essa opinião? - Nesse meio educativo você consegue perceber, ou já escutou relatos de pessoas da comunidade, da equipe de saúde, sobre o que a comunidade necessita para prevenção e manutenção de sua saúde? - A comunidade participa com questionamentos, reflexões sobre suas necessidades em saúde?

ANEXO G – Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 02

Objetivos do grupo focal 02:

- Sistematizar o processo de aprendizagem dos estudantes desde sua inserção no campo até sua reflexão sobre a experiência em práticas de educação popular em saúde;
- Identificar quais as potencialidades na experiência do aprendizado com práticas de educação popular e quais as fragilidades enfrentadas pelos sujeitos/acadêmicos;
- Buscar identificar se esse método de aprendizagem contribui para uma maior mobilização e participação social.
- Conhecer a visão a experiência propicia sobre a saúde na sua profissional.

ORGANIZAÇÃO DO GRUPO

- Acolhimento do grupo participante;
- Reapresentação dos participantes;
- Reapresentação do objetivo da pesquisa;
- Orientações gerais;
- Leitura e aprovação do *feedback* do grupo focal 01

TÓPICOS NORTEADORES

INSERÇÃO DOS SUJEITOS NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR	SIGNIFICADO DESSA EXPERIÊNCIA EM FORMAÇÃO	DESSA EM	COMPREENSÃO DA VISÃO AMPLIADA DA SAÚDE NA PRÁTICA PROFISSIONAL
<ul style="list-style-type: none"> - O que significa educação popular pra você? - Em quais práticas de educação popular você pensa estar envolvido? - Os conteúdos teóricos de aula abordaram práticas e temas de Educação Popular? 	<ul style="list-style-type: none"> - Modifica seu modo de pensar, entender e agir? Por quê? - Pontos positivos da experiência? - Pontos frágeis ou dificuldades? - Esse aprendizado contribui para uma maior mobilização e participação social? E do usuário? - Essa experiência é compartilhada na universidade? Quando? 		<ul style="list-style-type: none"> - O que você entende por saúde? E o usuário?

ANEXO H – Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 03

Objetivos do grupo focal 03

- Debater e construir uma matriz sobre as relações do processo de formação profissional em saúde com as práticas de Educação Popular, descrevendo pontos referentes à integralidade, autonomia e emancipação no processo de formação;
- Buscar identificar nas falas as possibilidades de articulação política na experiência das práticas de educação popular e quais espaços institucionais ou comunitários tem potencial para desenvolver um espaço coletivo para novos conhecimentos na formação profissional;
- Identificar as possibilidades da integralidade e da interdisciplinaridade na construção de práticas de saúde que atendam as necessidades em saúde da população;
- Identificar experiências de autoria e protagonismo dos sujeitos, como parte do processo de formação profissional;
- Avaliação da participação no estudo.

ORGANIZAÇÃO DO GRUPO

- Acolhimento do grupo participante;
- Reapresentação dos participantes;
- Reapresentação do objetivo da pesquisa;
- Leitura e discussão sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde – Suas dimensões.
- Leitura e aprovação do *feedback* do grupo focal 02.

TÓPICOS NORTEADORES

INTEGRALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE	PROTAGONISMO E INSTITUCIONALIDADE	AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO
<ul style="list-style-type: none"> - Como pensar o cuidado interdisciplinar e integral? - O que você pensa dos saberes populares? Contribui para sua formação em saúde, como? - Como aproximar os saberes populares com os saberes técnico científicos? 	<ul style="list-style-type: none"> - Você já participou ou se engajou em alguma luta em defesa de alguma reivindicação comunitária? - De que forma a comunidade pode garantir o direito a saúde de forma integral e como você pode participar desse processo? - Que instituições/órgãos poderiam estar envolvidos? - Como você vê essa articulação das instituições de saúde e da educação para garantir um espaço coletivo de aprendizagem? - Participa das questões de saúde em meios institucionalizados do campo da saúde? - Como sua experiência em práticas de educação popular pode contribuir para o cuidado em saúde mais humanizados, que visem à autonomia e a emancipação da comunidade? 	<ul style="list-style-type: none"> - Como foi a experiência de participar dessa pesquisa, com um olhar sobre a formação profissional e pensando a educação popular como metodologia de ensino aprendizagem? Positivos, negativos, sugestões. - Como podemos divulgar os conhecimentos que construímos aqui? - Como você pensa em socializar nossas reflexões em seu futuro profissional? - Acrescente outros comentários que considere importante.

ANEXO I – Modelo da Matriz para construção coletiva do Grupo Focal 03

Matriz das possibilidades e dificuldades das relações do processo de formação profissional em saúde em práticas de Educação Popular

ELEMENTOS DO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM PRÁTICAS DE EP	DO DE EM	Fragilidades/ Dificuldades	Potencialidades	Propostas e/ou ações
Integralidade				
Interdisciplinaridade				
Protagonismo				
Institucionalidade				

Fonte: Adaptada pela pesquisadora, com referência na Proposta de Instrumento de Precisão 2 – Ferramenta 2 – Modelo de Inventário Participativo – Agenda Educação e Saúde. (BRASIL, 2010, pg, 43-48)

ANEXO J – Quadro de categorização das falas dos estudantes e profissionais de saúde

CATEGORIZAÇÃO DAS FALAS DOS ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dimensões do Processo De Formação Profissional em Práticas de EP	Categoria teórica de análise (CAT)	Subcategorias a priori (TOP)	Primeiro Grupo de Dados Centrados nos sujeitos	Segundo Grupo de Dados Centrados no campo de práticas
		Elementos	Estudantes	Profissionais da Saúde
CULTURAL	CAT01- Cultura	TOP01- Descrição da inserção dos estudantes no campo das práticas em saúde coletiva	<p><i>“A minha caminhada na saúde pública veio há bastante tempo. Eu era visitadora do PIM, Programa de Primeira Infância Melhor, no bairro Bom Jesus, é que no Bom Jesus tem dois postos, dois ESF, eu era do Verde e agora fiz seleção para o Cinza, como estagiária mesmo de psicologia. Lá a gente desenvolve ações em saúde, análise institucional, que são duas coisas do curso mesmo, e a minha relação com o bairro também já é, porque eu era bolsista daqui da universidade e trabalhava lá no bairro, então tudo muito junto, a questão de trabalhar na comunidade.” (Sujeito A)</i></p> <p><i>“Entre no curso já com essa tendência para a saúde pública, eu sempre gostei da área pública, desse contato direto com a população. E logo procurei entrar no PET, teve seleção, participei, consegui a vaga. A gente trabalhava diretamente com o grupo da tuberculose, que também era com palestras que a gente faz nos ESF, e depois eu fiquei um tempo aqui no posto do bairro Avenida, onde a gente tinha um contato com visita domiciliar, onde eu saía com a agente de saúde.” (Sujeito B)</i></p> <p><i>“Sou do PET, e no ano passado eu tive uma experiência no CAPSLA, mas é uma atenção secundária e esta agora, como eu estou na primária é completamente diferente a realidade, conseguir chegar perto, sabe? Tu consegui fazer uma ação para ajudar, para chegar bem próximo e saber por que chegou lá. E daí eu fui convidada para participar de uma pesquisa no ESF Azul, com uma residente de lá, sobre hipertensos e diabéticos, daí fui começar a fazer VD e isso foi me instigando, fui gostando ainda mais dessa área.” (Sujeito C)</i></p> <p><i>“Bom, eu já estou no final do oitavo semestre, me formo ano que vem, é uma longa história. Já passei pelo ESF Laranja, fiz um estágio curricular no ESF Cinza, escolhi intencionalmente a ESF Cinza para eu conhecer como é que era lá e também porque cada ESF é diferente uma da outra.” (Sujeito D)</i></p> <p><i>“Eu faço medicina, estou me formando no final do ano. E eu passei três meses no ESF Roxo que foi onde a Kellen me encontrou, mas antes a gente já se conhecia lá do ESF Rosa, que foi como eu estava falando desde o começo do curso, a gente faz as visitas e tem a família que a gente que acompanha, e é na ESF Rosa. Agora eu fui para o ESF Roxo para fazer meu estágio obrigatório, aí também tem a diferença de bairro e a diferença de estrutura de cada posto, que é bem diferente no ESF Roxo, a demanda é muito grande.” (Sujeito E)</i></p>	
	CAT02- Necessidade			

		<p>TOP02- Conhecimento sobre o território em saúde</p>	<p>“Então há vulnerabilidade social, casos de incesto, enfim. O bairro em si, mescla um monte de coisa, lógico que tem as pessoas trabalhadoras que buscam melhorar a si. O ESF trabalha muito com uma ação integral, precisam muito do serviço e é uma população que é muito queixosa, dá para descrever o bairro como uma população bem queixosa assim...é um bairro onde a insatisfação predomina, a falta de perspectiva. A gente vê bastante casos de vulnerabilidade social. As pessoas que moram principalmente perto da sanga, lá embaixo é bem complicado. (Sujeito A)</p> <p>“No ESF Roxo, ainda que faça pouco tempo que eu estou lá, eu acho que é a questão do saneamento básico da área ali, pela falta de higiene, pelos problemas de saúde já desde pequeno, e outra o grande índice de gravidez na adolescência lá no ESF Azul.” (Sujeito C)</p> <p>“No ESF Roxo, pelo que eu presenciei é um bairro não tão humilde, é um bairro mais organizado, comparado com os outros bairros” (Sujeito E)</p> <p>“Conheço bastante gente dali, e a gente vai se constituindo ao longo desse tempo assim.” (Sujeito A)</p> <p>“Primeiro conhecer bem a realidade ali, ver quais os problemas... Se tu conhecer o território, tu vai saber qual o problema que a população tem, o que você vai fazer, você vai direcionar o cuidado para a demanda, para a população” (Sujeito F)</p>	<p>“precisava um presidente do lado de cá” (Jasmim - ESF Vermelho)</p>
		<p>TOP03- Conhecimento sobre as necessidades em saúde</p>	<p>“No ESF Cinza, é um bairro grande de população, além de ser um bairro grande é um bairro muito adoecido, têm muitas pessoas também dependentes de medicamentos.” (Sujeito A)</p> <p>“Quanto às necessidades de saúde do território em que estive, acrescento: gestação na adolescência e uso de drogas.” (Sujeito D)</p> <p>“Necessidade que eu vi era uma coisa puxando mais para a psicologia, em relação à saúde mesmo... Porque eu vejo assim uma insatisfação de em relação à carreira deles ou então por não estarem em uma profissão que gostariam e também muitos problemas familiares, muitos conflitos, é o que eu percebi bastante.” (Sujeito E)</p> <p>“Muitas pessoas apareceriam lá pra conversa mesmo, pra atenção, está aí de novo... O momento que a pessoa está lá, alguma coisa tem, pode ser alguma coisa psicológica...” (Sujeito F)</p> <p>“E aí muitas vezes fica trocando de emprego sabe, isso a gente vê bastante e dependendo do caso, como já houve casos, teve gente com depressão né, por causa do trabalho e que daí foi dado os atestados. O psicólogo solicitou.” (Sujeito E)</p> <p>“Muitos é comodismo mesmo, não vou sair daqui, eu tenho que limpar a casa, eu não posso ir de manhã porque eu tenho que fazer almoço. De manhã cedo, tinha um grupo de caminhada lá no ESF Laranja, que era cedo, às oito horas saía o grupo de caminhada. Segundas, quartas e sextas, caminhada bem puxada, bem legal e tu via que eram sempre os mesmos, figurinhas carimbadas lá, sempre os mesmos.” (Sujeito B)</p> <p>“É, mas talvez eles não vejam benefícios que tu acha que eles vão ter.” (Sujeito E)</p> <p>É e esse é um tema de grande discussão, por que não participam, lembra colega que no primeiro dia do Versus, a gente teve uma palestra com um psicólogo e ele perguntou pra gente se aquilo que a gente oferecia era realmente interessante ao usuário? Talvez não... Talvez eles entendam que aquilo é um assunto desinteressante para eles e que eles não participam justamente por causa disso. (Sujeito D)</p> <p>Às vezes o interesse parte só de quem está querendo fazer o trabalho e não do grupo. (Sujeito A)</p> <p>“É, eu questionava os demais...eu tenho que ficar com a minha neta, eu preciso fazer o</p>	<p>“quando é hora deles fazerem alguma coisa... ir no conselho de saúde, eles não vão...”;</p> <p>“eles são acomodados” (Bromélia - ESF Azul)</p> <p>“delegam a responsabilidade” (Lavanda - ESF Amarelo)</p> <p>“quando falo do problema ele tem que saber” (Orquidea - ESF Rosa), referindo ao profissional de saúde no atendimento a problemas do usuário.</p> <p>“os usuários querem uma receita médica, uma consulta médica” (Lavanda - ESF Amarelo), referindo-se aos serviços.</p> <p>“porque é frio, porque chove, porque é calor, porque tem que fazerem comida” “sempre tem alguma coisa que impede dos mesmos participar” (Margarida - ESF Lilás)</p> <p>“porque houve alguns “probleminhas” com uma paciente e a gestão decidiu adiar a reunião” (Tulipa - ESF</p>

			<p>meu almoço, preciso organizar as coisas, então pensando em mim mesma, quando eu não quero fazer alguma coisa eu também fico procurando empecilhos.” (Sujeito B)</p> <p>“Eles iam por micro áreas, mas eles iam em outros dias que não era a micro-área deles, porque eles não gostavam de participar e vão porque eles têm que tomar o remédio, se não, eles não iriam também. Então tem essa coisa, que eles vão ir obrigado ali.” (Sujeito C)</p> <p>“Eu ouvi uma vez uma paciente falar assim de benzedeiros, mas eu não sei quem era.” (Sujeito D)</p> <p>“No Cinza, veio uma verba pras ESF falando sobre “Heick”. É uma verba que vem através de demanda, então foi demandado um pedido para Heick numa ESF. Porque a profissional que era médica do posto e depois se mudou pro hospitalzinho, ela via isso, que muitas pessoas tinham muitos problemas, mas o problema não era saúde física, então foi pensado o Heick para lá.” (Sujeito A)</p> <p>“Sou a favor, desde que não interfira nas práticas cientificamente comprovadas. Contribui para troca, ao saber de práticas populares, o trabalho é facilitado.” (Sujeito E)</p>	<p>Marrom), referindo-se a reunião de comunidade.</p>
SOCIAL	<p>CAT03- Experiência</p> <p>CAT04- Práxis</p> <p>CAT05- Diálogo</p> <p>CAT06- Saúde</p>	TOP04- - Descrição da prática de educação popular em saúde no processo de formação profissional em saúde	<p>Pra mim também, direcionado como educação popular não havia ainda parado para pensar como educação popular. A gente trabalha, focando no aprendizado da pessoa, que a pessoa vai entender o que tu tá querendo passar, vai explicando determinadas ações e, mas parar para pensar como educação popular também não. (Sujeito B)</p> <p>Eu nunca tinha ouvido falar nesses termos, é a primeira vez. Se teve alguma coisa do curso voltado, alguma coisa parecida com educação popular, não foi apresentado como educação popular. (Sujeito E)</p> <p>Não. Apenas as falas de alguns professores, que devemos valorizar a opinião dos usuários, ser mais humanos, nos colocar no lugar e entender seu estilo de vida. Mas nada de conceitos específicos sobre educação popular, terapias alternativas e de como devemos abordar o assunto com os usuários. Na realidade eu não conhecia muito ainda, até a gente na sala de aula, a gente escuta as professoras falarem da importância de respeitar a cultura, mas não específico assim. (Sujeito F)</p> <p>As visitas domiciliares são muito importantes porque a gente consegue ver o sujeito, lá no seu contexto. Então às vezes a gente se pergunta assim, mas por que que ele não adere o tratamento, não adere à medicação e existem muitas questões em volta disso do porquê que não. Ele pode não aderir porque ele não entendeu, e isso a gente tem que sempre se perguntar...então as visitas domiciliares, elas tem rendido bastante assim pra nós, porque a gente consegue ver o sujeito dentro do contexto dele. E conseguindo ver esse sujeito lá dentro, a gente consegue entender muitas coisas, por que ele não adere, o que que acontece com ele? Quais são os sofrimentos que existe ali e que muitas vezes ele não consegue falar, e que não conseguindo falar o corpo fala, de alguma forma, e o corpo falando acessa a doença e enfim. Então é uma das práticas assim, que eu posso dizer que eu mais gosto de fazer, porque lá a gente consegue entender mesmo. (sujeito A)</p> <p>Eu tive também a experiência de uma reunião de comunidade, que foi muito boa assim e que rendeu bastante, o atendimento dentro do ESF, do acolhimento e de como é que era, por que há demora, enfim essas coisas que vão surgindo assim nessas reuniões. (Sujeito A)</p> <p>Eu vejo a visita domiciliar como sendo uma chave assim pra tudo. Às vezes eles vão meio que empurrados pros postos, pras ESF, muitas vezes por obrigação, muitos tem</p>	<p>“no grupo de educação em saúde é quando tu dá autonomia pras pessoas decidir sobre seus problemas, que tipo de vida ela quer pra ela”, “ tu é um facilitador” (Orquídea - ESF Rosa)</p> <p>“somos muitas vezes imediatistas”, “o nosso tempo é outro” (Begônia - ESF Branco)</p> <p>“os professor tem aquela ânsia de passar o conteúdo e que o aluno tem muita a questão técnica”(Bromélia - ESF Azul), referindo-se a formação médica.</p> <p>“eu não vou te puxar pela mão e te mostrar é assim, se tu quiseres ver isso ou se quiser aprender, ou tu me pergunta ou tu vem atrás, porque 90% é interesse do aluno e 10% do orientador de campo de estar em cima” (Tulipa - ESF Marrom)</p> <p>“o aluno passa adiante” (Violeta- ESF Roxo), referindo-se a desvalorização do profissional em saúde no processo de avaliação dos</p>

		<p>que pesar a criança por causa da Bolsa Família, daí vai pro ESF meio que na obrigação, mas assim que eles podem, eles também já correm dali. E o profissional indo até a residência, tendo esse contato, ele consegue entender melhor e de repente conseguir trazer de forma mais voluntária essa pessoa para a ESF. (Sujeito B)</p> <p>Trabalhar o Programa Saúde na Escola (PSE), tá sendo muito bom, assim a dentista da equipe, ela aproxima, ela me inclui, que nem tinha estagiárias do técnico de enfermagem, então ...eu vou, vou em tudo. É bem assim mesmo, mas é muito bom porque eu estou sempre aprendendo.(Sujeito C)</p> <p>Os grupos de educação em saúde são espaços democráticos, informais, de trocas de experiências entre os participantes, fazendo com que o conhecimento ali compartilhado seja muito mais aceito e sedimentado.(Sujeito D)</p> <p>O acolhimento, a demanda por acolhimento, assim eu nunca vi em outro lugar tamanha demanda, e o que me chamou muito a atenção e o que eu aprendi também, que foi nesse estágio, e que é bem como a colega falou, que até uma preceptora comentou, que 70 % das pessoas que vão procurar ajuda médica, eles não estão doentes, eles querem é ser ouvidos. E lá no ESF Roxo pelo menos, eles iam muito para ter uma atenção, dificilmente precisava chamar ter uma busca ativa para alguém, para alguma coisa, eles sempre tentam procurar seguir as orientações que se davam. (Sujeito E)</p> <p>O acolhimento assim é livre. Tem as consultas agendadas e ai é realizado atendimento com qualquer pessoa que está lá e que é da área, não importa se a pessoa é assistente do dentista, não importa se está cheio o posto e precisa de um profissional, ela vai lá e vai fazer uma escuta, vai fazer uma triagem para ver se precisa passar por um atendimento médico, mas independente disso nós que somos os estudantes e até, menos a preceptora nem tanto, até mesmo porque a demanda é muito grande, mas se precisar ela vai lá e vai fazer o acolhimento, que é isso, uma primeira escuta. (Sujeito E)</p> <p>Eu acho que o vínculo que se forma com os profissionais, é muito benéfico pra eles, e também pros profissionais que conseguem fazer um trabalho melhor. (Sujeito E)</p> <p>É o profissional respeitar a opinião do próximo, dar valor a sua experiência de vida e procurar achar, junto com ele, através do diálogo, a melhor solução para resolver o problema. (Sujeito F)</p> <p>A partir do momento que entro em diálogo com uma pessoa estou envolvida com uma prática de educação popular. É neste momento que é trocado ideias e experiências. (Sujeito F)</p> <p>Eu também concordo na mesma linha, acho que vai tentar escutar de um outro jeito sabe, ter essa empatia. (Sujeito C)</p> <p>E eles falam abertamente, como se tu fosse alguém da família. (Sujeito B)</p> <p>Eu acho que a escuta é uma das ferramentas, porque é lógico que a gente não diz assim, eu aprendi a escutar ontem, porque na verdade a gente tem uma dificuldade muito grande de escutar, e a gente quer sempre falar. Eu vou para fazer aquela VD também no intuito de escutar e observar o que quê é que está sendo dito e o que não está sendo dito. As coisas que ela fala, “eu estou bem” e ao mesmo tempo ela não está bem, tu entende, então a fala se contradiz, o corpo fala, enfim. Que nem eu falei antes, então eu acho que a minha ferramenta é essa. (Sujeito A)</p> <p>Então isso acontece muito e a conclusão que eu tirei é isso, que se eu ajudei, foi escutando, foi tendo empatia e escutando as pessoas.(Sujeito E)</p>	<p>alunos em campo de estágio, quando esses observam que os mesmos não conseguiram desenvolver as habilidades e entendimentos necessários, no tempo presente da aprendizagem.</p> <p>“a gente vai contribuir sim, mas esse processo da educação é assim tão importante, é fundamental, é o que vai mudar esse rumo da miséria, porque nós não vamos mascarar com nossas palestrinhas, com nossas conversinhas, com nossas coisinhas, mudar, porque está tão cristalizada, que começa desde bebezinho, de criança” (Begônia - ESF Branco)</p> <p>“estamos todos na capa da gaita”, “o profissional da saúde de enfermagem já está cansado” (Violeta - ESF Roxo).</p>
--	--	---	---

			<p><i>Porque no meu grupo também não foi ninguém semana passada, não tinha ninguém no meu grupo, e naquela outra quarta, com chuva, tempo horrível, foi uma pessoa, então eu não ofereço nada, a gente não está oferecendo nada, é só para gente ir lá e discutir mesmo. (Sujeito A)</i></p> <p><i>O que eu percebi no meu estágio, com relação ao atendimento odontológico, lá no Pró-Saúde, eles faltavam bastante às consultas, era muito difícil para nós acadêmicos conseguirmos fazer um vínculo com eles. Eles vinham e voltavam pro Pró-Saúde, mas num outro semestre, com outro acadêmico, então tinha que refazer todo o histórico, todo o plano de tratamento. Referindo-se a importância de criar vínculos com os usuários e apontando como esses são quebrados com a mudança constante de acadêmicos no campo das práticas. (Sujeito D)</i></p> <p><i>Mas é isso, a gente sempre fica naquela angustia, preciso fazer com que essa pessoa siga com que essa pessoa não desista. A gente trabalha muito com isso, sabe? As pessoas desistem! Claro, na saúde pública a gente foca mais em orientações, mas e essas orientações vão ser seguidas?(Sujeito B)</i></p> <p><i>Pra mim, mudou muito. Eu tinha uma ideia assim que, por exemplo, ficava pensando por que a pessoa quer procurar o atendimento, o interesse daquela pessoa em ir atrás, eu ficava pensando, por que não vai se precisa, e por que tanto assistencialismo, e por que eles têm que ganhar tudo, por quê? Mas tu vivenciando na prática, tu indo lá, tu vendo, tu indo à casa da pessoa, vendo a realidade daquela família, tu acaba entendendo e aprendendo com isso, não como profissional, mas também como pessoa. A gente muitas vezes critica e aponta problemas, defeitos e é sem saber a real situação daquele problema que aquela família vive ou como a pessoa individualizada vive também. Eu aprendi assim, digo que aprendi muito nessa questão. (Sujeito B)</i></p> <p><i>As visitas na verdade eu fiz uma vez, a enfermeira fazia poucas e não tinha tempo...as rotinas, assim sabe, específicos de educação em saúde, eu não participei de nenhuma, porque lá o espaço é pequeno, não tinha espaço para fazer grupos...na verdade era assim a rotina. Com a comunidade não tive assim muito... sai uma vez lá com a enfermeira, conheci só uma parte, faltava agentes comunitárias de saúde, não tinha para toda a população, tinha uma área lá que meio... uma rua que precisa mais de assistência e não tinha, então essa área eu também não consegui conhecer, a enfermeira...enfim queria me mostrar, mas não deu tempo de mostrar...Na verdade educação mesmo em saúde da população, pouca coisa foi feita, mas acho importante, a gente precisa valorizar também assim, se colocar no lugar dos outros, as vezes acho que falta sensibilização mais por parte dos profissionais, a gente vê que é bem precário, não só nas Estratégias, mas no hospital também, acho que falta sensibilização por falta dos profissionais...a gente aprende avaliar o que tu vai levar e o que tu vai deixar por ali mesmo. (Sujeito F)</i></p> <p><i>É o motivar-se sem preconceito que é o mais interessante da gente pensar, que o saber do outro também é tão importante quanto o meu. Porque o teu é acadêmico, a pessoa também tem que valorizar, tem que ser valorizado também esse saber popular. (Sujeito A)</i></p> <p><i>Eu gosto sempre de trabalhar assim, com essa visão de usar o conhecimento da pessoa, para aprimorar o conhecimento dela e não ignorar, não dizer: Ah, joga fora isso, tudo que tu sabe que agora eu vou te passar o que eu sei. Não é assim que tu ensina uma pessoa, tu tem que usar o conhecimento que ela tem, experiência que ela tem e ao mesmo tempo agregar aquilo. (Sujeito D)</i></p>	
--	--	--	--	--

			<p><i>Os saberes populares contribuem de forma positiva. Muito do que aprendemos hoje, através de estudos científicos, se formos analisar historicamente, são construções do saber popular. (Sujeito F)</i></p> <p><i>Eu fui fazer um estágio no sindicato...e a dentista receitava bochecho com salmoura, ele receitava pros pacientes: Ah, faz um bochecho com salmoura que isso ajuda. Por que não usar alternativas, por que usar um periogarte, se tu pode receitar uma outra alternativa que ele consiga fazer em casa, que seja mais viável financeiramente, que tenha um efeito também (Sujeito D)</i></p> <p><i>Tem uma professora minha que ela sempre fala que quando ela teve o primeiro filho, a mãe dela dizia para ela dar chá quando a criança ficasse doente, com gripe, coisa assim, tosse, garganta...ela dizia: “dá uma chá e bota ele na cama que ele vai melhorar” E aí ela dizia assim: “capaz que eu vou colocar o guri na cama pra deitar, eu vou levar ele pro médico pra tomar remédio e aí depois no terceiro filho, ela já fazia isso, dava o chá e deitava ele, é o cuidada, independente dele tomar remédio, lógico que ele também vai obter o resultado que era, mas tem outras coisas que perpassam a doença em si. O que é tu ficar doente, né? (Sujeito A)</i></p> <p><i>E não ser tão egoísta, de usar toda tua formação porque eu quero passar tudo o que eu aprendi e não pegar esse sujeito somente como um usuário que eu tenho que passar tudo aquilo que eu tenho de conhecimento, antes de tudo ele é gente como eu. Como eu queria ser tratada? Como eu queria ser ouvida? E assim, eu acho que tinha que se colocar no lugar do outro talvez, né? (Sujeito C)</i></p> <p><i>Primeiro não ter qualquer tipo de preconceito, escuta ativa livre de julgamentos. O profissional deve encontrar uma estratégia para que não subestimar os saberes populares e ao mesmo tempo poder esclarecer a importância das práticas científicas como forma de beneficiar o indivíduo. (Sujeito E)</i></p> <p><i>É sempre difícil aceitar a opinião do outro acreditando que somos nós os “donos da razão”, tentar compreender, sem julgar já é um bom começo. Acredito que através da escuta, diálogo e respeito à opinião do outro se pode criar maior vínculo entre o saber popular e científico. (Sujeito F)</i></p> <p><i>Pra mim o que trouxe assim de melhor, é que tem muita coisa, que a gente só lia na prática, na teoria, só via na teoria e quando a gente começa a colocar em prática da certo e aí isso assim traz uma satisfação. Até falar com pessoas alcoolistas, problemas mais pesados, que tu percebe assim, que tu pode fazer a diferença e isso traz satisfação. (Sujeito E)</i></p> <p><i>Bom eu acho assim, por mais que se tente, colocar na teoria, tem coisas que a gente só vai aprender na prática. E a lidar com as pessoas na prática. Então pode facilitar em vários momentos, mas eu acho que sempre a gente vai ter o que aprender.(Sujeito E)</i></p> <p><i>É o conhecimento sempre em construção, mas eu acho que essa parte teórica ela é importante, tu ter a oportunidade de discutir, por exemplo, com a tua equipe, tratar da educação mesmo, tentar construir em cima disso. E a prática é o que vai fazer a diferença, que vai os questionamentos, vão vir a partir da prática, as dúvidas e aquela vontade de melhorar e buscar outras alternativas para a educação. Vai viver da teoria também. (Sujeito B)</i></p>	
		<p>TOP05- Significado da experiência na aprendizagem</p>	<p><i>É muito rico na troca com o outro, eu estava falando antes, uma coisa que a gente vai aprendendo a ouvir mais e falar menos, nesse contato assim. (Sujeito A)</i></p> <p><i>E então foi uma experiência muito boa, porque daí tu também é sujeito, tu te reconhece dentro daquela comunidade e aquela comunidade também te reconhece</i></p>	<p><i>“é o momento que eles estão mais presentes na real situação de vida da pessoa, seja no aspecto de saúde e social, em</i></p>

			<p>como sujeito, como aquela pessoa que também está ali pra ajudar.(Sujeito A) <i>Um dia eu fui fazer uma VD, gurias assim, coisa de outro mundo sabe, de tu entrar numa casa, que mora 05 pessoas e uma cama de casal quebrada, um banheiro, praticamente só o vaso. Coisas que a gente lê, vê na televisão, mas tu ver na prática assim é uma coisa que tu fica chocada, porque tu tendo um monte de coisa e... fica chocada, e as pessoas com um pouco, vivem ainda, conseguem viver.(Sujeito A)</i> <i>Também foi bem legal, me surpreendi sabe, a gente sempre se surpreende com as coisas. E também foram visitas domiciliares que eu adoro fazer, tenho paixão por ir na casa, conhecer a pessoa, e também com o grupo. Enriquecedor assim pro meu crescimento profissional e pessoal também, porque a gente aprende muito nesse contato todo com a população. (Sujeito B)</i> <i>Educação em saúde são combinações de experiências e aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes á saúde. (Sujeito D)</i> <i>Sim, pois a educação popular ensina que não somos os donos da verdade e que devemos valorizar a cultura e a opinião do outro. (Sujeito F)</i> <i>Sim, torna uma relação mais humana. O usuário é valorizado, o profissional ganha confiança e tem maior possibilidade de criar vínculo com o mesmo. (Sujeito F)</i> <i>Então eu acho que é uma coisa que a população também está aprendendo e a gente também aprende muito com eles, nessa relação, nessa troca assim. (Sujeito A)</i> <i>Extremamente válido e indispensável, pois é essencial para o aprendizado dos estudantes e vários benefícios para o indivíduo...Mais enriquecedor, pois ambos os sujeitos envolvidos nesse processo estariam aprendendo.(Sujeito F)</i></p>	<p><i>tudo, porque é bem diferente a gente está aqui dentro e só receber a pessoa, porque elas vêm maquiadas pra nós em muitos momentos”... “e a gente não tem noção do meio que ela vive, quando a gente sai é quando temos o maior contado com a comunidade, como ela vive, o que ela precisa e quais as maiores necessidades.” (Hortência - ESF Cinza)</i> <i>“essa vivência que ela tem aqui com certeza reflete lá fora, quando ela estiver lá, vai se lembrar depois” (Margarida - ESF Lilás), referindo-se aos alunos.</i> <i>“vêm com aquele pensamento bem técnico, focados na bibliografia, no autor e eles chegam e se deparam com outra realidade” (Camélia - ESF Laranja)</i> <i>“o aluno vê a real situação do paciente dentro do ambiente que ele vive” (Tulipa - ESF Marron)</i> <i>“porque tem um choque muito grande, a gente percebe que as pessoas vem maquiadas pra gente, a gente pensa que é uma coisa, mas quando a gente vê é outra coisa, bem outra”, “então é a partir de tu conhecer a comunidade, ir fazer a visita assim, que tu vê o que tu tem que trabalhar e tu sai do teu mudinho da sala de aula, de tudo perfeito, assim tu tem um choque, mas é um belo momento.” (Hortência - ESF Cinza)</i> <i>“o aluno da UNISC, é um aluno rico e um aluno que não passa trabalho nenhum” (Acácia - ESF Verde), visão</i></p>
--	--	--	--	---

				<p>dos usuários sobre os alunos em estágio, pelos profissionais de saúde.</p> <p>“que no Brasil, mais especificamente a medicina é muito financeira”, “a maioria não quer trabalhar por uma questão financeira” (Violeta - ESF Roxo), referindo-se aos profissionais da medicina.</p> <p>“muitos se chocam” “gera um baque neles” (Camélia - ESF Laranja), quando o aluno vem realizar suas atividades práticas nos territórios de saúde da família.</p> <p>“ai a gente ainda reclama da vida, olha só como vivem e ainda a gente com tudo o que a gente tem, a gente...eu ouvi isso muito dos alunos da medicina e da enfermagem também” (Camélia - ESF Laranja)</p> <p>“acho ótimo, eu posso dizer, que tem algumas pessoas que tem perfil, que gostam e outras que não e evitam, querem ficar aqui dentro, com menos contato”(Hortência - ESF Cinza)</p> <p>“depende muito da postura do aluno” (Violeta - ESF Roxo)</p> <p>“depende muita da proposta do aluno e da visão para com sua profissão” (Camélia - ESF Laranja)</p>
		<p>TOP06- Compreensão da visão ampliada da saúde na sua prática profissional</p>	<p>As VDs realizadas lá no ESF Laranja, é aquele choque, tu pega uma família que não tem estrutura nenhuma, muitos não têm condições, é condição zero de tudo, carência de tudo de afeto, de atenção, de comida. Daí eu como nutricionista, com estudante de nutrição, receber aquela pessoa no consultório fechadinho, é uma realidade, ele vai me ouvir né, porque vai ouvir o que eu tenho a dizer, vai pra casa, mas vai pensar: poxa vida, o que quê ela está me dizendo, se eu não tenho o básico como é que eu vou ter uma alimentação saudável. (Sujeito B)</p> <p>Saúde pra mim é quando a pessoa, ela está com bem estar físico e mental, e que assim, sempre tentando alcançar todo um equilíbrio na vida da pessoa. A pessoa ela tá conseguindo trabalhar, tem emprego, tem uma casa boa, a família está bem, a saúde o físico dela está bom, isso daí tudo envolve saúde... Ou que ele consiga fazer às suas</p>	

			<p>atividades, porque muitas vezes não tem dor, mas não consegue. (Sujeito E)</p> <p>Saúde é você estar bem a ponto de conseguir satisfazer suas necessidades. Ter boas condições de moradia, educação, saneamento básico, trabalho, etc. (Sujeito F)</p> <p>Pra ele vai ser não estar doente, não estar com dor, diagnosticado com alguma doença...E muitas vezes tem dor, tá de arrasto fazendo e pra ele, não está doente...Ele não vai pensar muito no bem estar mental... É, ele não vai. Eu acho que ele não vai se dar conta disso, que seja saúde. (Sujeito B)</p> <p>Às vezes pra nós, muitas vezes acontece da pessoa não está doente, não tem uma doença física, alguma coisa mais objetiva, mas a pessoa sente, ela percebe e ela se queixa e a gente tem que saber lidar com isso. E também o que acontece muito é o contrário assim, às vezes, a gente vai passar uma orientação, e por ela, a pessoa, ter a sua própria definição da doença dela, fica difícil saber se o que a gente tá passando, ela tá recebendo como a gente quer. (Sujeito E)</p>	
POLÍTICA	<p>CAT07- Integralidade</p> <p>CAT08- Autonomia</p> <p>CAT09- Emancipação</p>	TOP07- Integralidade e Interdisciplinaridade	<p>A comunidade pode garantir o direito à saúde de forma integral participando e se envolvendo nas atividades desenvolvidas nos espaços de saúde e, nós como profissionais da saúde podemos envolvê-los nesse processo proporcionando oportunidade para que possam falar. Assim, através da escuta e diálogo, tomar juntos as decisões sobre os problemas enfrentados. (Sujeito F)</p> <p>Cuidado interdisciplinar e integral é cuidar do próximo, através de vários saberes, como se fosse um trabalho em grupo. Onde o ser humano é visto como um todo, com seus aspectos emocionais, sociais, físicos, culturais, etc.(Sujeito F)</p> <p>Mas sabe, que quando eu estava lá, eu pensava que todos os dias, assim como tinha médico, tinha que ter psicólogo e independente disso, porque problemas familiares, problemas de comportamento em crianças, adolescente e até idosos com depressão. Isso tem bastante e por mais que a gente se esforce e queira dar toda atenção possível, fazer o melhor, não é a nossa área e às vezes a gente sente que falta alguma coisa, que a gente precisava ter mais profissionais de outras áreas. (Sujeito E)</p> <p>Todo o problema que um indivíduo nos traz, ao saber a origem e alcance, se percebe o quanto indispensável a contribuição de outros profissionais, essencial para o cuidado seja realmente integral (o que na prática, infelizmente é pouco visto). (Sujeito E)</p> <p>Situação que atualmente não ocorre na maioria dos serviços de saúde, onde os saberes são verticalizados, ou seja, o profissional de saúde fala o que é “correto” e o paciente apenas escuta. (Sujeito F)</p> <p>Falta todo esse processo de organização, porque assim, o trabalho deles é ótimo, é maravilhoso, está integrado, só que a integração começa assim, aqui é o CRAS, daqui pra cá não é mais meu, é lá do Marista, tu entende? Então ainda, assim existe uma dicotomia de sujeito. De nada adianta ter uma integralidade se a gente continua dividindo as pessoas. (Sujeito A)</p> <p>Porque é difícil mudar os hábitos e as rotinas de uma pessoa. Se nos colocarmos no lugar do usuário e refletirmos sobre nós mesmos veremos que, muitas vezes, também nos foi orientado a mudar nossas atitudes, hábitos e mesmo assim nós não seguimos ao que nos foi dito. (Sujeito F)</p> <p>Eu sou licenciatura, então se eu fizer bacharelado, eu vou ter o estágio no SUS, se não, não. A minha área é escolar, só que eu entrei nessa área por querer sabe, por querer buscar mesmo, e eu sinto falta no curso, dessa coisa mesmo do bacharelado, trabalho com a saúde da família. (Sujeito C)</p> <p>Eu acho que é o que falta, mas é também é uma construção, da gente começar a</p>	

			<p><i>pensar e pensar em outros cursos também. O que a gente comentava no primeiro dia, do meu saber, diferente do teu saber, mas da gente conseguir fazer com isso fique uma coisa mais homogênea, esse cuidado com o outro, nessa atenção, nessa escuta, nesse cuidado. (Sujeito A)</i></p> <p><i>Acho que o conselho profissional de cada classe deveria exigir a presença dos profissionais em ESF. (Sujeito F)</i></p> <p><i>Principalmente bolando estratégias para o conciliamento entre práticas populares e práticas científicas. (Sujeito E)</i></p> <p><i>Contribuem à medida que fazem refletir sobre a valorização de outros saberes, criação de vínculo com a comunidade, aproximando-os e incluindo nas decisões a serem tomadas. (Sujeito F)</i></p> <p><i>Depois que a gente começou a trabalhar com a puericultura, a gente começou a trabalhar com as gestantes, aí a gente foi abordando os temas mais da gestação, o desenvolvimento. Como a gente era um grupo que tinha bolsista da medicina, da fisioterapia e eu da odontologia, a gente vinha buscando mais dos assuntos que a gente sabia e depois a gente ia invadindo outras áreas, e quando a gente sentia alguma dificuldade, a gente convidava outras pessoas para ir lá e expor, tirar as dúvidas. E lá O que eu acho difícil é muitas vezes a adesão de novos membros no grupo e a criação de novos grupos. Ah, eu trabalho com determinados grupos, mas eu queria criar um outro grupo de medicamentos, por exemplo, é difícil a criação de novos grupos, às vezes vem um, vem dois. (Sujeito D)</i></p> <p><i>E políticas públicas que fala do sujeito participar, ser politicamente mais ativo, nós fomos convidados até a participar daquele, agora eu não me lembro muito bem, mas que a população se reúne para votar em algum projeto que seja de interesse...É a participação popular. (Sujeito E)</i></p> <p><i>Até lá no ESF Roxo a gente queria fazer um trabalho, tentar fazer um grupo focal com os serviços, por essa comunicação entre os serviços... a gente acha uma grande dificuldade de se encaminhar de um serviço para o outro. É muito burocrático...uma certa dificuldade de integrar sabe. (Sujeito C)</i></p> <p><i>Quando eu cheguei na ESF não eram desenvolvidos nenhum grupo, nenhum tipo de grupo, nem puericultura, nem gestante. Então a gente começou a trabalhar para retomar grupos de puericultura, grupos de gestante e depois começar com um grupo de hipertensos e diabéticos e tentar linkar com alguns outros projetos de intervenção na escola, no CRÁS que tem lá, enfim nas outras entidades que a gente tinha lá disponível. (Sujeito D). Referindo-se ao seu próprio agir político de negociações políticas e sociais em organizações comunitárias no território de ESF, para organizar e desenvolver uma prática de cuidado em saúde.</i></p> <p><i>Eu acho que o chamamento também para participação. A dedicação que eu via de muitas agentes de saúde, em cada passada delas, elas iam lembrando. (Sujeito B). Referindo-se ao protagonismo que as agentes comunitárias têm pelo seu trabalho na comunidade, no estímulo a participação popular.</i></p> <p><i>Eu acredito que quando a gente passou pelo estágio, quando tu tem os grupos, tudo bem que tenha uma pessoa que comece, que fale, por exemplo, de diabetes, vamos conversar sobre diabetes, entender diabetes e vai ser dado orientações, mas de alguma forma todos contribuem e se falam entre si. Então todos são protagonistas, todos são, tem muitas trocas assim. (Sujeito E). Referindo-se que nas trocas de conhecimentos sobre um determinado problema de saúde com a população se</i></p>	
--	--	--	--	--

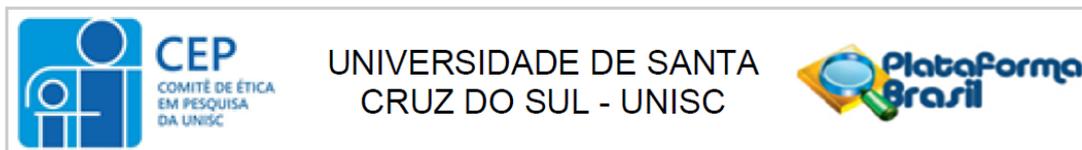
			<p>evidencia o protagonismo desses ao contribuírem no debate. É transformar ele um coautor do trabalho, não está ali só pra assistir, porque o que a grande maioria das pessoas que frequentam a ESF vão pra ouvir e esse grupo que estou propondo é o contrário, quem fica quieta agora sou eu, quem fala é eles. E a gente vê um silêncio assim, o silêncio pra alguns incomoda. Eu acho que é tentando fazer com que cada vez eles sejam mais autônomos, buscando essa autonomia. Cada profissional assim trazendo conhecimento dele e o conhecimento do usuário fazendo com que esse usuário tenha mais autonomia. pra ele ser mais autônomo. (Sujeito A). Referindo-se a oportunizar no momento dos encontros uma maneira de instigar ao usuário a participar, a trazer suas contribuições no grupo e ser assim também protagonista, por se tornar coautor do conhecimento que está em debate e, portanto mais autônomo em suas decisões ao cuidado em saúde. Depende muito da autonomia do usuário e tu incentivar também essas práticas, de incentivar a busca dele mesmo por pesquisa na internet, tá aí, por que não incentivar né? Por que não motivar a autonomia deles para buscar o cuidado. (Sujeito D). Referindo-se a pesquisa como forma dos profissionais incentivarem os usuários a motivar-se no cuidado de si e no desenvolvimento da sua autonomia por esse. Sim, ao mesmo tempo em que o usuário se sente valorizado, ele se sente motivado a participar das questões de seu interesse. (Sujeito F) no ESF Laranja, como a gente tem um leque de acadêmicos de enfermagem, de nutrição, de farmácia, então a gente ia aproveitando de tudo aquilo para ampliar também o nosso conhecimento e para ajudar a organizar os grupos. (Sujeito D) A gente, nós, temos a tutoria. Algumas reuniões no decorrer do estágio onde a gente tem que apresentar seminários e discutir, apresentar algum caso também, caso que tenha sido bem curioso, alguma coisa assim. A gente faz essas reuniões com todo o grupo de estágio, daí juntas as gurias que fizeram estágio em Candelária, estágio em Cachoeira, estágio aqui em Santa Cruz, nas ESFs, e isso é o que enriquece bastante, tu pode, consegue ver a metodologia de trabalho do ESF lá em Cachoeira do Sul, comparando aqui sabe. (Sujeito B) Dá muita diferença. Tu pode melhorar ou tu vê o quanto aqui já está evoluído, toda essa questão bem interessante e no final a gente faz apresentação geral né das percepções do estágio e a gente entrega um relatório, um relatório bem, vários quesitos que a supervisora pede, daí é bem elaborado com todas as práticas, tudo o que foi feito, descrito. (Sujeito B) A gente tinha tutoria, assessores e tutoria quando a gente estava lá ESF Roxo, que funcionava assim, uma vez por semana, era um grupo de 07 alunos, de duas ESF, e cada um tinha que trazer o caso que mais chamou a atenção e que aí nesse caso a gente abordava de uma maneira integral assim... Então assim, ficar escutando os casos dos colegas é muito interessante. Aprende bastante, então a gente teve sim como ter bastante troca. (Sujeito E) E também de certa forma as matérias que a gente teve de políticas públicas, antropologia e sociologia, nos ajudam, também nos dá instrumentos pra poder essa relação ficar um pouco mais fácil, mas é um pouco, porque sempre vai ter alguma dificuldade. (Sujeito E) Eu já tinha pensado em educação popular, lógico, porque no curso a gente vem falando sobre isso, a gente tem Social I e II, a gente tem em Comunitária I e II, então a gente tá mergulhado nisso também. (Sujeito A)</p>	
--	--	--	---	--

			<p><i>E no meu curso a gente não tem muito essa parte de educação popular, de educação em saúde, a gente tem uma pincelada em saúde coletiva, mas muito pouco, até mesmo porque os alunos não se interessam, a maioria não quer trabalhar no SUS, então é uma... Ah, pra mim foi uma novidade, porque eu conheço esse tema por estar em projetos, por ter feito Versus, por ter feito PETI. É pela inserção porque se fosse pelo curso eu não conheceria, não teria conhecimento do conceito de educação popular (Sujeito D)</i></p>	
		<p>TOP08- Protagonismo e interinstitucionalidade</p>	<p><i>Eles participam e demonstram o conhecimento que cada um já traz. (Sujeito B) Não esperar só da comunidade ao serviço, mas também tu te prestar a fazer fora desse lugar físico. Mas falando de lugar físico, o que vem na minha cabeça é uma cozinha comunitária, um CRAS, o ESF em si. Eu acho que espaços assim são importantes...eu posso falar da minha experiência no ESF Cinza, as pessoas ainda não conhecem, tudo que abrange, todas as possibilidades que existem. (Sujeito A) Associações de moradores, igrejas, escolas, etc. (Sujeito F). E acho que parte disso, de tu ver a comunidade como um todo, não só a comunidade vir até ali, mas tu ir até a comunidade, como escola, creche. (Sujeito C) Eu acho que na forma de espaços como esse que a gente está, fazendo hoje, através das reuniões de equipe que o Ministério da Saúde preconiza como obrigatório. Eu acho que deveria ter sim mais reuniões, porque é na troca com o outro que a gente muda, enfim a gente tá falando desde o primeiro encontro, que através da troca que a gente consegue também fazer algo diferente, então se a gente conseguir disponibilizar esses espaços de trocas né. (Sujeito A)</i></p> <p><i>A integração entre o ensino, serviço e comunidade, demonstra que é possível uma reorientação profissional, com uma abordagem integral do processo saúde-doença e onde o contato pessoal é indispensável na relação de profissionais e usuários, pois incorpora a essência do cuidado em saúde. (Sujeito D)</i></p>	
		<p>TOP09- Avaliação da participação no estudo</p>	<p><i>Ah, eu primeiro! Eu adorei fazer parte da pesquisa, porque a gente se sente também um pouco mais valorizados no trabalho que a gente está fazendo e com certeza, pelo fato de seleção, pelo fato de vários profissionais na área, tu foste escolhido. Então, é o fato de que o teu trabalho está sendo valorizado de uma forma ou outra, eu acho que essa pesquisa dá muito mais pra nós, uma visão geral, uma visão mais ampla, do que a gente deve buscar, tu entende, tanto como pessoa, como profissional, enfim. Os assuntos que foram tratados aqui, com certeza têm os seus resultados ainda ao longo do tempo, eu gostei bastante. (Sujeito A)</i></p> <p><i>Eu também gostei bastante e eu assim me senti, o que me chamou atenção aqui é profissional de diferentes áreas, trabalham diferentes estratégias, mas a realidade é muito parecida e a vivência que a gente tem, assim...como é que eu posso dizer... o conceito que a gente consegue absorver da comunidade é muito parecido assim. (Sujeito D)</i></p> <p><i>Positiva, não conhecia a existência dessa política e através do estudo pude refletir e melhor compreender a importância de envolver a comunidade nas decisões e no cuidado. (Sujeito F)</i></p> <p><i>Muito positivo, aprendi sobre a educação popular, algo que para mim, se confunde em</i></p>	

			<p>outra matérias. (Sujeito E)</p> <p>Ah, eu acho que um seminário seria legal, ia ser ótimo! (Sujeito A)</p> <p>Publicando o estudo. (Sujeito F)</p> <p>Nas próprias ESFs, com os estudantes que passam por lá, deveria haver uma abordagem sobre o tema. (Sujeito E)</p> <p>Eu até comentei bastante com as minhas colegas sobre a pesquisa, que elas também gostam e daí eu até mostrei o vídeo, acho que até tu postou (aponta para colega), mostrei o vídeo lá no ESF Laranja pra minha supervisora. E eu acho que são conteúdos que todo mundo deveria ter acesso, todo mundo que gosta, pelo menos tivesse acesso e mesmo que seja impresso, da gente ir ver. (Sujeito A)</p> <p>Através de minha atitude como profissional, mais participativa e menos verticalizada. Envolvendo mais a comunidade no espaço de saúde onde irei atuar e proporcionando mais diálogo com a população. (Sujeito F)</p> <p>Acredito que praticando tudo o que foi discutido já é uma forma de socializar. (Sujeito E)</p>	
--	--	--	---	--

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, conforme as falas dos estudantes transcritas dos grupos focais e dos diálogos com os profissionais de saúde no campo das práticas.

ANEXO K – Parecer de aprovação consubstanciado do comitê de ética em pesquisa da UNISC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Pesquisador: Kellen Nunes Rodrigues Gassen

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31877014.7.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 707.950

Data da Relatoria: 26/06/2014

Apresentação do Projeto:

O tema de interesse fundamental da pesquisa relaciona-se ao processo de Formação Profissional na área da saúde, especialmente na formação acadêmica realizada entre os estudos teóricos e as práticas, no encontro com os saberes e práticas de educação popular dos usuários, em territórios do então chamado novo modelo de Reorganização da Atenção Básica no Brasil, conhecido como Estratégia de Saúde da Família – ESF. A pesquisa se propõe compreender como as práticas da Educação Popular interferem no processo educativo da formação profissional na área da saúde, nos espaços das Estratégias de Saúde da Família.

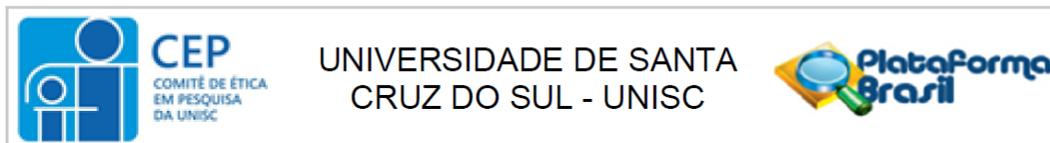
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral, analisar a Formação Profissional em Saúde em sua relação com as práticas de Educação Popular, nos espaços das Estratégias de Saúde da Família.

1.4 Objetivos Específicos

- Identificar os espaços e as práticas de educação popular em saúde experienciadas no processo de formação profissional em saúde nas ESF;
- Problematicar com os sujeitos como as práticas de Educação Popular atuam na formação profissional em saúde que eles estão envolvidos, estimulando o debate e a reflexão sobre a

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 707.950

temática;

- Sistematizar o processo de aprendizagem dos alunos desde sua inserção no campo até sua reflexão sobre a experiência em práticas de educação popular em saúde;
- Debater e construir uma matriz sobre as relações do processo de formação profissional em saúde com as práticas de Educação Popular, descrevendo pontos referentes à integralidade, autonomia e emancipação desse processo.
- Debater e construir uma matriz sobre as relações do processo de formação profissional em saúde com as práticas de Educação Popular, descrevendo pontos referentes à integralidade, autonomia e emancipação desse processo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não expõe risco aos sujeitos. Como benefícios, a valorização e reconhecimento das práticas de Educação Popular na área da saúde, onde à relação dos profissionais da saúde e as comunidade, o saber acadêmico e a participação popular se integram como processo de formação profissional e humana. - Fortalecer o papel do pesquisador em saúde, no campo da relação entre a educação e a saúde, de constatar a realidade e produzir sentidos ao cuidado prestado à população, coletando, sistematizando, analisando, interpretando e problematizando permanentemente essa realidade, com os sujeitos envolvidos neste processo. - Conhecer as práticas de educação popular no processo de formação profissional em saúde, criando novas possibilidades para uma prática pedagógica que proporcione a construção de novos conhecimentos nesse campo, de forma a superar o método biologista e puramente técnico, que a ciência moderna consolidou na área da saúde.- Contribuir para uma formação de profissionais de saúde mais participativos e envolvidos com as lutas políticas, voltadas as reais necessidades e emancipação da população.- Contribuir com os resultados na produção científica do entendimento do processo de formação profissional em saúde, onde o processo educativo se dê no encontro dos sujeitos, que busque um conhecimento transformador e libertador das pessoas, a partir de práticas de base na educação popular no campo da saúde.

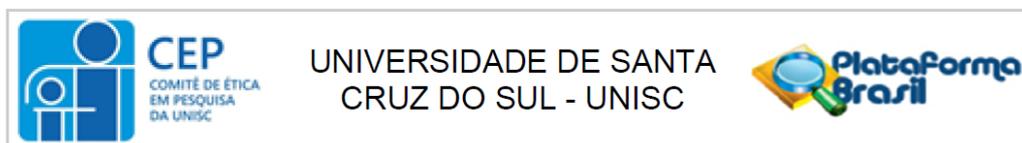
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Solicitações feitas pelo Cep foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitações feitas pelo Cep foram atendidas.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 707.950

Recomendações:

Nada a recomendar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

SANTA CRUZ DO SUL, 03 de Julho de 2014

Assinado por:
Ingo Paulo Kessler
(Coordenador)

ANEXO L – Imagens dos grupos focais

FOTOGRAFIA 1 – Organização da sala dos encontros do grupo focal



Fonte: Registro realizado pela pesquisadora no primeiro grupo focal.

FOTOGRAFIA 2 – Material elaborado para a construção da Matriz das possibilidades e dificuldades das relações do processo de formação profissional em saúde em práticas de Educação Popular

3º GRUPO FOCAL: Formação Profissional em Saúde e Educação Popular – Mestrado em Educação
 DATA:
 GRUPO:

MATRIZ DAS RELAÇÕES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE COM AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR

ASSUNTOS DEBATIDOS	Potencialidades/Conflitos	Fragilidades/Dificuldades/ Necessidades	Propostas e/ou ações
ENCONTRO SOBRE A TEMÁTICA Integralidade			
Interdisciplinaridade/ Interinstitucionalidade			
Protagonismo			

Fonte: Adaptado pela autora, com referência ao Projeto de Instrumentos de Pesquisa 1 – Seminário 2 – Modelo de Instrumento de Pesquisa – Saúde, Educação e Saúde

Fonte: Registro realizado pela pesquisadora, para exemplificar os materiais e recursos utilizados no grupo focal.

FOTOGRAFIA 03 – Pastas com materiais necessários para os encontros do grupo focal entregue a cada sujeito estudante participante



Fonte: Registro realizado pela pesquisadora, para exemplificar os materiais e recursos utilizados no grupo focal.

FOTOGRAFIA 4 – Encontro dos sujeitos estudantes participantes no grupo focal

Fonte: Registro realizado pela pesquisadora a fim de ilustrar os momentos de debate do grupo focal.