



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE CULTURAL

GILBERTO ANTÔNIO GEWEHR

A ARTICULAÇÃO FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS SUJEITOS/PROFISSIONAIS NO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E A RELAÇÃO COM A COMUNIDADE ASSISTIDA

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação Lato Senso Curso de Especialização em Educação e Diversidade Cultural da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Gilnara da Costa Corrêa Oliveira

**Bagé
2015**

GILBERTO ANTÔNIO GEWEHR

**A ARTICULAÇÃO FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS SUJEITOS/PROFISSIONAIS
NO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E A
RELAÇÃO COM A COMUNIDADE ASSISTIDA**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* ao Curso de Especialização em Educação e Diversidade Cultural da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Educação e Diversidade Cultural.

Área de Concentração: Educação

Monografia defendida e aprovada em: 21 de novembro de 2015.

Banca Examinadora:

Professora Dr^a. Gilnara da Costa Corrêa Oliveira

Orientadora

UNIPAMPA

Professora Dr^a. Dulce Mari da Silva Voss

UNIPAMPA

Professora Dr^a. Eliane Soares Tavares

URCAMP

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pois Sua presença constante foi o diferencial nas horas mais difíceis.

À Universidade Federal do Pampa, e a todos que a compõem, que direta e indiretamente propiciaram condições para este aprendizado.

À minha família, que soube aceitar minhas ausências e mesmo como expectadores, preocuparam-se e torceram pelo meu sucesso.

À professora Dulce Mari da Silva Voss pela coordenação deste curso.

À professora Gilnara da Costa Corrêa Oliveira que aceitou o convite para orientar-me neste trabalho, e com infinita paciência teve sempre tempo para me ouvir. Expresso minha imensa gratidão por ter partilhado comigo seu conhecimento e amizade.

Aos membros das organizações que visitei, tanto no município, a Estratégia da Saúde da Saúde da Família - ESF, como em outros lugares deste Estado, do Rio Grande do Sul, e em especial aos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias, técnicos ligados a estas organizações, que nos mais inusitados lugares e condições, me receberam bem e aceitaram compartilhar suas experiências e percepções, sendo fundamentais para a realização deste trabalho.

À minha amiga Coordenadora Regional Ana Lúcia Maciel, cujo trabalho com a Educação Popular em Saúde, inspirou esta empreitada.

Aos meus colegas de sala de aula ou fora dela, que mesmo sem saberem, foram imprescindíveis durante essa caminhada.

Meu carinho e gratidão pelos momentos vividos juntos.

“Muita gente pequena, em muitos lugares pequenos, fazendo coisas pequenas, mudarão a face da Terra”.

Provérbio africano

RESUMO

Esta monografia aborda a garantia da qualidade do acesso aos serviços de saúde previstos na legislação brasileira, no sentido preventivo, curativo e educativo. O objetivo do trabalho foi analisar os processos de trabalho em saúde partindo da aprendizagem dos sujeitos/profissionais no Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde. A investigação baseou-se em um estudo de caso, utilizando como instrumento a entrevista com profissionais da rede de saúde, utilizando a análise de conteúdo. Como fundamentações teóricas, para esta análise, foram trabalhados autores que abordam a educação popular em saúde e os processos de trabalho. Nas visitas realizadas há maior concentração de pequenas populações, de até 10 usuários do sistema único de saúde, onde são utilizadas basicamente sistemas e técnicas mais tradicionais, em saúde tendo destaque para as consultas de enfermagem, encaminhamentos e pequenos procedimentos. As especialidades são pouco utilizadas, com ênfase na estratégia da saúde da família. É efetivo o apoio dos agentes e outros profissionais para o desenvolvimento das atividades, salientando o papel importante dos profissionais técnicos. No estudo foi abordado o modo de vida nas comunidades de assistência dos profissionais, onde apareceram valores como a ética e a cultura, preocupações estas ligadas por um forte idealismo ecológico. Quanto à motivação pela atividade, a qualidade de vida e a satisfação pessoal são indicadas pela maioria dos profissionais. A maior vantagem apontada foi à melhoria no atendimento e acolhimento do profissional.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde, Educação Permanente em Saúde, Sujeitos/Profissionais.

ABSTRACT

This monograph addresses the quality assurance of access to health services provided for in Brazilian legislation, preventive, curative and towards education. The objective of this work was to analyze work processes in health based on the subjects ' learning/Professional Qualification program in Health Education. The investigation was based on a case study, using as an instrument to interview with professional health network, using content analysis. As theoretical foundation, for this analysis, the authors were worked that address health education and work processes. In visits the highest concentration of small populations, of up to 10 users of the unified health system, where they are used basically traditional techniques and systems, in health having featured for nursing consultations, referrals and small procedures. The specialties are little used, with emphasis on the family health strategy. Is effective the support agents and other professionals for the development of activities, stressing the important role of technical professionals. The study was discussed the way of life in the communities of professional assistance, where appeared values such as ethics and culture, these concerns are linked by a strong ecological idealism. As for the motivation by the activity, the quality of life and personal equalization are indicated by most professionals. Greater advantage was the improvement without answering pointed and professional hosting.

Keywords: Health Education, permanent education in health, Subject/professionals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Faixa etária dos trabalhadores entrevistados	31
Figura 02	Nível de escolaridade	31
Figura 03	Área de atuação dos técnicos	33
Figura 04	Canal de informação sobre a Educação Popular em Saúde	36
Figura 05	Local de vinculação dos profissionais técnicos	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 Educação Popular em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Controle Social.....	17
2.2 Atuação dos Sujeitos/profissionais na Atenção Básica	18
2.3 Agente Comunitário de Saúde... Ele é um Agente de Mudanças	20
2.3.1 Ferramentas de Trabalho ACS e ACE.....	22
2.3.2 Articulação do Processo de trabalho no protagonismo do sujeito/profissional.....	23
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
3.1 Entrevistados e sua caracterização.....	29
3.2 Modo de vida dos sujeitos/profissionais.....	33
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE A	46

1. INTRODUÇÃO

A decisão de estudar sobre as diretrizes governamentais sobre o Curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), sendo uma iniciativa do Plano de Ação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS) foi resultado de uma experiência anterior, onde em 2013 e 2014 participou como Mediador do referido curso, um trabalho no Programa de Qualificação Popular em Saúde para os sujeitos/profissionais agentes comunitários de saúde e agentes comunitários de endemias. As aulas presenciais referenciadas sobre o curso foram realizadas na cidade de Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul.

Na ocasião, vislumbrou-se nesses participantes o interesse e a capacidade não só para uma conversão a um modelo de capacitação que venha ao encontro a qualidade de vida da população com a prestação do serviço pelos profissionais da área da saúde do SUS, mas também para uma busca contínua do processo de educação em saúde.

Portanto, a possibilidade na abordagem do tema na conclusão no Curso de Especialização em Educação em Diversidade Cultural da Unipampa Campus de Bagé e sua relevância na disciplina de pedagogia em educação em saúde nessa contextualização, demonstrando seu interesse nesse tema, motivou a feitura desse trabalho.

A utilização da prática da educação popular em saúde no Brasil vem crescendo de forma sólida, tendo um papel pioneiro na constituição do método da Educação Popular começando a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 50, constituindo cada vez mais os setores da área em formação dos profissionais de saúde admitindo a ideia onde extrapole o domínio técnico científico da profissão e se estenda pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto aos aspectos de organização da gestão setorial e estruturantes do cuidado à saúde, estando centrado no desafio da gestão pública do setor da saúde, de ordenar políticas de formação, como prevê a Constituição Nacional no Brasil, a pesquisa registra uma análise sobre uma prática em experimentação.

A prática em experimentação aqui referida é a formulação de uma política pública apresentada pelo Ministério da Saúde para a educação dos profissionais, sustentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento, com a finalidade de analisar a articulação formação e atuação dos sujeitos/profissionais no programa de qualificação de educação popular em saúde e a relação com a comunidade assistida elencando as mudanças nas práticas de trabalho dos sujeitos/profissionais, identificando seus proveitos ou handicaps partindo da utilização dos conhecimentos adquiridos no curso de Educação Popular em Saúde, refletindo sobre a necessidade na ampliação do papel educativo dos sujeitos/profissionais na construção do protagonismo popular na saúde e no controle social, sendo assim o tipo de amostra escolhida para o levantamento das informações foi a intencional, levando em consideração as modalidades no programa de qualificação em educação popular em saúde, previstos na legislação brasileira e a sua exceção. Como justificativa teórica recai no fato de que esta pesquisa possa servir de base para outros estudos que abordem o tema educação popular em saúde dentro do campo acadêmico, bem como de projetos de implantação desta produção no município e na região.

Além disso, a pesquisa justifica-se em termos práticos, para informar aos mediadores, educadores e educandos, que a qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários, iniciou-se o trabalho com uma revisão da literatura, tanto em obras publicadas quanto em mídia virtual. Os critérios utilizados nesse momento foram à pertinência ao assunto e assinalar-se como estudo de caso.

Espero que este trabalho de Educação Popular em Saúde possa contribuir para fortalecer a Vontade política de estar continuamente construindo o SUS, com a participação ativa da população e de sujeitos/profissionais comprometidos com a saúde e com a qualidade de vida da população brasileira, esta pesquisa descritiva tem o intuito de demonstrar a utilização o interesse dos profissionais no seu dia a dia no processo de trabalho realizado nas comunidades onde atuam com a troca de experiências através do aprendizado proporcionado pelos Mediadores e Educadores

Populares em Saúde e a opinião dos mesmos nas adaptações dos conhecimentos adquiridos no Curso de Educação Popular em Saúde demonstrando a importância da continuação do mesmo.

Concluindo em conversas informais com os sujeitos/profissionais é visível à necessidade da aproximação entre construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular com características de formulação política deliberativa sobre o setor: características fundamentais de uma educação em serviço ficando relegadas à condição de produto secundário quando interrogamos as relações entre educação dos sujeitos/profissionais e processo de trabalho no SUS, foram efetuadas 16 entrevistas com dez (10) sujeitos/profissionais (agentes comunitários de saúde) e (agentes de combate a endemias) ligados a organizações e grupos de trabalhos em saúde, e seis (06) sujeitos/profissionais técnicos (multidisciplinares) pertencentes às equipes de estratégias da saúde da família e a dois órgãos estaduais voltados para a produção em educação permanente, popular e ou coletiva em saúde envolvidos em pelos menos um dos mecanismos para a garantia da qualidade em saúde.

A pesquisa de campo foi realizada nos meses de junho a agosto do corrente ano, conforme cronograma do projeto, em alguns municípios do Rio Grande do Sul. Essa pesquisa foi feita através da observação direta extensiva, sendo a técnica utilizada foi a da entrevista semiestruturada.

O estudo utilizou uma abordagem de pesquisa qualitativa com aspectos quantitativos.

Foi escolhida essa forma no sentido de buscar as percepções, os valores e preferências dos mediadores, educadores e educandos e demais envolvidos, devido à importância de ter as perspectivas desses personagens para o entendimento geral da questão, gerando assim espaço para a interpretação.

O roteiro de entrevista utilizado com os sujeitos/profissionais “agentes comunitários de saúde e agentes de combate as endemias” buscou determinar inicialmente o perfil destes. Foram abordados nesse perfil os seguintes dados: idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda pessoal, atividade profissional e localização da comunidade.

As entrevistas foram realizadas em lugares escolhidos pelos entrevistados, sendo necessária adaptação às condições e ao tempo de cada um deles. Por terem

sido realizadas no local de trabalho dos entrevistados, permitiu ir além das questões previstas no roteiro, o que enriqueceu a entrevista com a observação direta de suas atividades, proporcionando maior número de detalhes.

Este estudo foi motivado pela constatação das potencialidades do trabalho proposto através do programa de qualificação em educação popular em saúde aos sujeitos/profissionais agentes comunitários de saúde e agentes de combate as endemias no país, etapa administrado em Rio Grande, RS. Aprofundar esse conhecimento tornou-se, então, o objetivo deste trabalho, sua delimitação, os objetivos a serem atingidos, a justificativa e a metodologia empregada.

Com referencial teórico anexo para iniciar o entendimento do tema e basear o trabalho de campo, com características e premissas sobre, educação popular em saúde, modalidades para a garantia da qualidade em saúde, ensino em saúde, controle social em saúde, Programa Nacional de Qualificação em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), com as bases e diretrizes na melhoria do atendimento aos usuários do SUS, pelos sujeitos/profissionais em saúde, desenvolvem-se a análise e discussão dos resultados dedicada às considerações finais acerca do que foi compreendido do processo decisório desses protagonistas.

Com a permissão prévia as entrevistas foram gravadas. Esse registro teve como objetivo manter a fala de cada entrevistado na íntegra como forma de garantir todas as informações recebidas durante a entrevista.

Também no sentido de ter material de apoio para auxiliar os registros manuais confeccionados durante as conversas e como fundamentação da análise dos dados neste trabalho foi adotada o método de análise de conteúdo, surgindo a necessidade de dar uma resposta efetiva a esses sujeitos/profissionais mediadores e educadores do trabalho realizado através do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), demonstrando a importância à continuação do mesmo o qual impulsionou este estudo.

Novos saberes, novas práticas, novas vivências é o que espero proporcionar com esta publicação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Trazer a educação popular para um plano institucional significa muito para a construção do SUS que queremos em termos de Educação e Diversidade Cultural (universalidade, integralidade, equidade e participação social) e ainda como uma estratégia política e metodológica na ação do Ministério da Saúde permite que se trabalhe na perspectiva da integralidade de saberes e de práticas, pois proporciona o encontro com outros espaços, com outros agentes e com tecnologias que se colocam a favor da vida, da dignidade e do respeito ao outro qualificando a relação entre os cidadãos, definidos constitucionalmente como sujeitos do direito à saúde, pois, pauta-se na subjetividade inerente aos seres humanos.

O Ministério da Saúde tem tido como pauta prioritária a retomada dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, promovendo a criação de mecanismos e espaços para a gestão participativa e incentivado a descentralização efetiva e solidária no sentido de aproximar a saúde tal como é vivida e sentida pela população, à maneira como se organizam os serviços e o conhecimento que orienta a ação dos profissionais que compõem o SUS.

Considero nesse trabalho, não somente o médico na sala de consultório, mas todos os profissionais da área de saúde envolvidos no processo de cuidar do outro, em qualquer local em que estiver. Pois acredito que a prática da educação popular acontece em todos os momentos. Destaco aqui o sujeito/profissional, o agente comunitário de saúde, pois, tem cabido a ele, mais do que aos outros, esse papel educador. Vem sendo confiada ao agente comunitário de saúde a maioria das visitas domiciliares de uma unidade que possui o Programa de Saúde da Família bem como as práticas de educação dentro da comunidade.

A partir de 2003 passa a fazer parte da estrutura do Ministério da Saúde uma, área técnica que torna os princípios teóricos, políticos e metodológicos acumulados e ainda a construção no campo da Educação Popular em Saúde, como orientadores de suas ações e de seu projeto político.

A institucionalização, ou seja, a definição de um espaço formalizado tem como pressuposto a participação de sujeitos sociais, ativos, criativos, transformadores e como missão o apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos.

Este processo encontra-se estritamente vinculado ao movimento de reflexão crítica ressignificação e (re) descoberta de outras práticas de educação que aconteciam no âmbito dos serviços e dos movimentos populares. Protagonizado por múltiplos atores da sociedade civil: movimentos sociais, profissionais que atuam nos serviços de saúde, professores e pesquisadores de universidades, educadores populares e agentes populares de saúde, o processo de construção tem como base a reflexão sobre o estado da arte das práticas de educação em saúde nos serviços e a formulação de proposições com possibilidades de transformar tais pratica.

Tais experiências, mesmo convivendo com mudanças organizacionais pouco profundas, contribuíram para que novos sujeitos e novas temáticas oriundas dos movimentos sociais populares fossem incorporados aos cenários de construção da política de saúde, tornando evidente a necessidade de fortalecer a participação desses sujeitos nos cenários políticos de modo que projetos de proteção à vida (libertadores) possam ser efetivados.

Sob tais considerações, a Educação Popular no Ministério da Saúde tem seu lugar, inicialmente na Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Ao fazer parte do DEGES como uma das coordenações, ao lado da Coordenação de Ações Estratégicas e da Coordenação de Ações Técnicas a Coordenação de Ações Populares, chamada no cotidiano de Coordenação de Educação Popular, passou por momentos de indefinição e incerteza a respeito de qual seria seu objeto e qual a relação que existiria entre a política de Educação Permanente e a Educação Popular em Saúde, construção política, teórica e conceitual considerada como marco orientador inicial das ações da coordenação.

Mas, pontos contra e contrapontos se misturam a estas inquietações e indagações contribuindo para o esboço inicial de que a Coordenação poderia atuar como dispositivo para a formação de agentes sociais para atuarem na gestão da política pública de saúde e que seu campo de atuação se encontrava próximo ao cidadão/usuário do SUS.

Não se tinha acúmulo suficiente para definir com clareza qual o significado dessa formação, mas havia sensibilidade política para perceber que esse era o caminho possível para encontrar a articulação entre a Educação Popular e a Política de Educação Permanente em Saúde.

Enquanto persistiam as dúvidas produtivas, duas estratégias se fizeram presentes e representaram fontes de agendamentos para a construção da identidade da Coordenação.

A continuidade do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS (PAFCS), que objetivava a formação de conselheiros de saúde.

Para o cumprimento das metas preestabelecidas, a Coordenação assumiu o papel de articulador do processo de formação, negociando estratégias de continuidade, ampliando as vagas para lideranças sociais, dinamizando metodologias pedagógicas e identificando educadores populares.

Para consolidar o diálogo com os movimentos sociais o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede de Educação Popular em Saúde, promoveu encontros estaduais, nos quais foi possível identificar movimentos populares que se articulavam na luta por saúde.

No final de 2003, realizou-se o Encontro Nacional desses movimentos resultando na criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e desencadeando processos de articulação em cada estado.

A partir de julho de 2005, o Ministério passa por mudanças em sua gestão resultando na criação da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e a Mobilização Social do Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), mantendo os propósitos e a equipe que trabalhava nas SGTES.

As duas Secretarias, ambas inexistentes na estrutura anterior do Ministério da Saúde, apresentam projetos políticos que afirmam os princípios constitucionais do SUS, tendo por missão o desenvolvimento de ações com potencialidades de provocar mudanças na formação de trabalhadores, na gestão dos sistemas, na organização dos serviços, na qualidade da atenção e no controle social.

Ao promover espaço institucional para as ações de Educação Popular e mobilização social, o Ministério da Saúde assume o compromisso de ampliar e fortalecer a participação da sociedade na política de saúde desde sua formulação ao exercício do controle social.

E, neste sentido, a Educação Popular em Saúde, localizada na SGTES e atualmente na SGEP, representa o lugar, na estrutura do Ministério da Saúde, que atua em estreita comunicação e diálogo com os movimentos sociais que produzem

ações e práticas populares de saúde; com as iniciativas dos serviços e dos movimentos que resgatam e recriam a cultura popular e afirmam suas identidades étnicas, raciais, de gênero; apoiando espaços públicos onde se realiza o Encontro entre governo e sociedade civil qualificando o controle social e ampliando a gestão participativa no SUS.

Os princípios políticos-pedagógicos da Educação Popular são tomados como ferramentas de agenciamento para participação em defesa da vida e como estratégias para a mobilização social pelo direito à saúde.

O papel agenciador da Educação Popular se faz pelo pinçar e fomentar atitudes de participação no sentido de sempre mudar realidades, tornando-as vivas, criativas e correspondentes ao desejo de uma vida mais feliz.

A Educação Popular em Saúde, ao mobilizar autonomias individuais e coletivas, abre a alteridade entre indivíduos e movimentos na luta por direitos, contribuindo para a ampliação do significado dos direitos de cidadania e instituindo o crescimento e a mudança na vida cotidiana das pessoas.

As ações pedagógicas constroem cenários de comunicação em linguagens diversas, transformando as informações em dispositivos para o movimento de construção e criação.

A Educação Popular na Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos.

Dessa forma, os projetos educativos em saúde têm se caracterizado por uma dimensão de transferência de conhecimentos, no sentido de substituir, a partir de um conhecimento técnico, tomado supostamente como o único “correto”.

2.1 Educação Popular em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Controle Social

Considerando que a Educação Popular em Saúde representa o conjunto de conceitos polissêmicos, que ganham expressão concreta nas ações sociais orientadas pela construção de correspondência entre as necessidades sociais e a configuração de políticas públicas, proporcionando lutas coletivas em torno de projetos que levem à autonomia, solidariedade, justiça e equidade.

As ações de Educação Popular em Saúde impulsionam movimentos voltados para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas de saúde direcionando-as para o cumprimento efetivo das diretrizes e dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social.

Ao trabalhar com atores sociais, a Educação Popular contribui para a construção de cenários nos quais os movimentos populares possam se fazer presentes, apresentando novas temáticas, experiências e desejos.

Ao colocar-se como referência no campo de práticas dos profissionais de saúde, a Educação Permanente, Popular e controle social contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento ativo nas lutas por direitos e comprometimentos com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais.

Estes princípios trazem maior densidade ao conceito de gestão participativa como compartilhamento do poder nos processos que constroem e decidem as formas de enfrentamento aos determinantes e condicionantes da saúde, bem como a presença do conjunto dos atores que atuam no campo da saúde.

Assim, tal enfoque envolve a participação, o controle dos indivíduos e comunidades e a definição de ações coletivas para a efetiva melhoria da qualidade de vida. Na escolha desse caminho, entra em pauta a capacidade dos indivíduos de falar sobre os próprios problemas e os processos que vivenciaram ou vivenciam.

As ações educativas visam a uma reflexão por parte desses indivíduos e das comunidades das quais participam para uma ação crítica sobre a realidade.

É dessa forma que a promoção à saúde poderá constituir a descontinuidade da lógica hegemônica do modelo de saúde vigente, de cunho reducionista.

Para o autor, é preciso levar em conta o que as pessoas pensam sobre os próprios problemas e que soluções vislumbram, contemplando suas histórias de vida.

Para que tais serviços contemplem de fato as necessidades sociais da população, precisam levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam.

A história nunca começa com o contato dos profissionais dos serviços com as suas clientelas.

Compreendendo-se o homem em sua totalidade, incluindo-se nela os aspectos simbólicos da vida humana, obtém-se uma troca de saberes.

Percebe-se que o saber científico necessita dialogar com o saber popular para que se possa entender de onde provêm os significados com os quais os indivíduos dão sentido ao seu modo de vida – o que ocasiona o seu processo de saúde e/ou de adoecimento – e como criam estratégias particulares (possivelmente coincidentes entre indivíduos) de enfrentamento da doença.

[...] a educação em saúde pode ser pensada não como estratégia de aliciamento a um modelo que permanece cognitivo-racional ou como recurso para uma “aprendizagem sanitária” satisfatória, mas como eixo orientador de escolhas político-pedagógico significativo para um dado grupo e contexto. “E o apoio e a resposta social que se busca alcançar envolvem a comunicação entre diferentes, que não objetiva a homogeneização de formas de pensar e levar a vida, mas a construção e o fortalecimento de cumplicidades na busca de proteção” (MEYER; MELLO; VALADÃO; AYRES, 2006, p.9).

2.2 Atuações dos sujeitos/profissionais nos processos de trabalho na Atenção Básica

Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território.

Bem estruturada e organizada, a Atenção Básica resolve os problemas de saúde mais comuns/ frequentes da população, reduz os danos ou sofrimentos e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas.

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a atenção básica orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado.

Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal.

O foco da atenção é a “pessoa”, e não a “doença”.

Ao longo do tempo, os usuários e a equipe passam a se conhecer melhor, fortalecendo a relação de vínculo, que depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe.

As ações e serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização, o que significa dizer que as questões de gênero (feminino e masculino), crença, cultura, preferência política, etnia, raça, orientação sexual, populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos etc.) precisam ser respeitadas e consideradas na organização das práticas de saúde. Significa dizer que essas práticas devem estar relacionadas ao compromisso com os direitos do cidadão.

A reflexão acima esboçada é pertinente para a compreensão dos processos criativos da Rede de Educação Popular em Saúde. Desde sua fundação a Rede tem demonstrado uma capacidade surpreendente de articulação, produção, geração de relações profissionais, pessoais e afetivas profundas, mesmo que fragmentárias, temporárias, e não lineares – e talvez por isso, mais livres e prazerosas.

O acolhimento é uma das formas de concretizar esse princípio e se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito.

O acolhimento não está restrito a um espaço ou local, é uma postura ética.

Não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas.

O sujeito/profissional o ACS tem um papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe.

A Atenção Básica tem a capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, mas em algumas situações haverá a necessidade de referenciar seus usuários a outros serviços de saúde. Mesmo nesses momentos, a Atenção Básica tem um importante papel ao desempenhar a função de coordenação do cuidado, que é entendido como a capacidade de responsabilizar-se pelo usuário (saber o que está acontecendo com ele) e apoiá-lo, mesmo quando este está sendo acompanhado em outros serviços de saúde o trabalho do sujeito “agente comunitário de saúde” (ACS) acontece na Atenção Básica principalmente.

É necessário que exista entre a comunidade e os profissionais de saúde relação de confiança, atenção e respeito. Essa relação é uma das principais características da reorganização do processo de trabalho por meio da Saúde da Família e se dá na medida em que os usuários têm suas necessidades de saúde atendidas.

A população sob responsabilidade dos sujeitos/profissionais “equipe” deve ser cadastrada e acompanhada, entendendo-se suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive.

Equipe e famílias devem compartilhar responsabilidades pela saúde. Isso é particularmente importante na adequação das ações de saúde às necessidades da população e é uma forma de controle social e participação popular. A participação popular e o controle social devem ser estimulados na ação cotidiana dos sujeitos/profissionais que atuam na Atenção Básica.

2.3 Agente Comunitário de Saúde... Ele é um Agente de Mudanças

Seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que ele é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, como direito de todos e dever do Estado, garantindo atenção contínua e com qualidade aos indivíduos e às coletividades, de acordo com as diferentes necessidades. O SUS

determina que a saúde seja um direito humano fundamental e é uma conquista do povo brasileiro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O acolhimento realizado pelo agente comunitário de saúde é uma das formas de concretizar esse princípio e se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito. Não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas.

O ACS tem um papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe.

“Ser ACS é, antes de tudo, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem e costumes. Precisa gostar do trabalho. Adorar principalmente o aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com a sina de morrer ainda criança...” Teresa Silva Ramos – ACS, Rio Grande/RS.

A ação do sujeito/profissional agente comunitário de saúde favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precária de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc.

Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Para que isso aconteça, você tem que estar alerta. Tem que estar sempre “vigilante”. Para realizar um bom trabalho, ele precisa:

- Conhecer o território;
- Conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente;
- Ser ativo e ter iniciativa;
- Gostar de aprender coisas novas;
- Observar as pessoas, as coisas, os ambientes;
- Agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais.

Todas as ações são importantes e a soma delas qualifica seu trabalho.

O agente comunitário de saúde compreende sua importância na participação popular na construção da saúde, estimulando assim as pessoas da comunidade a participarem das discussões sobre sua saúde e o meio ambiente em que vivem, ajudando a promover a saúde e a construir ambientes saudáveis.

Podemos dizer que o ACS deve:

- Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo;
- Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
- Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- Acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

2.3.1 Ferramentas de Trabalho ACS e ACE

Cada equipe é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS, cujo total não deve ultrapassar a 12. Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de Odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal. Cabe ao gestor municipal à decisão de incluir ou não outros profissionais às equipes.

A população sob-responsabilidade da equipe deve ser cadastrada e acompanhada, entendendo-se suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Todas as informações que ele, o ACS, conseguir sobre a comunidade ajudará na organização do seu trabalho.

Algumas dessas informações o ACS vai anotar em fichas próprias para compor o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

O ACS vai utilizar quatro fichas: Ficha A – cadastramento das famílias (que, em seguida, será discutida e orientado quanto ao seu preenchimento); Ficha B – acompanhamento de gestantes; Ficha C – Cartão da Criança; e Ficha D – registro das atividades diárias do ACS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

2.3.2 Articulação do Processo de trabalho no protagonismo do sujeito/profissional

Além das coisas que permitem ao trabalho aplicar-se a seu objeto e servem de qualquer modo para conduzir a atividade, considero meios de trabalho em sentido lato todas as condições materiais seja como forem necessárias à realização do processo de trabalho, não participando diretamente do processo, mas este fica sem elas total ou parcialmente impossibilitado de concretizar-se. Nesse sentido, a terra é ainda um meio universal de trabalho, pois fornece o local ao trabalhador e proporciona ao processo que ele desenvolve o campo de operação. Pertencem a essa classe atualmente vários meios resultantes de trabalho, incluindo a saúde onde estudos tiveram vários desdobramentos, no Brasil e na América Latina, na área médica e nas demais áreas profissionais da saúde, constituindo-se importante referencial para o estudo do campo da saúde, sobretudo em relação a duas grandes temáticas: de um lado, as políticas e estruturação da assistência, que derivou em muitos estudos do sistema de saúde brasileiro, até o atual Sistema Único de Saúde (SUS); de outro, os estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde.

Esta segunda linha expandiu-se para a constituição de dois importantes conceitos: força de trabalho em saúde e 'processo de trabalho em saúde' (Schraiber, 1997). O autor Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo, foi o autor que formulou o conceito de 'processo de trabalho em saúde', a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular. Já Mendes Gonçalves (1979 1992): "estuda a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde. Segundo Marx (1994), no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim". Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. Importante lembrar que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, no presente caso, as práticas de saúde, cujo trabalho constitui "a base mais fundamental de sua efetivação" (Mendes Gonçalves, 1992, p. 2).

No processo de trabalho, referido nesta pesquisa pode se observar a interligação com a atividade dos sujeitos/profissionais envolvidos nesse processo onde é visível o trabalho e a transformação, subordinada a este determinado fim no acolhimento, humanização conjugado entre o sujeito e o usuário.

Merhy (1997, p. 71-72) coloca que justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, “que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos”. Uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a 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. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS (Cortes, 1996a; 1996b). 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.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao se fazer um levantamento bibliográfico foi encontrado diversos materiais que tratavam especificamente sobre os mecanismos para a garantia da qualidade da saúde, como por exemplo, os manuais publicados pela Secretaria de Gestão Estratégica e participativa - SGEP (Ministério da Saúde), com informações para que sujeitos/profissionais ao serem protagonistas pudessem ser inseridos nesse processo.

No entanto pouco se encontrou em livros, artigos ou trabalhos, discussões sobre essas modalidades, suas vantagens, desvantagens.

Escolheu-se então, para este trabalho, visitar os espaços da Atenção Básica em Saúde que, organizados ou se organizando, já estivessem com uma trajetória consolidada na produção da Educação Popular em Saúde e ou configura-se um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS.

Esses sujeitos/profissionais agentes comunitários de saúde e agentes combate a endemias representam parte significativa da força de trabalho em saúde e apresentam potencialidades no contexto da mudança das formas de cuidado em saúde, fortalecendo o vínculo das comunidades com os serviços de saúde no Rio Grande do Sul e que atendessem os objetivos desta pesquisa, na medida em que esta vivência colabore com sua prática cotidiana e estimule o protagonismo dos trabalhadores da Atenção Básica na consolidação do SUS, potencializando suas características sociais, políticas e técnicas.

Outra decisão foi a de conversar com sujeitos/profissionais técnicos (equipe multidisciplinar) que mantivessem estreita relação com esses trabalhadores, no sentido de ter outro olhar, outra perspectiva de todo o processo de trabalho.

Os locais de atendimento a saúde visitados bem como os trabalhadores entrevistados foram suficientes para iniciar uma discussão sobre essas questões e trouxeram através de suas percepções, condições para uma análise sobre o modo de vida voltado a instrumentalizar trabalhadores da atenção básica e da vigilância em saúde nos conceitos e práticas da Educação Popular em saúde, estimulando o aprimoramento permanente do trabalho em equipe e das práticas dialógicas no cotidiano de trabalho.

a) Contextualização

De início tinha-se a experiência direta, mesmo que esporádica, com profissionais na Atenção Básica, Agentes Comunitários de Saúde como outros técnicos em saúde residentes e domiciliados no município de Dom Pedrito, com características e práticas próprias desta região.

Após esse primeiro contato pode-se relatar a sensação de admiração e também de incerteza frente às diferenças culturais e geográficas existentes entre algumas regiões visitadas e a de origem deste pesquisador.

Esta situação fez com que surgissem questionamentos como: os instrumentos de pesquisa a serem utilizados serão flexíveis para captarem dados de tão diferentes realidades? A percepção desses dados será compreensível quando reconstruída? A descrição da experiência será compatível com o vivenciado?

b) Ambientação

O primeiro passo então foi uma busca por adaptar-se a essas diferenças e deter-se no contexto das organizações e dos trabalhadores da saúde em cada lugar. Nesse período voltou-se a procurar estudos sobre o tema deste trabalho, no sentido de preencher lacunas que uma leitura prévia desassociada da prática havia deixado.

As obras utilizadas na perspectiva freiriana pela saúde, embora tenham contribuído para os resultados desse trabalho, nesse momento serviram para retratar a riqueza de detalhes que a realidade estava trazendo, dando uma nova dimensão a este trabalho.

Nessa linha procurou-se também materiais relativos aos municípios que estavam sendo visitados para melhor conhecimento das características de cada um deles e para o entendimento de sua cultura e costumes locais.

Outra questão presente nessa etapa foi escolher por onde começar a pesquisa, se diretamente com as entrevistas previstas na metodologia ou conversando informalmente com pessoas que tivessem vínculo com o tema. Optou-se pelo segundo.

Essa opção acabou mostrando que haveria necessidade de inserir as entrevistas à rotina das organizações envolvidas, a fim de um melhor aproveitamento do tempo e para garantir um maior número de entrevistados. A preocupação central dessa fase era a de compreender o contexto que se encontravam os agentes comunitários de saúde e endemias, técnicos e

profissionais. Como esses trabalhadores da saúde se percebiam enquanto parte de um processo de trabalho em saúde, viajando através desses conhecimentos, conhecer um pouco de suas histórias.

Acredito que, quanto mais às discussões se aproximaram da cultura de seus participantes e dos usuários do serviço de saúde, maior foi à possibilidade de enfrentamento dos problemas, bem como o fortalecimento das potências para o trabalho em saúde nesta pesquisa, tendo como parte do entendimento de que o maior objetivo da ação educativa é a promoção de sujeitos capazes de refletir criticamente sobre sua realidade, de forma a propor caminhos para transformá-la dentro de um posicionamento individual e comunitário.

c) Síntese das Entrevistas

Já desde as primeiras entrevistas notou-se que apesar de estarmos lidando com situações concretas e acessíveis ao relato de todos entrevistados, alguns coordenadores técnicos multidisciplinares “tendiam a responder de maneira idealizada, muito mais próxima aos desejos ou dos padrões morais que das opções concretas”. Mesmo assim, apesar dessa “desconfiança” do discurso, é com ele que se trabalhou e foi em cima das percepções dos entrevistados que possibilitou levantar e discutir hipóteses que ajudassem a responder as questões apresentadas nos objetivos desse trabalho.

Para amenizar procurou-se testar a coerência das respostas com a observação direta do conteúdo submetido.

As entrevistas foram dirigidas, mas não diretivas, nos moldes apresentados por Richardson (2008, p. 210), onde foram usadas perguntas precisas, pré-formuladas, mas que permitiram ao entrevistado desenvolver suas opiniões e informações livremente.

O encerramento das entrevistas foi dado quando as informações tornaram-se demasiado repetitivas e mesmo entrevistando elementos das mais diversas características, estes não conseguiam acrescentar novos aspectos relevantes.

Cabe ressaltar que concomitantemente às entrevistas, deu-se continuidade à assimilação da realidade local do quanto mudou o atendimento com o processo de trabalho: elevação da humanização e melhoria no acolhimento pelo entendimento dos sujeitos/profissionais. Utilizou-se da observação direta e conversas informais o

que contribuiu grandemente para a composição de um quadro de entendimento do tema.

d) Síntese das entrevistas – equipe multidisciplinar

Pode-se abordar a grande utilidade que tiveram as entrevistas feitas com as equipes multidisciplinares que trabalham na região diretamente com os sujeitos/profissionais agentes comunitários de saúde e agentes de combate de endemias suas interligações no processo de trabalho desenvolvido por ambos em equipe.

Com a sua vivência na área puderam servir de fonte para confrontar as informações coletadas nos processos de trabalho com os demais trabalhadores na Política Nacional de Atenção Básica no que diz respeito à melhoria que obtiveram na transformação das práticas em educação popular em saúde. Mas, sobretudo, no delineamento de princípios éticos, orientadores de novas posturas de atendimento no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde com compromisso, acolhimento, humanização com compromisso na consolidação do SUS, potencializando suas características sociais, políticas e técnicas.

O desafio sentido com o conhecimento adquirido foi o benefício dessas práticas e saberes da educação popular em saúde, aonde o trabalho na atenção básica e na vigilância em saúde, pode fomentar práticas de diálogo entre a academia e a rua, sua contribuição positiva, seguindo da cidade, para as vilas, bairros urbanos e/ou rurais.

Nesse sentido foram utilizados, além das entrevistas com as equipes multidisciplinares vinculados às organizações visitadas, relatórios e materiais explicativos de órgãos públicos que atuam no meio urbano e rural. São eles: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS; Cadernos do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde – EDPOPSUS; Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; Secretaria de Gestão Estratégica Participativa – SGEP/MS; Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, V. 15, 1999.

O uso desse material não foi no sentido de aplicá-lo como referencial teórico, mas para esclarecer as linhas que mereciam aprofundamento.

e) As entrevistas - o trabalho de campo

O trabalho de campo (entrevistas) se desenvolveu entre 23/06/2015 e 14/08/2015. A escolha dos locais visitados foi feita a partir dos critérios da metodologia da pesquisa.

No entanto no decorrer das entrevistas houve indicações que conduziram elementos inicialmente não previstos, o que pode explicar o número desigual de usuários em cada modalidade.

Durante esse período as maiores limitações foram: conciliar as atividades dos profissionais envolvidos com as dessa pesquisa, os deslocamentos entre os municípios e o pouco tempo de permanência em cada lugar.

Limitações estas que foram contornadas com a tentativa de aproveitar todas as oportunidades de contatar agentes comunitários de saúde, técnicos e demais pessoas que direta ou indiretamente poderiam contribuir com a pesquisa.

f) Sistematização dos dados

Durante o período em que foram realizadas as entrevistas, já se foi organizando e transcrevendo todo o material tão logo era obtido, e em agosto deste ano partiu-se para a sistematização dos dados.

A análise feita durante esse período de transcrição não figurou no texto do trabalho, serviu apenas para compreensão preliminar da visão dos entrevistados, a fim de que se pudesse aperfeiçoar o procedimento nos próximos contatos e na tentativa de estabelecer quão próximos ou distantes se estava de determinados valores na formação educativa continuada e humanizada.

Inicialmente uma primeira leitura do material coletado foi feita “para organizar as ideias incluídas para, posteriormente, analisar os elementos e as regras que as determinam” (RICHARDSON, 2008, p. 224).

As entrevistas transcritas foram analisadas de forma comparativa, onde foram agrupados expressões e vocábulos que sugiram entendimentos e perspectivas semelhantes, buscando padrões que possam definir e apontar aspectos favoráveis ou desfavoráveis para o protagonismo dos colaboradores da saúde dentro do tema dos mecanismos para o controle da garantia na consolidação do SUS, potencializando suas características educativas, sociais, políticas e técnicas.

Como previsto na metodologia, usou-se a análise de conteúdo, sendo que nesse momento a pergunta era como analisar se houve transformação no processo em saúde, a partir da capacitação dos agentes comunitários e endemias de saúde.

Entretantes se fez necessário articular a literatura revisada com os dados coletados, o que possibilitou decompor as entrevistas e agrupá-las em tópicos por afinidade de conteúdo.

Conforme transcorriam as entrevistas, as visitas nas unidades novas situações e conhecimentos práticos foram se somando, o que provocou a busca por outras fontes que viessem a reforçar o referencial teórico já existente.

g) Apuração dos resultados

Após a sistematização dos dados, respeitando as fases da análise de conteúdo, conforme descritas por Richardson (2008, p. 230), “a pré-análise e a análise do material”, chegou-se a última: “o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação”.

A seguir, expor-se-á uma proposta de análise, relacionando tópicos que congregam todas as questões utilizadas no roteiro de entrevistas.

3.1 Entrevistados e sua Caracterização

a) Perfil dos trabalhadores

Foram entrevistados 16 trabalhadores da saúde oriundos de três regiões do Rio Grande do Sul, a saber: Centro Sub-regional, Extremo Sul e Extremo Sul.

As entrevistas em cada região ficaram condicionadas à disponibilidade e à concordância dos entrevistados. Houve também algumas indicações por parte dos técnicos que foram entrevistados anteriormente.

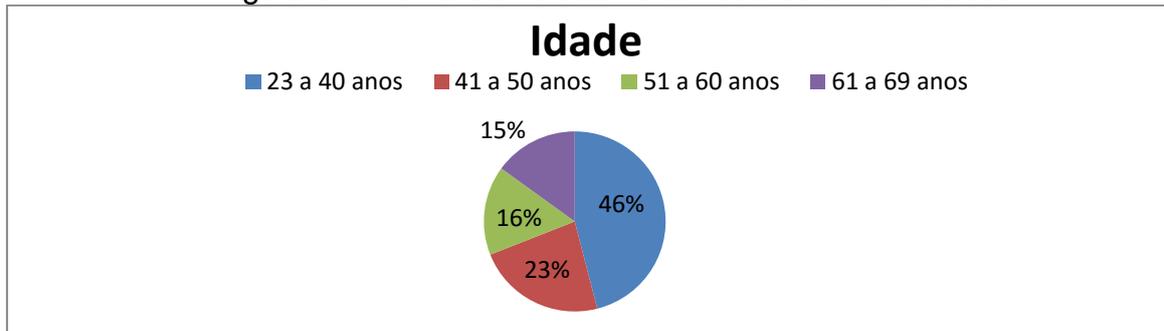
O perfil desses trabalhadores em saúde foi definido com base nos dados obtidos nas entrevistas, como: gênero, idade, escolaridade, composição familiar, atividade e renda da comunidade.

Inicialmente, quanto ao gênero, constatou-se desde a primeira organização visitada o prevaletimento de trabalhadores do sexo masculino a frente das organizações, sendo que dos 16 questionados, 04 são homens e 12 são mulheres,

que se declararam agentes comunitários de saúde e endemias responsáveis pelas suas comunidades.

As idades desses ACS e ACE variam entre 23 e 69 anos, podendo ser visualizada a incidência na figura 1.

Figura 01 - Faixa etária dos trabalhadores entrevistados



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

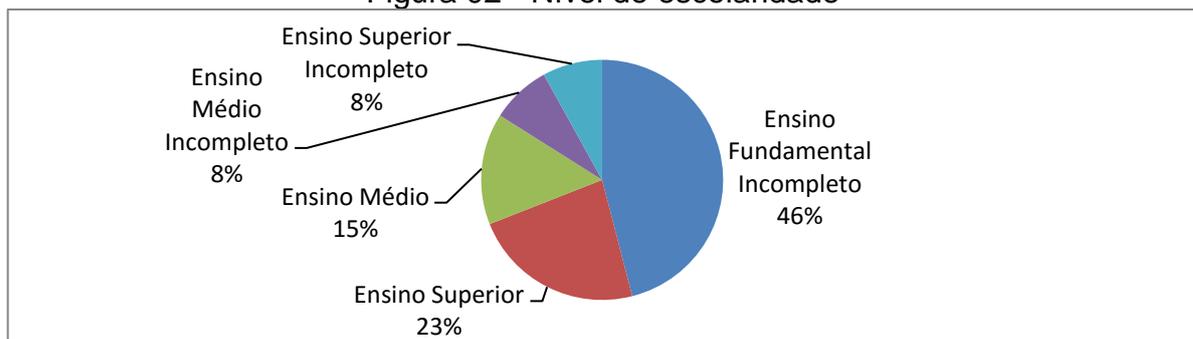
Foi pesquisada a escolaridade dos entrevistados no sentido de estabelecer a situação educacional do grupo a ser estudado.

Em nenhum momento procurou-se entender o comportamento do entrevistado levando somente em conta qualidades pessoais como: inteligência, grau de instrução ou poder econômico.

Quanto ao resultado obtido, não se pode deixar de notar que o universo de trabalhadores em saúde aqui estudados tem baixa escolaridade em quase 50% dos casos, o que nos remeteu aos resultados do Censo em Saúde de 2006, feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), em todo país.

A situação educacional dos trabalhadores em saúde entrevistados pode ser mais bem demonstrada na Figura 2.

Figura 02 - Nível de escolaridade



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

A baixa escolaridade é a única similaridade com o censo mencionado, já que a figura mostra uma situação bem peculiar, onde os dois maiores grupos representados pelos percentuais 46 e 23 por cento, são de elementos com escolaridades bem distanciadas, um ensino fundamental incompleto e o outro ensino superior. Vale lembrar que dos 16 entrevistados, 04 são homens e 12 são mulheres. Não houve maior aprofundamento dos motivos dessa baixa escolaridade, mas apesar dessa discrepância e das possíveis causas que a definiram, os entrevistados reconhecem a importância do “conhecimento acadêmico” e priorizam isso com os filhos.

Cabe salientar que o baixo grau de escolaridade, aparentemente, não interfere na prevenção e na prática de educação popular em saúde como no desenvolvimento da atividade, assim como na transformação social em geral e parcerias.

A incidência maior ocorreu provavelmente pelo fato dos estudantes estarem em faixas etárias abaixo de 18 anos, como referenciado na figura 2. Notou-se que ao longo das entrevistas surgiram valores como a importância da permanência na propriedade rural e em dar sequência à tradição familiar que os colonos descendentes de alemães dão, e à produção de alimentos para a subsistência como uma atividade identificadora de sua ascendência germânica, motivo de orgulho para eles como sua qualidade de vida.

Nesse sentido, pelos dados já expostos, justifica-se a relativa preocupação quanto à sucessão familiar, nas parcerias demonstrada por alguns. Quanto à composição familiar dos trabalhadores, basicamente é formada pelo casal e os filhos.

Essa formação é responsável pela maioria das ocorrências, sendo que a totalidade dos casais reside na comunidade e apenas filhos homens aparecem como não residentes no município.

Ao mesmo tempo notou-se que os agricultores residentes na comunidade não estão influenciando ou forçando os filhos a optarem pela continuidade da profissão deles e comentam que em alguns casos os filhos já estão estudando em áreas totalmente diversas a atividade dos pais.

É expressiva a atividade dos casais dentro da comunidade propriedade, 50% dos cônjuges atuam diretamente na produção e reforçam o caráter familiar desse segmento.

Desse total, 77% são mulheres que tem um papel relevante no resultado de seus projetos, empreendimentos, as parcerias, mencionadas em 28% das respostas, se referem a pessoas que não fazem parte da família, mas trabalham de forma permanente dentro das comunidades. Entre esses parceiros e as famílias não tem vínculo afetivo formal e estes não residem nas comunidades. Mas trabalham ativamente nas transformações de ações nos processos em saúde como erradicação da pobreza, da fome, desnutrição e desidratação das crianças, buscam auxílio das redes em saúde oportunizando seu fortalecimento utilizando da sua experiência na prática proposta.

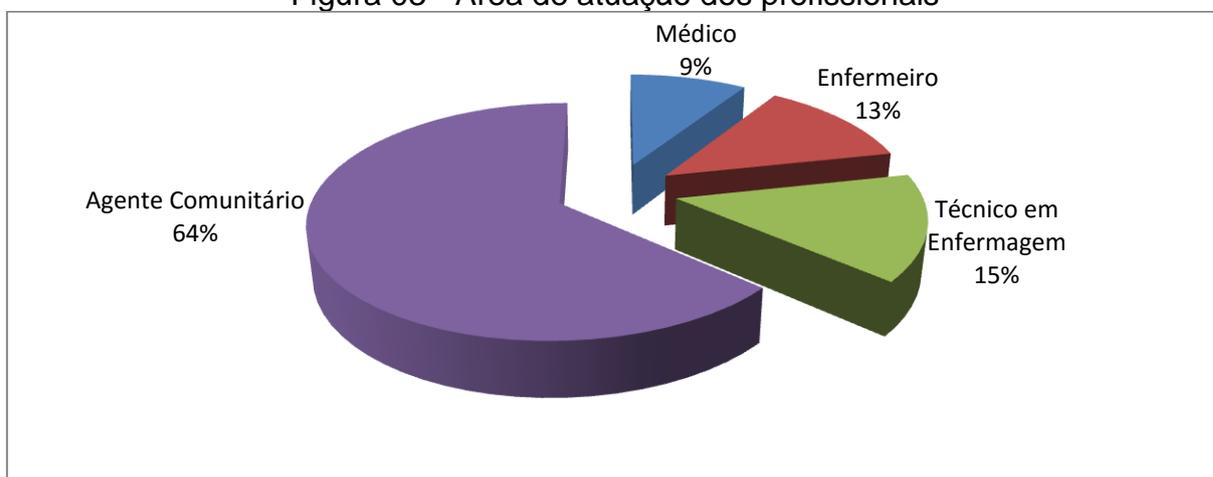
b) Perfil dos técnicos – equipe multidisciplinar

Como previsto na metodologia, foram entrevistados sujeitos/profissionais técnicos ligados a entidades públicas, num total de quatro.

Esses profissionais trabalham diretamente com os profissionais mencionados nesta análise e tem como atividades: vigilância em saúde, a assistência técnica, acompanhamento preventivo em saúde e a aplicação de políticas públicas voltadas para a atenção básica.

Verificou-se que a relação entre a equipe multidisciplinar, agentes comunitários de saúde e endemias é muito próxima e que há uma troca saudável de conhecimentos e perspectivas, com a intenção de promover o intercambio de saberes bem como a divulgação do conhecimento em Educação Popular em Saúde.

Figura 03 - Área de atuação dos profissionais



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa

3.2 Modo de vida dos sujeitos/profissionais

Constou no roteiro de entrevistas perguntas relacionadas ao modo de vida na comunidade em saúde para que se pudesse estabelecer um breve histórico da população em relação a sua trajetória nessa forma de produzir prevenção em saúde.

Em primeiro lugar, será discutido o contexto geográfico e cultural dos profissionais entrevistados, numa tentativa de detectar que influências esses aspectos tiveram na forma de prevenir, como também na utilização das políticas públicas em saúde. A hipótese nesse caso é a de transferência cultural através do povoamento dos imigrantes europeus nas regiões visitadas.

Em segundo lugar, será feito um apanhado dos conceitos apontados por eles como qualificadores de sua atividade, como protagonistas em saúde, qualidade de vida e satisfação pessoal. Obviamente não haverá retorno exclusivo a um referencial teórico, o ensaio é captar como os profissionais enxergam cada um destes conceitos, supondo ter relação com a afirmativa deles de que a Educação Popular em Saúde é uma saída para produção em saúde.

Em terceiro e último lugar, serão analisadas as vantagens e desvantagens da ocupação que exercem, procurando levantar elementos que favoreçam ou desfavoreçam a continuidade desse tipo de produção. A ideia aqui é entender quais destes aspectos pesam mais nas decisões deles, a busca histórica por uma aproximação da ciência e do conhecimento em saúde aos movimentos e práticas sociais sua necessidade em razão dos desafios do nosso cotidiano. Ciente desse desafio, o pesquisador vem se construindo, cada ano a mais, caminhando na identificação de grandes – e por vezes invisíveis – problemas, a partir da convivência com movimentos e práticas sociais. Sentido este de contribuir para a redução de iniquidades e, assim, para a construção de uma sociedade mais justa.

“Na fala de um agente comunitário de saúde”. O mesmo relata: Faz a comparação entre o processo de saúde e a agroecologia “Eu sempre olho os que não fazem, se conhecessem, todos fariam com certeza, se tivessem coragem de mudar o sistema, que é muito fácil, em algumas linhas, se vai aprendendo quando quer”, apregoou um agente comunitário de saúde e produtor orgânico a respeito de ter optado pela agroecologia como fonte comparativa do processo de prevenção através da utilização da educação popular em saúde que em sua concepção deu muito certo, com resultados positivos. (Agente comunitário de saúde 1).

Dessa concepção o mesmo relatou a importância e necessidade de desenvolver e interagir mais a Educação Popular em Saúde, ainda muito mais com a população, num despertar de novas possibilidades onde os frutos serão colhidos conforme o germinar de suas sementes do cultivo, do amor atribuído a todos em uma comunidade, pois, cada fase libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores específicos e configura espaços-tempos com diferentes motivações na presença dos ACS e ACE.

Todos os entrevistados demonstravam clareza no que se refere à diferença entre “atendimento preventivo educativo” e atendimento curativo chamado “convencional”. Da mesma forma mostravam entendimento de vários princípios quando afirmam que a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho vivenciado no seu dia-a-dia.

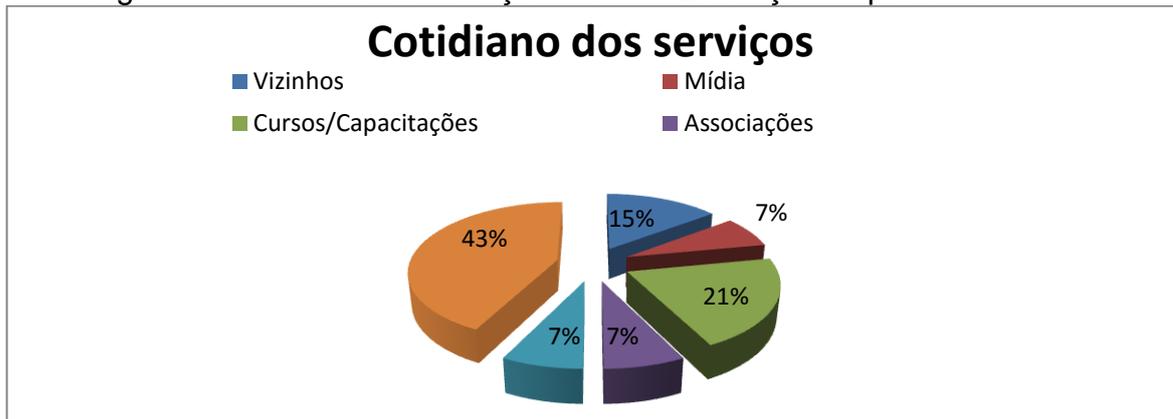
Fala de um agente de endemias: “Demanda muitas vezes mudanças de posturas e na cultura de seus praticantes”. Onde melhorou nosso trabalho em equipe tanto na inter-relação dos profissionais nas ações em saúde como a relação com a comunidade assistida. (Agente de combate endemias 01).

No caso dos treze profissionais entrevistados, sete já praticavam as concepções formadoras na capacitação dos ACS e ACE, onde seus trabalhos promovem processos de subjetivação estando além das práticas e saberes tecnológicos estruturados. Levando em consideração os aspectos ambientais e de sustentabilidade previstos em lei específica sobre a participação ativa da comunidade e do controle social em saúde onde a formação profissional não pode se restringir a um ensino técnico, ela precisa estar unida a uma educação geral que possibilite um entendimento amplo da sociedade em que vivemos e ao mesmo tempo a compreensão do processo de trabalho em saúde.

Fala de um técnico em saúde: “o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular fazem parte dos pilares dessa construção”. (Técnico em saúde – equipe multidisciplinar 01).

O contato desses profissionais com a comunidade foi atribuída a diversos canais, como demonstrado na figura 4.

Figura 04 - Canal de informação sobre a Educação Popular em Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa.

É possível ver o papel importante dos grupos formais, a exemplo das associações, como difusoras de conhecimento e de formação, onde o canal apontado em 7% das respostas, como capacitações e cursos são também atividades que ocorreram dentro das organizações.

Ficou demonstrado nas conversas e ou entrevistas o desejo dos vizinhos já praticantes da qualidade de vida em saúde agregar mais pessoas a esta forma de visão, vendo isso como forma de fortalecimento dos grupos e não como uma concorrência, o que pode ser visto em 51% das respostas, onde outros profissionais mídia/movimentos sociais foram os principais propagadores deste estilo de prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS sua melhor consecução permeava o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressassem qualidade e relevância social coerentes com os valores instigados à implementação da reforma sanitária brasileira.

Todos os profissionais entrevistados estão vinculados em pelo menos um grupo, mesmo que informal, que reúnem vizinhos e demais interessados na atividade.

Nas falas produzidas na roda de conversa: Eles entendem que “Educação em Saúde” significa uma grande roda que você, como trabalhador da saúde vinculado a atenção básica, é convidado a construir, para refletir sobre seu papel e suas práticas educativas, de mobilização social, promoção da saúde e promoção da equidade, no sentido de transformá-las tendo como referencial político-metodológico a Educação Popular em Saúde. (Equipe multidisciplinar e ACS).

“Bom, em primeiro lugar trabalhar em grupo (cooperativa) te fortalece, porque tem tanta gente grande que trabalha e a gente está acostumado a

crescer e todo mundo quer crescer e o grande esquece-se do pequeno, então a gente se unindo vai ter uma forma muito melhor de trabalhar” e utilizar da educação para ter melhores argumentos através do conhecimento. (Equipe multidisciplinar - Profissional Técnico 2).

Essa vinculação é ressaltada na figura 5.

Figura 05 - Local de vinculação dos profissionais técnicos



Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa.

A OCS (Organização de Controle Social) e os entrevistados que participam desse tipo de grupo fazem controle direto ao usuário, em suas residências, eventos, instituições de saúde. Já os que participam de uma OPAC (Organismo Participativo de Avaliação da Conformidade) estão vinculados a núcleos da Rede de Saúde no Estado, até as esferas de serviços (Conselhos Gestores de Unidades/Programas), passando por esferas regionais, micro e macrorregionais, locais, distritais, municipais, estaduais etc.

Os técnicos reafirmam a importância desses grupos, formais ou informais para que os profissionais trabalhem em melhores condições e agreguem subsídios.

“Tem que ser feito todo um trabalho de base, do que é o associativismo, que em grupo a gente consegue caminhar melhor do que sozinho... e tu não tem resposta pra tudo, pros problemas, tem que construir junto com eles... resgatar um pouco o saber popular...mas é importante uma assistência técnica nesse processo, ajudar os ACS e ACE a superar os desafios”(Equipe multidisciplinar - Profissional técnico 2).

“É importante para o processo, qualifica o processo, a gente tem avaliar no sentido de qualificar o processo, não em si pela questão legal, mas na parte operacional é importante. Na nossa experiência os grupos são a parte mais importante do processo, a gente prioriza e fortalece. É um facilitador do

processo” com este olhar em educação popular em saúde nos traz uma visão ampla e atual do processo de melhoria em saúde. (Equipe multidisciplinar - Profissional técnico 3).

Diante dos relatos o pesquisador reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção compartilhada de conhecimentos.

Um agente comunitário de saúde simplifica dizendo... “os princípios que traz o tema educação popular em saúde é o protagonismo dos Sujeitos Sociais”. (Agente comunitário de saúde 2).

Fala do profissional - A saúde é apontada por muitos como o principal fator para uma melhor qualidade de vida e realização pessoal. (Agente comunitário de saúde 3).

a) Qualidade de Vida dos sujeitos/profissionais

Várias são as definições de “qualidade de vida”, optou-se em ficar com a da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a define como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ALMEIDA, 2012, p. 20).

Quando abordados com perguntas como: o que o fez escolher a ser um profissional da saúde ou o que o motivou a permanecer nesta atividade, percebia-se que ao responder, os profissionais o faziam com certo orgulho de suas atividades e convicções.

“Sempre gostei muito de trabalhar em saúde, em primeiro lugar, mas o fato de ser Agente Comunitário de Saúde, porque eu vejo que é uma coisa que faz bem ao ser humano, a vida em si, não prejudica nada. Até tu anda um pouco na contramão do mundo, aquilo que o mundo prega, mas acho que é o cuidado com a vida”. (Agente Comunitário de Saúde 1).

Salientaram a importância de suas atividades, “primeira coisa é a qualidade de vida, questão social, a segunda é justamente isso, estar gerando um benefício social, comunitário e familiar também, ajudando na sustentabilidade em saúde”. (Agente Comunitário de Saúde 2).

Também em alguns casos notou-se o cunho ideológico presente em seus discursos, fato que ultrapassa os limites das profissões e caracteriza não só a atividade deles como as suas vidas.

Uma profissional entrevistada enfatizou que quando se integrou no movimento para uma saúde melhor, “pensou mais na saúde das pessoas. Por isso que quando surgiu o grupo a gente pensou em fazer alguma coisa diferente, começar a mudar a cabeça das pessoas” (Equipe multidisciplinar - profissional técnico 4).

Essa ideologia é difundida pelos técnicos que assistem esses profissionais em todos os lugares visitados.

“A primeira questão é a cabeça, a gente tem que mudar a parte cultural, a maneira de pensar”... Entender mais de técnicas preventivas populares, de como se dão os cultivos e principalmente a questão da ética nas relações, porque agroecologia não é simplesmente a gente produzir alguma coisa sem veneno, sem adubo químico, sem mudar a relação entre as pessoas... Tem que se enxergar melhor entre os seres humanos e a relação com a natureza. (Agente de combate a endemias 2).

Outra profissional defende que “a educação em saúde seja, educação permanente, popular, continuada e ou coletiva, assim como a agroecologia é um modo de vida, não é só uma produção... não é só um meio de lucratividade”.

O mesmo afirma outro produtor, “eu acho que sobre a produção orgânica, não tem que fazer só por causa de uma questão de regra, de certificação ou de lei, acho que o produtor tem que adotar como princípio de vida”. (Profissional do campo – usuário 1).

Todos falam da satisfação pessoal em promover às suas famílias autossuficiência em alimentos saudáveis e obter renda contribuindo com saúde de outras pessoas. (Roda de conversa).

- Ideia também apontada pelos profissionais técnicos entrevistados.

“Quando ele faz opção pela agroecologia ele tem algumas melhoras, uma delas é do ponto de vista psicológico, ele se sente muito bem, principalmente os que comercializam direto, eles pensam na saúde, podem falar do produto deles, se sentem à vontade, porque não colocaram nada que possa prejudicar”. (Equipe multidisciplinar - Profissional técnico 3).

“Tem produtor ecológico que coloca que na verdade a satisfação que eles têm em produzir hoje suplanta o lucro, eles dizem que isso não tem preço. Não é só a valoração econômica, mas como ser humano, qualidade de vida.

A responsabilidade de eles estarem produzindo um alimento saudável pra ele, mas também para o consumidor. Ele tem contato semanalmente com esse consumidor, o consumidor confia naquele produtor.” E a educação popular em saúde deve ser trabalhada da mesma maneira. (Equipe multidisciplinar - Profissional técnico 2).

O roteiro de entrevistas se encerrou abrangendo especificamente o ponto mais relevante desta pesquisa, levantar dados para discutir sobre os processos da qualidade em Educação Popular em Saúde, apostando na transformação social por meio da conscientização crítica, que leva o sujeito a reconhecer-se como agente de transformação da realidade.

Os resultados evidenciaram mudanças significativas que as atividades do projeto vêm despertando e incentivando a comunidade acadêmica e extra-acadêmica quanto à necessidade e importância da prática da educação popular em saúde, enfocando a participação popular e o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade e relevância da articulação entre as atividades de extensão, pesquisa e de ensino para subsidiar a formação profissional com resultados positivos no contexto do atendimento ao usuário nos locais de atendimento com reflexos de estímulo humanizado com acolhimento a todos os sujeitos/profissionais.

Para que o trabalho de educação em saúde continue dando frutos para o futuro ainda mais valorosos essa forma de educação parte da cultura e do contexto social dos agentes da aprendizagem, é parte estruturante desse processo que constroem um conhecimento partilhado através do diálogo permitindo a troca de experiências e reflexões coletivas sobre as possibilidades e os desafios do exercício da educação popular em saúde.

De igual forma, os entrevistados puderam discorrer livremente sobre o tema abordado, com interferências apenas no sentido de esclarecer questões estranhas a este pesquisador.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como temática abordar os desafios da educação popular em saúde dentro do contexto de uma comunidade de usuários do SUS, analisando as práticas lá desenvolvidas pelos sujeitos/profissionais agentes comunitários de saúde e endemias, da região centro sul e da campanha do Estado do Rio Grande do Sul. Esta investigação teve por objetivo analisar a Articulação Formação e atuação dos sujeitos/profissionais no Programa de Qualificação de Educação Popular em Saúde e a Relação com a Comunidade Assistida transformando os processos de trabalho partindo da aprendizagem dos educandos no curso de educação popular em saúde sobre os desafios da educação. Este ocorreu por meio da observação profissional, aproximação dos sujeitos/profissionais, dos referenciais teóricos, das práticas e metodologias da Educação Popular em Saúde unificando o saber e a vivência das práticas em suas comunidades, dos técnicos, das propriedades e do sistema assistencial, utilizando levantamento de informações que possibilitaram ao pesquisador fazer um comparativo com a sua realidade.

Para a operacionalização política desse enfoque, o autor destaca o conceito de autoconfiança e sociedade liberada: o primeiro significa a forma de desenvolvimento autocentrada, endógena, baseada nas potencialidades próprias e na capacidade de decidir sobre seu próprio destino; o segundo é a sociedade civil enquanto terceiro setor, sistema de poder, capaz de decidir sobre os demais setores sociais por meio da democracia política, da autogestão e da representação dos consumidores com papel diretivo no planejamento da produção.

Nesse sentido o propósito essencial deste trabalho esteve dirigido não somente para analisar os processos de trabalho em saúde, mas também de investigar as circunstâncias e aspectos relacionados com a tomada de decisões referente a esse processo de educação em saúde baseado na solidariedade, no pluralismo de ideias e no respeito à dignidade das pessoas e à diversidade.

O contato com os profissionais de saúde de diversas regiões do Estado do Rio Grande do Sul nos mostrou a força desta categoria, juntos acabam formando uma parcela da produção da saúde brasileira muito expressiva, nos provaram ser possível conciliar trabalho com a vida familiar, busca de renda com qualidade de vida, num quadro de labor mais harmonioso.

Por fim pode-se dizer que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos, não só os deste trabalho como também os deste pesquisador, superando a nossa expectativa, foi visível às melhorias no atendimento com a utilização dos saberes adquirido, através do Programa de qualificação profissional do Ministério da Saúde, à comunidade no acolhimento, no tratamento preventivo/curativo humanizado, na verbalização e na troca de ideias entre ambos os profissionais e a comunidade assistida demonstrando a melhoria nas condições na moradia; nas condições de trabalho; na educação em saúde; no modo como a gente se diverte; na alimentação; na organização dos serviços de saúde; na preservação dos recursos naturais, do meio ambiente (mares, rios, lagos, matas, florestas...); participação popular, nas relações interpessoais e na valorização das culturas locais.

O contato com essa realidade fortaleceu nossas convicções de continuar buscando conhecimentos na área da Pedagogia da Educação em Saúde e Educação Popular.

No entanto, agora no término deste trabalho, experimentamos a sensação de continuidade, por meio de novas investigações. Poderíamos ter conversado com mais pessoas, visitado mais municípios e conhecido mais realidades em Educação em Saúde.

Com isso ficou a certeza que essa temática não se esgota aqui e que os diversos aspectos levantados durante esse período possibilitarão o desdobramento deste estudo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Carlos M. de Souza e OLIVEIRA, Cristina P. Ferreira. Saúde e Doença: **Significações e Perspectivas em Mudança**. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm> Acesso em 22 jul 2015

ALMEIDA, Marco Antonio B. de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de Vida Definição, Conceitos e Interfaces com Outras Áreas de Pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades– EACH/USP, 2012.142p.: il. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf> Acesso em 23 jul 2015.

ALVES-MAZZOTTI A. J. **Usos e abusos dos estudos de caso**. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro Cad. Pesq. Dez/2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>> Acesso em 22 out 2014.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.), 1984. **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense.

_____, 1987. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense.

_____, 2001. **De Angicos a ausentes – 40 anos de educação popular**. Porto Alegre: Corag.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs> Acesso em: 21 jul 2015.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: **um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde**. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CARVALHO SR 2002. Saúde coletiva e promoção à saúde: **Uma reflexão sobre o tema do sujeito e da mudança**. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C. dos; PENNA, C. M. de M. Educação em saúde: **conhecimentos representações sociais e experiências da doença**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.200-2006, jan./fev. 2005. 11 páginas.

GIL, C. A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. 1979. Medicina e história: **raízes sociais do trabalho do médico**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

_____. 1994. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec - Abrasco.

_____. 1992. Práticas de saúde: **processos de trabalho e necessidades**. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde as Secretaria Municipal da Saúde, Cadernos CEFOR, 1 – Série Textos, São Paulo.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org). Praxis en salud: **un desafio para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

Oliveira DLLC, Meyer DE, Santos LHS, Wilhelms DM. A negociação do sexo seguro na TV: **discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre**, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20:1309-18.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social: **métodos e técnicas** / Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres... (et al.). – 3. Ed. – 9. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2008.

APÊNDICE A

Avaliação de aprendizagem

“MECANISMOS PARA A GARANTIA DA QUALIDADE EM SAÚDE, IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS VANTAGENS OU DESVANTAGENS DE SUA UTILIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE”.

Nome do (a) entrevistado (a):.....Data:...../...../2015.

Telefone para contato:.....Sexo: ()masculino ()feminino

Escolaridade:.....

Idade:.....

Estado civil:.....

Localidade:.....

Participando de uma pesquisa que visa analisar o processo e os resultados da formação em Educação Popular em Saúde, no que concerne aos participantes a as suas práticas em saúde, contribuindo para a efetivação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

I – Destina-se a conhecê-lo melhor através de questões ligadas ao seu perfil social.

“Quem sou eu”? _____

II – Procura levantar informações sobre suas experiências prévias em Educação Popular em Saúde, partindo da aprendizagem do Programa de Qualificação Profissional em Educação Popular em Saúde.

“Como estou trabalhando”? _____

III – Busca saber suas percepções e opiniões sobre o andamento do trabalho em saúde: partindo da aprendizagem do Programa de Qualificação Profissional em Educação Popular em Saúde.

“O que achei do processo de educação em saúde na prática”? _____

IV – É destinado a perceber como você expressa seu processo de transformação, após ter participado partindo da aprendizagem do Programa de Qualificação Profissional em Educação Popular em Saúde.

“Como estou saindo”? _____

“O que gostaria de relatar, contribuir com este processo em saúde”.

V – Outras considerações: _____

Além destes, a pesquisa também utilizará uma técnica chamada **observação participante**, que será realizada durante o momento pelo pesquisador presente levantando dados, tirando duvidas, etc.
