

CRISTIANE ALUIZA GONÇALVES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS:
PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo

2017

CRISTIANE ALUIZA GONÇALVES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS:
PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lidia Ruiz-Moreno

Co orientadora: Prof^a Dr^a Paulete Goldenberg

São Paulo

2017

Gonçalves, Cristiane Aluiza

Educação em saúde e diabetes mellitus: práticas na Atenção Primária /Cristiane Aluiza Gonçalves – São Paulo, 2017.

104 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde .

Título em inglês: Health education and diabetes mellitus: practices in Primary Health Care.

Descritores: Educação em Saúde, Diabetes Mellitus, Atenção Primária a Saúde.

CRISTIANE ALUIZA GONÇALVES

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIABETES MELLITUS:

PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre pelo Programa Mestrado profissional Ensino em Ciências da Saúde, do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - Universidade Federal de São Paulo.

Presidente

(Prof. Dra. Lidia Ruiz-Moreno)

Presidente

(Prof. Dra. Paulete Goldenberg)

Banca Examinadora

(Profa. Dra. Maria Cezira Fantini Nogueira Martins)

(Profa. Dra. Monica Antar Gamba)

(Prof. Dr. Nildo Alves Batista)

(Suplente: Profa. Dra. Fernanda Amendola)

*Aos meus pais, por todo amor e por
apresentarem-me o caminho da
honestidade e da determinação.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Às minhas duas queridas orientadoras, Prof. Dra. Lidia Ruiz Moreno e Prof. Dra. Paulete Goldenberg, o meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de pessoas que transpiram sabedoria, competência e dedicação, que mesmo em momentos difíceis foram presentes. Obrigada por terem acreditado e depositado sua confiança em mim ao longo desses anos de trabalho. Sem a orientação, apoio, confiança e compreensão dessas duas pessoas notáveis, nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por conduzir-me a novos caminhos e iluminar nos momentos de incerteza.

A todos que de alguma forma me acompanharam nestes anos de estudo e trabalho, sou muito grata pelo carinho e interesse manifestado.

À minha família, em especial, meu irmão Wellington, por estimular-me em diversos momentos da minha vida, levando-me a questionamentos e reflexões para redescobrir minhas potencialidades adormecidas.

À todos os amigos e amigas, em especial Gabrielle, Juliana e Márcia, pela amizade, paciência, apoio e incentivo.

Aos colegas da turma de mestrado, por compartilharem conhecimentos e experiências vividas, e serem fontes inesgotáveis de apoio e estímulo.

Aos colegas de trabalho, pela solicitude e prontidão para participarem desta pesquisa e por persistirem na difícil tarefa de cuidar.

Aos usuários da Unidade Básica de Saúde Vila Constância e tantos outros, dos quais cuidei ao longo dos 13 anos de profissão, obrigada por possibilitarem momentos de extraordinária riqueza, onde descubro, a cada dia, o verdadeiro significado da vida e da profissão que escolhi.

Aos professores e funcionários do CEDESS, pela receptividade e compartilhamento de conhecimentos e ideias.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

SUMÁRIO

Lista de Abreviações

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

Apresentação

1. Introdução	17
1.1 As doenças crônicas não transmissíveis como um problema de saúde pública	19
1.2 Das Políticas sanitárias às propostas da Atenção Primária à Saúde	22
1.3 A Educação em saúde no contexto da Promoção da Saúde e da Atenção Primária	28
1.4 O Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Primária	36
2. Objetivos	43
2.1 Objetivo Geral	44
2.2 Objetivos Específicos	44
3. Procedimento Metodológico	45
3.1 Delineamento da Investigação	46
3.2 Coleta e Análise dos Dados	48
3.3 Aspectos Éticos	49
4. Resultados e Discussão	50
4.1 Perfil Sócio demográfico dos profissionais, formação e atuação na APS	51
4.2 Práticas de Educação em Saúde para pessoas com Diabetes Mellitus	54
4.2.1 Concepções e Práticas de Educação em Saúde	56
4.2.2 Prática de Educação em Saúde: Facilidades e Dificuldades	69

5. Considerações Finais	86
6. Referências	89
7. Apêndices	99
Apêndice A: Roteiro para Entrevista	100
Apêndice B: Formulário de Identificação	101
Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103

LISTA DE ABREVIACOES

APS	Atenção Primária  Saúde
CEDESS	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDF	International Diabetes Federation
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SDM	Staged Diabetes Management
SUS	Sistema nico de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil Sócio Demográfico dos Profissionais da equipe de Saúde da UBS Vila Constância	52
Tabela 2	Características de Formação e Atuação na Atenção Primária à Saúde da Equipe de Saúde da UBS Vila Constância	53
Tabela 3	Núcleos Orientadores e Unidades temáticas	55

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é uma das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes no mundo e sua relevância para a saúde coletiva está associada à alta morbimortalidade e às repercussões promovidas no cotidiano das pessoas adoecidas. Como importante condição crônica que desafia os sistemas de saúde, o DM encontra na Atenção Primária à Saúde (APS) um cenário privilegiado para o cuidado dos usuários, com a orientação para ações voltadas à promoção da saúde. Na interface dessas ações, a educação em saúde é pensada como forma de reunir e dispor recursos para transformar condições de vida. No entanto, apesar da ampliação dos discursos sobre educação em saúde, suas práticas não alcançaram expressividade nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, o estudo tem como objetivo caracterizar as ações de educação em saúde relativas ao DM na APS, com vistas ao seu aprimoramento. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado em uma Unidade Básica de Saúde da região Sul do Município de São Paulo. O levantamento dos dados foi realizado junto aos profissionais de saúde que atuam na assistência à pessoa com DM. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados a partir da análise de conteúdo. Os resultados indicam contradições e ambivalências nas concepções e práticas de educação em saúde dos profissionais, relacionadas à coexistência do modelo tradicional combinado a elementos do modelo dialógico. As principais dificuldades para a adoção de um modelo de educação participativa se relacionaram à pouca participação e disposição dos usuários para aderir às orientações; à integração da equipe e à gestão do trabalho. Com vistas ao exercício das práticas educativas, envolvendo a superação do ensino transmissivo e fragmentado, ancorado no referencial biomédico, o estudo alerta para a relevância da preparação específica dos profissionais no âmbito da inovação educativa. Desta forma, o estímulo à educação permanente e ao trabalho interprofissional constituem os novos horizontes para a renovação do exercício das práticas de educação em saúde na APS.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is one of the most prevalent chronic diseases in the world and its relevance to collective health is associated with high morbidity and mortality and its repercussions on patients' daily lives. As an important chronic condition that challenges the health systems, DM finds in Primary Health Care a privileged scenario for the users care, with a guidance to actions in health promotion. In the interface of these actions, the health education is thought as a way to allocate resources to transform living conditions. However, in spite of the expansion of discourses about health education, their practices didn't reach an expressivity in health services. In this perspective, this study has the objective to characterize the health education actions related to DM in Primary Health Care, with a view to its improvement. This is an exploratory study with a qualitative approach done in a Basic Health Unit of the Southern Region of São Paulo Municipality. The data survey was done with the health professionals who work in the care of people with DM. Data were collected through a semi-structured interview and analyzed using the content analysis. The results indicate contradictions and ambivalences about the conceptions and practices of health education of the professionals, related to the coexistence of the traditional model of education combined with elements of the dialogical model. The main difficulties to adopt a participatory education model were related to the low participation and disposal of users to adhere to the guidelines; to the team integration and to the work management. With a view to the exercise of the educational practices, involving the surpass of transmissive and fragmented teaching, anchored in the biomedical reference, the study alerts to the relevance of the specific preparation of professionals in the scope of educational innovation. So, the incentive of permanent education and interprofessional work constitute the new horizons for the renovation of the health education practices in Primary Health Care.

Key-words: Health Education, Diabetes Mellitus, Primary Health Care.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Minha vivência em educação em saúde se iniciou no primeiro ano da graduação em enfermagem realizada na Universidade Federal de São Paulo, quando ingressei no Projeto de Extensão Germinar. Nele realizávamos atividades de educação em saúde, utilizando metodologias ativas como jogos e dinâmicas em grupo, para mulheres e adolescentes em uma comunidade da zona sul de São Paulo, sob a coordenação de uma docente com formação em pedagogia. Em seguida à aposentadoria dessa docente, as atividades do projeto chegaram ao fim.

O interesse pela educação em saúde ressurgiu quando comecei a trabalhar na Atenção Primária à Saúde (APS), onde atuo até hoje. Trabalhei cinco anos em uma Unidade Básica de Saúde que adotava a Estratégia Saúde da Família (ESF) e há seis anos atuo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que adota o modelo tradicional de atenção à saúde.

Com os incontáveis desafios enfrentados na APS, senti desde o início, a necessidade crescente de qualificar minha atuação como educadora. Apesar disso, priorizei, num primeiro momento, especializações na área de Saúde Pública, Podiatria Clínica e Estomaterapia.

Ainda assim, a complexidade da assistência a um usuário da UBS me deixou uma profunda marca. Considerado pelos profissionais como “paciente difícil”, mostrou-me a imprescindibilidade de ampliar o olhar no cuidado do outro, compreendendo a singularidade de cada pessoa e a necessidade da percepção integral na atenção à saúde. Esse usuário “difícil”, diagnosticado com DM tipo 1, permanecia com o quadro descompensado e com o agravamento das complicações da doença, independentemente das intervenções da equipe. Nas conversas, ele não falava sobre as dificuldades para o controle da glicemia, como as relacionadas à alimentação ou aplicação da insulina. Ele relatava a preocupação

com o risco de suspensão do auxílio doença se as lesões nos pés cicatrizassem, pois entendia que isto implicaria na perda do emprego, caso o INSS o liberasse, não sendo possível encontrar outra fonte de renda. Acrescentando-se a isso, o fato de sentir-se sozinho e não ter motivação para o cuidado de si. A morte dele por sepse em decorrência de uma amputação, causou uma consternação na equipe, associada a um sentimento de impotência.

Os sentimentos motivados por essa vivência levaram a outras reflexões e a necessidade de procurar novos referenciais. Assim em 2013 iniciei o curso de Especialização em Educação em Saúde no CEDESS (Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde). O curso impactou positivamente na minha atuação profissional. Introduzi novas atividades educativas em grupo com propostas problematizadoras e implementei novas estratégias participativas desenvolvidas em consultas de enfermagem e atividades educativas para pessoas com DM.

Nesse percurso surge o interesse sobre as ações de educação em saúde relativas ao DM na APS, que se constituiu no objeto do presente estudo.

1.INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento por DM envolve um conjunto de sentimentos e significados permeados pelas experiências vividas, valores, crenças e perspectivas de vida. A complexidade que envolve a convivência com uma condição crônica, estabelece a necessidade de ampliar e aprofundar o olhar para além do controle e monitoramento, compreendendo as repercussões promovidas no cotidiano das pessoas, uma vez que a condição crônica demanda cuidado contínuo e prolongado (CYRINO, 2005).

Nesta situação, a integralidade da assistência à saúde mostra-se como um desafio para os profissionais, sistemas e serviços de saúde. Para além do desafio político, econômico e administrativo, há um desafio tecnológico de criar e recriar ações para produzir de modo universal e equitativo, não apenas tratamento, prevenção e recuperação da saúde, mas por meio de todos esses recursos, promover cuidado. Na ótica da integralidade, as necessidades de saúde não se restringem a linguagem das ciências biomédicas, elas requerem considerar o contexto de intersubjetividade do cuidado e o enriquecimento do diálogo entre os sujeitos implicados nas práticas de saúde (AYRES, 2009).

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico nas últimas décadas, com maior predomínio das doenças crônicas e das causas externas, determinaram a necessidade de um redirecionamento da atenção à saúde. Nesse sentido, o modelo proposto pela promoção da saúde parece mais adequado às novas realidades de saúde.

As propostas articuladas que incluam a promoção da saúde, como ação interdisciplinar que integra diferentes saberes e práticas intra e extra setoriais, se revestem de nova qualidade para o enfrentamento dos problemas de saúde existentes, objetivando a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida.

A educação em saúde fundamentada na proposta da promoção da saúde, tem anunciado a superação dos modelos de construção de práticas educativas centradas na transmissão de conhecimentos com vistas às mudanças de comportamento dos indivíduos. Deste modo, o diálogo e a participação são elementos essenciais para a

construção de um conhecimento compartilhado para promover a saúde, concebida para a emancipação, autonomia e reflexão crítica dos indivíduos e coletividades.

No entanto, a despeito da ampliação dos discursos sobre educação em saúde, suas práticas não alcançaram expressividade nos serviços de saúde. Observamos que a constituição das propostas de promoção da saúde e de práticas educativas participativas e emancipatórias tem se caracterizado por contradições e ambivalências entre o que se propõe como mudança e a sua expressão no cotidiano dos serviços. Isto posto, emergem algumas questões:

Como ocorrem as práticas de educação em saúde para pessoas com DM na APS?

Quais as concepções de saúde e educação em saúde relacionadas às práticas?

Quais as facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais para o desenvolvimento das práticas?

1.1 As Doenças Crônicas Não Transmissíveis como um problema de Saúde Pública

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a principal causa de mortalidade, correspondendo a 72,4% do total de óbitos em 2007 (BRASIL, 2011b). Estima-se que em 2020, dois terços da carga de doenças serão atribuídos a estas doenças (BRASIL, 2008).

O grupo das DCNT compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. As doenças crônicas apresentam início e evolução lentos, além de causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fatores fisiológicos. Diferente das condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional (MENDES, 2012).

As DCNT constituem uma epidemia mundial, representando elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos

cerebrovasculares, aterosclerose e doença vascular de extremidades. Quando não tratadas adequadamente, implicam em graves complicações temporárias ou permanentes (BRASIL, 2008), sendo a prevenção desses agravos, o maior desafio para a saúde pública (WHO, 2003). Em decorrência de sua aparente invisibilidade, acarretam ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, ocasionando elevados custos sociais, absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis (BRASIL, 2008; SBD, 2016).

O aumento da morbimortalidade em decorrência das DCNT, na segunda metade do século XX tem sido associado às transformações das condições de saúde da população. Ocorreram modificações da estrutura demográfica, caracterizadas pela acentuada queda da mortalidade, diminuição da fecundidade, aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, envelhecimento da população (WHO, 2003). No Brasil, a transição epidemiológica, num quadro diferenciado do que aconteceu nos países desenvolvidos, se fez marcada pela superposição das doenças transmissíveis e crônico-degenerativas. Nesse processo a morbimortalidade permanece elevada para ambos os padrões de doença, caracterizando uma transição prolongada e situações epidemiológicas contrastantes nas diferentes regiões do país (SCHRAMM et al, 2004). Neste contexto, entre as DCNT mais prevalentes está o DM e sua relevância se destaca por ser uma das maiores causas de morbimortalidade no adulto, além de acometer indivíduos em todas as idades (BRASIL, 2011b; DUNCAN et al, 2012).

O DM é um problema de saúde pública e uma das principais epidemias mundiais, não só em decorrência da elevada prevalência, acentuada morbimortalidade, mas também pelas repercussões socioeconômicas do impacto de suas complicações, que comprometem a qualidade de vida, a produtividade e a sobrevivência dos indivíduos, fora os custos e dificuldades para seu controle metabólico e tratamento (TADONI, 2009). Essa enfermidade causou 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014 e foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos: um custo estimado de 612 milhões de dólares (IDF, 2014). No Brasil, foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes (MALTA et al., 2014).

O DM é definido como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia resultantes de defeitos na secreção de insulina, na

ação da insulina e/ou ambas. Tem como critério de diagnóstico: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal, acrescidos de glicemia casual (aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições) maior de 200 mg/dl, glicemia de jejum \geq 126 mg/dl e ou Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose $>$ 200 mg/dl (BRASIL, 2013; SBD, 2016). Classificado a partir de critérios fisiopatológicos, o DM divide-se em quatro grandes classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos de diabetes e diabetes gestacional. O DM tipo 2 é o mais prevalente, com 90% a 95 % dos casos e, geralmente, diagnosticados após os 40 anos de idade (ADA, 2013; SBD, 2016).

A prevalência do DM tem aumentado de forma exponencial nas últimas décadas. A International Diabetes Federation (IDF) estima que o número de pessoas com diabetes no mundo em 2013 era de 387 milhões de pessoas, 46% sem diagnóstico prévio. Para a América Central e a América do Sul, essa estimativa era de 24 milhões de pessoas, podendo chegar a 38,5 milhões em 2035 - um aumento projetado de 60%. Para o Brasil, o contingente estimado, de 11,9 milhões de casos, pode alcançar 19,2 milhões em 2035 (IDF, 2014). Em relação à prevalência, é estimado que o Brasil passe da 8ª posição, de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, com 11,3% da sua população com DM, em 2030 (BRASIL, 2013).

A doença quando bem controlada, têm uma evolução favorável e uma redução significativa do risco de complicações agudas ou crônicas. Por outro lado, o controle precário do DM pode favorecer complicações agudas e crônicas; as primeiras, como o coma diabético e o coma hipoglicêmico, infecções graves que podem ter um alto risco e baixa ou alta permanência hospitalar ; as segundas, podem ser microvasculares: retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatia diabética, e macrovasculares: doenças cerebrovasculares, como o acidente vascular encefálico, doenças arteriais coronarianas, como angina pectoris e infarto do miocárdio, e doenças vasculares periféricas (TADONI, 2009).

Os principais fatores associados ao diabetes descritos na literatura são: idade $>$ 45 anos; sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC \geq 25); obesidade central (circunferência abdominal $>$ 102 cm para homens e $>$ 88 cm para mulheres); história familiar de diabetes; hipertensão arterial ($>$ 140/90 mmHg); colesterol HDL \leq 35 mg/dL e/ou triglicérides \geq 150 mg/dL; história de macrossomia ou diabetes gestacional; diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos; doença cardiovascular,

cerebrovascular ou vascular periférica definida (BRASIL, 2011c). A abrangência desse quadro evidencia a complexidade do controle da doença e a relevância das ações preventivas do desenvolvimento do DM.

O controle metabólico da pessoa com DM é um processo complexo e exige mudanças no estilo de vida, sendo necessária a adoção de uma dieta balanceada, prática de atividade física, monitoramento do nível de glicemia e adesão ao tratamento medicamentoso, que é dividido em drogas antidiabéticas orais, insulina e análogos que são injetáveis (SBD, 2016). Impõem-se, nestas condições, o desafio do enfrentamento do DM, no âmbito da atenção primária à saúde (APS), o que pressupõe a consideração das concepções e práticas dos profissionais, usuários e das políticas de saúde que respaldam estas ações.

1.2 Das Políticas Sanitárias às Propostas da APS

O final do séc. XIX e o início do século XX foram considerados como um momento histórico importante na construção de concepções e práticas de educação e saúde que tiveram em sua base a Higiene, enquanto um campo de conhecimento que se articula, produzindo uma forma de conceber, explicar e intervir sobre os problemas de saúde. No período Higienista, havia foco nas responsabilidades individuais para a produção da saúde e construía-se formas de intervenção caracterizadas como a prescrição de normas, voltadas para os mais diferentes âmbitos da vida social (casa, escola, família, trabalho), que deveriam ser incorporadas pelos indivíduos como meio de conservar a saúde (SOUZA; JACOBINA, 2009).

As campanhas higienistas tinham como um dos pilares as propostas de educação sanitária. Partia-se do princípio que as doenças eram decorrentes da ignorância da população, sendo fundamental educar e ensinar comportamentos saudáveis para se ter populações sadias. A concepção higienista foi dominante nas ações da Higiene Escolar desde o final do século XIX, com medidas no Brasil, que visavam ensinar as crianças comportamentos saudáveis, que tinham como traço marcante a visão moralista e preconceituosa das elites sobre as classes populares (AROUCA, 2003).

Revisando as bases desta postura tradicional higienista, a filosofia da educação de John Dewey, formulada em estreito diálogo com a psicologia experimental e com

o evolucionismo biológico, sofreu grande apropriação pelo pensamento e pelas práticas de educação para a saúde. Muitos elementos merecem ser destacados do pensamento filosófico de Dewey, mas é a ênfase que este pensador atribui à primazia das características dos indivíduos para o desenvolvimento do processo educativo e o fato de tomar a construção de hábitos como um norte para a educação são claramente identificáveis no que denominamos educação sanitária (SOUZA; JACOBINA, 2009).

A crise do modelo biomédico de alto custo e baixa resolutividade, centrado na clínica e referenciado em uma concepção biologicista do processo saúde-doença, trouxe ao cenário das políticas de saúde, propostas que buscavam inovar as concepções que embasam os sistemas de saúde, a partir do conceito ampliado de saúde e da relação entre saúde e qualidade de vida. Diante do caráter excludente da estrutura assistencial em desenvolvimento, no final da década de 1970, surgiu o Movimento pela Reforma Sanitária, que buscou encontrar respostas para o dilema da política de saúde nacional (CARVALHO et al, 2015).

No campo da saúde pública, fica cada vez mais reconhecida a insuficiência do modelo de atenção vigente - baseado hegemonicamente no conhecimento biológico, no parque tecnológico médico, no risco e atenção individual - para responder aos problemas de saúde da população. Neste modelo, a busca incessante pela descoberta de fatores de riscos individuais e a prevenção de doenças específicas levaram, na maioria das vezes, a respostas prescritivas e generalizadas. O aprofundamento deste debate reforça a discussão das ações e estratégias da promoção da saúde na América Latina e no mundo. A promoção da saúde reinaugura o debate de que a saúde não é um análogo inverso à doença, mas um conceito socialmente construído e serve de base para o trabalho do setor e a sociedade em seu conjunto (FINKELMAN et al, 2002).

A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhecendo as dimensões da doença para além dos aspectos biológicos, marca a abertura para a tentativa de superação desta perspectiva. Quando esta Organização conceituou saúde como "o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças", certamente não estava propondo um critério classificatório, mas uma direção (SCLIAR, 2007).

Por sua vez, o informe Lalonde de 1974, aponta a necessidade da inversão dos orçamentos públicos canadenses com serviços assistenciais às doenças cujos gastos desconhecem os fatores determinantes das mesmas (FINKELMAN et al, 2002).

A proposta da atenção primária à saúde (APS), assumida pelos governos presentes em Alma-Ata em 1978, é uma das respostas dadas a essa crise, através da extensão de cobertura dos serviços a toda a população e a realização de atividades de baixo custo e alta eficácia, associadas à educação em saúde, sendo esta última considerada fundamental para a promoção da saúde e prevenção de agravos previstas na meta de Saúde para Todos no ano 2000 (OMS, 1978).

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês, numa proposta de superação do reducionismo biológico e da atenção individual, constitui-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (GIL, 2006).

Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (GIL, 2006).

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias (GIL, 2006).

Em 1978 a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o

ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Opas/OMS, 1978).

Essas disposições estão presentes nas mudanças de paradigmas ocorridas a partir de 1970, que ampliavam a compreensão do processo saúde-doença, considerando a existência de múltiplas dimensões. Essas discussões ganharam relevância com a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986, com a Carta de Otawa (FINKELMAN et al, 2002).

Esse documento define promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Propõe cinco campos centrais de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (WHO, 1986).

Desta forma, a promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Assim sendo, caracteriza-se por uma composição inter e intrasetorial, pelas ações de ampliação da consciência sanitária, incluindo direitos e deveres da

cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais, etc. (BUSS, 2003).

Nessa perspectiva, a intervenção em saúde refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relacionados às representações sociais de saúde e doença. Para a prevenção, evitar a ocorrência de enfermidade e a perda do bem-estar é o objetivo final. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é buscar expandir o potencial positivo de saúde, portanto, a ausência de doenças não é suficiente. (BUSS, 2000).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 se constitui um marco importante para a organização do sistema de saúde do país, definindo a saúde como de relevância pública, no qual os diversos segmentos da área da saúde conquistaram o direito e o dever de juntos participarem da definição e avaliação da política de saúde no Brasil nos diferentes níveis (Federal, Estadual e Municipal). Nesta direção emerge o Sistema Único de Saúde (SUS), integrando os serviços federais, estaduais e municipais de saúde (CARVALHO et al, 2015).

O texto constitucional garantindo o direito a saúde como um componente da Seguridade Social, favoreceu uma abordagem mais ampla, garantindo para o âmbito da saúde ações não só de recuperação da saúde, mas também de prevenção de doenças, proteção e promoção da saúde (CARVALHO et al, 2015).

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma nova forma de pensar e estruturar as ações e o acesso aos serviços de saúde, considerando os princípios da universalidade, equidade e integralidade. O SUS surgiu com os objetivos de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas determinadas a promover a saúde como um direito fundamental do ser humano e assistir às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Com a implementação do SUS foi desencadeado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, assim como, na qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. A implementação do SUS ocorreu como uma forma de buscar um modelo de atenção primária à saúde que desse conta

de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente (MACHADO et al, 2007).

No âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada, a maior parte das necessidades de saúde de uma população, indivíduo ou comunidade. A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, assim como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

Na tentativa de responder aos questionamentos e desafios observados para a implementação das políticas públicas de saúde, as discussões sobre as ações de promoção de saúde ganharam espaço como importante campo de atuação da APS.

Em 2006 o Brasil formalizou a política de Promoção da Saúde no SUS, articulando e reforçando diversas iniciativas promocionais e definiu como diretrizes:

- Consolidar a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Coordenar sua implantação e articulação com os demais setores governamentais e não governamentais;
- Incentivar estados e municípios a elaborar planos de promoção da saúde;
- Articular e integrar ações de promoção da saúde no SUS;
- Monitorar e avaliar as estratégias de implementação e seu impacto;
- Reconhecer a importância da Promoção da saúde para a equidade;
- Estimular as ações intersetoriais;
- Fortalecer a participação social (empoderamento);
- Adotar práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- Incentivar a pesquisa e avaliação em promoção da saúde;

- Viabilizar iniciativas de promoção da saúde junto aos trabalhadores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2010).

As ações da educação em saúde, no contexto da promoção da saúde são muito diversificadas e abrangem a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Programa Bolsa Família, Cidades/comunidades saudáveis, Escola promotoras da saúde, etc. (BUSS; CARVALHO, 2009).

Nestas políticas a perspectiva de uma nova saúde coletiva trouxe imensos desafios para o repensar e reorientar as políticas e práticas de saúde, de forma a superar as intervenções de natureza curativa e individual, orientadas pela epidemiologia do risco individual e do tratamento biomédico dos fatores de risco (MCKINLAY, 1998).

1.3 A Educação em Saúde no Contexto da Promoção da Saúde e da Atenção Primária

O surgimento da educação sanitária no Brasil no início do século XX trouxe uma preocupação em aproximar a educação e a saúde, utilizando o controle social como meio de alterar as precárias condições sanitárias através da mudança de comportamentos considerados não saudáveis (MENDES GONÇALVES, 1994).

Nas décadas seguintes, o acesso às informações sobre saúde, a possibilidade individual de modificação dos comportamentos de risco, o monitoramento de marcadores clínicos de doenças e o acesso aos serviços de saúde especializados, passaram a ser os condicionantes da efetividade das ações de saúde (MENDES GONÇALVES, 1994).

A compreensão do conceito de risco subsidiou modelos educativos que visavam convencer o indivíduo a agir de modo diferente, com base em estratégias educativas estritamente dirigidas ao alerta e transmissão de informações técnico científicas, detendo-se na esfera de domínio dos profissionais de saúde, deixando para segundo plano a sabedoria prática dos indivíduos e comunidades (MEYER et al, 2006).

Esse modelo de educação em saúde, ao se dirigir aos comportamentos de risco, prioriza um enfoque preventivo, entendendo a prevenção como uma questão restrita ao controle racional, desconsiderando o contexto sociocultural e a dimensão subjetiva onde se configura o efetivo espaço para a transformação das práticas de saúde (CYRINO, 2005).

Estes pressupostos têm instrumentalizado, hegemonicamente, as práticas de educação em saúde até os dias atuais, concomitantemente, com as novas abordagens inovadoras que surgiram nas últimas décadas.

Os resultados positivos obtidos na avaliação das tendências da mortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, vieram contribuir para a consolidação do modelo preventivo com foco na identificação dos fatores de risco. Nesse modelo, a responsabilidade é em grande parte transferida para os indivíduos, na medida de suas possibilidades e interesses (MCKINLAY, 1998).

No entanto, a epidemia de HIV/AIDS no final do século XX trouxe novos desafios e questionamentos sobre a efetividade do modelo baseado nos fatores de risco. Gradativamente ocorreram mudanças na perspectiva da concepção de risco, atrelada à construção paradigmática da vulnerabilidade, vislumbrando a possibilidade de contar com uma base conceitual com capacidade de promover articulações para o cuidado integral e prevenção, fornecendo um marco programático para as militâncias relacionadas aos direitos humanos das pessoas que convivem com HIV/AIDS (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

O conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também, coletivos e contextuais. Essa perspectiva, estruturada em torno do enfrentamento do HIV/AIDS, pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade. Nesse sentido, o modelo propõe construir políticas voltadas às necessidades dos seres humanos, trabalhar com as comunidades e realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde para a sua reconstrução orientada às necessidades dos indivíduos e da coletividade (AYRES et al, 2006).

Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann em 1993, Ayres et al. (2006), no Brasil, apontam que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O olhar do autor busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, no caso a AIDS, ou vulnerabilidade programática.

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Explicando melhor, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como *lócus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades (AYRES et al, 2006).

O marco conceitual que propõe o autor não enfatiza excessivamente a vulnerabilidade à determinação individual estrita. Para esse autor, a unidade analítica está constituída no indivíduo-coletivo. Nessa perspectiva, propõe a sua operacionalização através da Vulnerabilidade Individual, que se refere ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a Vulnerabilidade Social, que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e a Vulnerabilidade Programática, que consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (AYRES et al, 2006).

Com a crítica ao modelo de risco, evidencia-se a necessidade de incorporar aos projetos educativos em saúde o conjunto de dimensões envolvidas no processo saúde-doença, considerando sua complexidade e suas mútuas interferências, como propõe os estudos de vulnerabilidade (MEYER et al, 2006).

As análises de vulnerabilidade são temporais e relacionais, o que difere do recorte transversal e categorizador. A vulnerabilidade é um índice para aproximação das trajetórias de cuidado, localização de sentidos de realidade, orientações responsivas, etc. (SALETTI FILHO, 2007). Os três componentes constitutivos do quadro conceitual da vulnerabilidade, quando articulados entre si, priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, porém podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas (MEYER et al, 2006).

Destaca-se, assim, a vulnerabilidade fundamentada, sobretudo, nas complexas relações dos sujeitos com eles mesmos, nos seus contextos de intersubjetividade, nas relações sociais que produzem e nos meios para superá-las. É parte indissociável da vulnerabilidade a inclusão de reflexões críticas sobre as políticas sociais e a organização social e técnica das práticas de saúde. Desta forma, a análise individual da vulnerabilidade toma como ponto de partida a concepção do indivíduo como um ser em relação, partindo do princípio de que toda pessoa possa experimentar um dado processo de envelhecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão da sua constituição física ao seu modo próprio de gerir o cotidiano. O indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo co construtor e não apenas como resultado (AYRES et al, 2012).

Os diagnósticos de vulnerabilidade e os caminhos para a sua redução, requerem movimentos de síntese de saberes diversos, compartilhamentos, transformações contextuais. Assim, quanto mais agregarmos diferentes culturas de trocas, redes de diálogos que atravessam uma comunidade, melhores serão as condições para trabalharmos na perspectiva da redução de vulnerabilidade. Ao identificar essas redes e conectá-las, estaremos construindo novos diálogos, surgindo outros temas, identidades e relações das novas interlocuções, trazendo renovadas possibilidades de compreensão e intervenção sobre a situação (AYRES et al, 2006).

Propostas inovadoras surgiram também dos movimentos sociais populares ocorridos nas décadas de 1950 e 1960 que reportavam ao que se denominou educação popular. A obra de Paulo Freire pode ser tomada como paradigmática para compreender a trajetória da educação popular e sua capacidade de se recriar em meio às permanências e mudanças. A educação popular é uma pedagogia do movimento

no sentido de se integrar às lutas de quem busca construir novos territórios para viver e conviver (STRECK, 2012).

A partir das contribuições de Paulo Freire, houve o desenvolvimento de diversas correntes de pensamentos e prática baseados no modelo dialógico, desdobrando-se nos movimentos de educação popular da década de 70. As práticas tinham em comum a adoção do método que valoriza o saber popular. A estruturação de uma rede de educação popular em saúde nos últimos anos, teve como projeto, estabelecer a produção do diálogo entre o saber popular e o saber científico (VASCONCELOS, 2001).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS) foi aprovada em 2012 pelo Conselho Nacional de saúde, reafirmando o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS. Propõe uma prática político pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a sua inserção destes no SUS. Os pressupostos teórico-metodológicos contemplam dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas que dão sentido e coerência à práxis de educação popular em saúde, são eles: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Tem como eixos estratégicos: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; intersectorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013a).

A educação popular pode ser considerada uma prática pedagógica que visa ao desenvolvimento da consciência, contribuindo, desta forma, para a transição de uma consciência ingênua para a consciência crítica e para a conscientização da práxis do sujeito. A práxis podendo aqui ser entendida, como uma ação política e transformadora onde teoria e prática representam polos inseparáveis (SANTORUM; CESTARI, 2011).

As recentes discussões sobre paradigmas emancipatórios sinalizam que as teorias deverão dar conta da multiplicidade de práticas, buscando um enraizamento na realidade de vida das pessoas e na história do povo. A unidade na diversidade, da

qual falava Paulo Freire, respeita as diferenças, mas também as transcende na busca de comunhão com o outro e com o mundo. Não se trata de inventar teorias, mas de compreendê-las como momentos da prática que procura se reinventar diante da consciência de incompletude do ser humano. E a prática, na educação popular, continua sendo aquela que assume a sua não neutralidade em favor da criação de um outro mundo, que tenha lugar para o bem viver de todos (STRECK, 2012).

Com a difusão da abordagem da educação Popular, a partir da crítica à educação bancária com enfoque centrado na transmissão de conhecimento e na técnica em detrimento dos saberes dos educandos, Paulo Freire idealizou o método da educação dialógica com a perspectiva crítica da transformação da realidade social por meio do diálogo e da autonomia dos sujeitos (FREIRE, 2013a).

O autor falava em uma prática libertadora e da relação dialógica como um processo que impediria a sobreposição de saberes e, para que o diálogo possa ocorrer, propõe a adoção de conteúdos de ensino que problematizem as realidades vividas pelos educandos (FREIRE, 1975).

De acordo com Freire (2013b), para a prática educativa crítica os saberes necessários são: o respeito aos saberes dos educandos; criticidade; abertura ao novo e rejeição à discriminação; reflexão crítica sobre a prática; consciência do inacabamento do ser humano; convicção da possibilidade para a mudança; respeito à autonomia do educando; apreensão da realidade; curiosidade; liberdade e autoridade; comprometimento e saber escutar. A educação é então compreendida como uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade, entre a teoria e a prática construídas à luz da dialogicidade (FREIRE, 2013a). Considerando o diálogo como uma estratégia de enfrentamento apontada contra a ideologia opressora (FREIRE, 2013a), os profissionais da saúde podem utilizá-lo como método para a construção do processo ensino aprendizagem de forma crítica, significativa e emancipatória.

Na educação dialógica o outro é compreendido como sujeito, detentor de um conhecimento, e não apenas um receptor de informações. Isso implica no respeito ao universo cultural e na ideia de saberes populares e científicos, que precisam ser pensados de forma dinâmica. Em um processo contínuo de interação, com a escuta atenta e abertura ao saber do outro, dá-se a possibilidade de uma construção

compartilhada do conhecimento e de formas de cuidados diferenciadas (ACIOLI, 2008).

Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, é possível pensar educação em saúde, como formas de reunir e dispor recursos para intervir e transformar condições, visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado (MOROSINI et al, 2009). A educação em saúde como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes, favorece o entendimento do processo de promoção da saúde e o intercâmbio entre saber científico e popular (BRASIL, 2011a).

Nas ações de promoção da saúde realizadas na APS, a educação em saúde se apresenta como um dos seus eixos de sustentação, pois possibilita acesso às ferramentas necessárias para o autocuidado e manejo das doenças.

O conceito de educação em saúde, ancorado no conceito de promoção da saúde, trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais, ambiental, pessoal e social (MACHADO et al, 2007).

Neste contexto, as práticas de educação em saúde têm como referenciais as concepções de saúde e de educação pautadas no desenvolvimento das potencialidades humanas, no potencial de transformação da realidade, sendo integrantes dos direitos fundamentais da pessoa humana. Desta forma, educar passa a ser um processo mais amplo, não significando simplesmente transmitir/adquirir conhecimento. Aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se dá através da aproximação crítica dessa realidade (PEREIRA, 2003).

A autonomia é uma construção cultural, não é algo natural, depende da relação do homem com os outros e destes com o conhecimento, já que são vistos como sujeitos de sua história e responsáveis por suas decisões. Autonomia é libertar o ser humano das cadeias do determinismo, reconhecendo que a história é um tempo de possibilidades. Assim, ensinar não é transferir a inteligência do objeto ao educando,

mas instigá-lo no sentido de que, como sujeito cognoscente, se torne capaz de inteligir e comunicar o inteligido (FREIRE, 2013a).

A prática educativa no contexto da promoção da saúde pressupõe uma visão interdisciplinar da saúde, além de novas bases de relações entre profissionais e a população, fundadas no respeito, autonomia, diálogo, emancipação e cidadania. A aproximação com essa perspectiva compreensiva da ação e o distanciamento da vertente centrada na mudança de comportamento, oferece subsídios para confrontar reducionismos nas ações de promoção não condizentes com o seu próprio campo, como a culpabilização da população pelos agravos à saúde, ou a equivocada individualização do processo saúde-doença, centrada na adoção de estilos de vida saudáveis ou no desenvolvimento de habilidades pessoais como questões comportamentais (MARCONDES, 2007).

Quando falamos em promoção da saúde, falamos em incremento do poder (*empowerment*) comunitário e pessoal, por meio do desenvolvimento de habilidades e atitudes, conducentes à aquisição de poder técnico (saberes) e político para atuar em prol da saúde (PEREIRA, 2003). Sendo assim, a educação em saúde deve ser vista como parte de um processo de educação mais ampla e ser entendida como uma instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modelos como cada cultura concebe o viver de forma saudável e como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER et al, 2006).

A educação em saúde, compreendida como caminho que busca articular dimensões complementares com vistas à construção de respostas sociais significativas, torna possível criar oportunidade de reflexão crítica e interação dialógica entre os sujeitos sociais (MEYER et al, 2006).

Neste cenário, a integralidade no cuidado à saúde se torna imprescindível ao entendermos o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido (MACHADO et al, 2007).

A educação em saúde no modelo da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras,

comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do ser humano (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

A integralidade na atenção à saúde, configurada como eixo estruturante da necessidade de mudança a partir da formação das políticas públicas de saúde, dos serviços, suas práticas e dos profissionais de saúde, promove a defesa de um modelo de atenção à saúde pautado no princípio da integralidade de forma que o relacionamento com o usuário/família seja profissional e sujeito e não profissional e objeto. Efetivando, assim, o envolvimento da comunidade por meio de um processo participativo que permita a reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável (MACHADO et al, 2007).

As práticas educativas norteadas pela pedagogia da problematização promovem a valorização do saber do educando, instrumentalizando-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita efetivação do direito às informações de forma a estabelecer sua participação nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas. Estas características convergem para uma sociedade mais democrática em prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e coletividades estando em concordância com os princípios e diretrizes da promoção da saúde (PEREIRA, 2003).

Diante dessas proposições, o cuidado às pessoas com DM na APS para além do controle metabólico estrito, é um desafio incomensurável para os profissionais de saúde, visto a subsistência de práticas pedagógicas pautadas na herança higienista.

1.4 O Cuidado ao Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde

Nos últimos anos, para o enfrentamento das doenças crônicas, o governo brasileiro tem ampliado o escopo de ação, tradicionalmente mais centrada no cuidado médico, para ações mais voltadas à prevenção, promoção da saúde e adoção de ações intersetoriais, com ênfase no trabalho da APS e nas ações de educação em saúde (BRASIL, 2011c).

O DM, como importante condição crônica que desafia os sistemas de saúde, encontra na APS, um cenário privilegiado para o cuidado das pessoas e é concebida

como reorganizadora das práticas assistenciais a partir de seus princípios orientadores. O processo de trabalho em saúde que considera os princípios da APS favorece a passagem da dimensão “atendimento procedimento-centrado” à dimensão “cuidado”, tanto na saúde individual quanto na coletiva, dos indivíduos (CASTILLO, 2010).

Mudanças no estilo de vida nem sempre são fáceis de conseguir, no entanto a reeducação alimentar e as atividades físicas constituem uma terapêutica não-medicamentosa necessária para o enfrentamento do DM e suas complicações. A alimentação é considerada como um dos fatores modificáveis mais importantes para o risco de DCNT, devendo ser incluída entre as ações prioritárias de saúde pública (ISTILLI, 2014).

De acordo com a OMS (WHO, 2003), 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos casos de diabetes tipo 2 e 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados com mudanças factíveis nos hábitos alimentares, nos níveis de atividade física e no uso de produtos derivados do tabaco.

A baixa adesão ao tratamento prescrito pode ser um determinante para o controle metabólico ineficaz, aumento do número de complicações e má qualidade de vida da pessoa com DM. Dessa forma, a melhoria da qualidade do cuidado em condições crônicas exige um gerenciamento constante e contínuo, pois o tratamento inclui mudanças no estilo de vida, alterações psicossociais, múltiplos medicamentos e dosagens, deficiências visuais e físicas, etc. (ISTILLI, 2014).

A OMS define a adesão como o comportamento sobre as recomendações realizadas pelos profissionais da saúde frente ao tratamento proposto, ou seja, nessa definição, a adesão é a capacidade da pessoa de realizar na prática as recomendações orientadas (WHO, 2003a).

Os profissionais de saúde têm orientado suas práticas clínicas, na atenção ao DM, predominantemente dirigida ao controle glicêmico. No entanto, existe uma enorme dificuldade para o alcance do controle rigoroso da glicemia. Essa dificuldade, muitas vezes, é entendida como uma desobediência ou falta de interesse em relação às recomendações médicas (CYRINO, 2005).

A crítica, cada vez mais frequente, ao termo adesão e a esta noção de desobediência ao médico, pela conotação de submissão dos usuários aos objetivos definidos por critérios clínicos, traz a discussão da complexidade de dimensões envolvidas no cuidado das condições crônicas, que exige um intenso envolvimento da

pessoa na realização de seu controle (CYRINO, 2005). Desta forma, é necessário levar em conta o caráter não racional das escolhas de comportamento, especialmente quando se trata do prazer ligado ao hábito de fumar, beber, comer ou à vida sexual (CHOR, 1999).

A complexidade das escolhas reporta-nos a um mundo carregado de valores, emoções, sentimentos, significados, que revelam a dimensão individual e de intersubjetividades (CYRINO, 2005). Na perspectiva ampliada do cuidado à saúde, a atuação profissional baseada em concepções de saúde que consideram essa intersubjetividade, remete ao reconhecimento da necessidade de um elenco variado de profissionais, de modo a contemplar as múltiplas dimensões presentes nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade (AGRELI et al., 2016).

O aumento da prevalência do diabetes aliado à complexidade de seu tratamento, reforçam a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde (TORRES et al, 2010). Para isso, a atuação dos profissionais de saúde na orientação do manejo da doença e autocuidado é compreender e avaliar o indivíduo, proporcionando habilidades para alcance dos objetivos, ajudando-os a desenvolver autonomia para serem responsáveis pelo controle de sua doença (TORRES; MONTEIRO, 2006).

A busca por uma comunicação aberta e interativa com os usuários facilita o exercício da prática do profissional e uma efetiva educação dos usuários para o autocuidado e autocontrole das condições de cronicidade, como o DM (TORRES et al, 2010a). A produção científica internacional dirigida para a educação em saúde, autocuidado e diabetes, a propósito, tem reconhecido que a educação centrada na transmissão de informações é insuficiente para garantir o entendimento eficaz e o autogerenciamento dos cuidados, reforçando a percepção da complexidade envolvida na relação entre conhecimentos e práticas de cuidados. Reitera-se a ineficácia do discurso impositivo para a adoção de práticas seguras para a redução de comportamentos de risco (SALETTI FILHO, 2007).

Desta forma, entende-se que os problemas de saúde possuem componentes amplos e inter-relacionados, não podendo ser avaliados e tratados isoladamente, com o risco de não serem produzidos recursos para a proteção, tornando-se necessário investir em outras formas de pensar as intervenções em saúde (MEYER et al, 2006).

Neste contexto, voltar-nos à possibilidade de valorizar a experiência e o “saber prático” desenvolvido pelo indivíduo no cuidado de si, enquanto um verdadeiro polo

de conhecimento e riquezas humanas, torna-se um desafio na relação profissional-usuário (CYRINO, 2005).

Quando se fala de desafios para o setor saúde, como é o caso do DM, é abordada a complexidade do objeto de intervenção (necessidades humanas, corpos humanos, sofrimentos relacionados com um plano de fundo de normas e valores, etc.) e a admissão do compromisso com a universalidade, a equidade e a integralidade no acesso às ações de saúde (SALETTI FILHO, 2007).

Para Ayres (2004), existem dois tipos de êxito para o cuidado em saúde. Um deles é o técnico, ou seja, controle e tratamento de doenças, implementação de medidas diagnósticas e terapêuticas corretas e no tempo certo. No entanto, é necessário, também, garantir outro êxito, agora de caráter prático, relacionado às várias interações com as quais nos deparamos nos serviços de saúde. Essa proposta permite o enfoque na qualidade da interação que se dá no encontro clínico.

Borba et al., em uma revisão integrativa da literatura sobre as práticas educativas para pessoas com DM realizadas em comunidades, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios e Hospitais, concluíram que essas práticas enfocam um processo de mudança do paradigma da educação bancária, reflexo do modelo assistencial sanitário, para o enfoque da educação problematizadora e dialógica com vistas à promoção da saúde. Dos oito trabalhos incluídos na revisão, três traziam a abordagem da aprendizagem proposta por Paulo Freire mencionada no tópico anterior (2012).

O estudo de Costa et al. analisou, com base em uma revisão de literatura, aspectos relevantes da associação entre mudanças no estilo de vida resultantes da educação, da influência da família, dos amigos, dos cuidadores, do ambiente e do sistema de saúde, visando ao impacto na saúde da pessoa com DM. Os eixos de discussão do estudo apontaram as dificuldades apresentadas pelas pessoas com DM e por seus cuidadores. A falta de conhecimento acerca da doença tanto dos cuidadores quanto dos próprios usuários, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão (2011).

Zanetti et al. avaliaram a implementação do protocolo Staged Diabetes Management (SDM) no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. O SDM é um guia prático, que foi

desenvolvido pelo International Diabetes Center, em Minneapolis, EUA. Após um ano de estudo, os autores concluíram a existência de um grande desafio para a equipe multiprofissional que acompanhou os usuários, tanto em relação a sua capacitação em educação em diabetes quanto em relação à compreensão de que a aquisição do conhecimento não se traduz necessariamente em mudança de comportamento. Os autores também constataram que, além da disponibilização de informações, a pessoa com DM precisa ser acompanhada por um longo período de tempo, pois sua evolução não se faz da noite para o dia, e que estar ao seu lado é importantíssimo para que ele possa tomar decisões diante das complicações impostas pela doença (2006).

Para nortear ações integradas às outras políticas públicas e programas existentes no SUS, frente aos desafios para a prevenção e controle das DCNT, o Ministério da Saúde, assim como, as secretarias estaduais e municipais de saúde, propõem diretrizes para a implementação de atividades de educação em saúde nas unidades da APS. a seguir apresentamos uma síntese das principais recomendações governamentais com relação ao cuidado de pessoas com doenças crônicas.

O Caderno de Atenção Básica 35 - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica divide os pilares da educação em saúde para o autocuidado em três grupos. O primeiro grupo de problemas ou mudanças necessárias envolve diretamente o manejo Clínico, como por exemplo, o uso de medicação, cuidado com os pés das pessoas com diabetes, auto aferição de pressão arterial e/ou de glicemia capilar. Neste grupo predominam os conteúdos conceituais que seriam o aprender a conhecer e aprender a fazer. O segundo grupo de problemas/prioridades refere-se às mudanças necessárias no estilo de vida, os novos papéis e as novas perspectivas de presente e de futuro diante de uma condição crônica. O foco é como realizar e manter a mudança diante de novos comportamentos e novos papéis que a doença crônica impõe. Neste grupo, predominam os conteúdos atitudinais que seriam aqueles que focam no aprender a ser e aprender a conviver, mas também temos aspectos de aprender a fazer. O terceiro grupo de problemas/prioridades refere-se àqueles que lidam com os aspectos emocionais do indivíduo e a mudança de visão de futuro, ou como ele lida, enfrenta a condição crônica e suas adversidades. Os sentimentos de raiva, frustração, medo e preocupação com futuro, estresse, tristeza, cansaço físico e emocional, precisam ser abordados e trabalhados com a pessoa com condição crônica e a sua família. O aprender a ser e aprender a conviver têm importância

fundamental para termos sucesso no manejo desses aspectos. Para o desenvolvimento de ações educativas, o caderno apresenta algumas metodologias de abordagem como as abordagens compreensivas, incluindo o Método Clínico Centrado na Pessoa; as abordagens cognitivo-comportamentais, como a Entrevista motivacional; a problematização e empoderamento baseados no referencial de Paulo Freire; e a abordagem familiar. São sugeridas as estratégias educativas em grupo, por ser este, espaço (objetivo e subjetivo) onde se desenvolve uma escuta para as necessidades das pessoas, dos seus problemas e vivências, sendo um dispositivo para olhar as relações e os modos de viver, produzindo mudanças que possam melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2014a).

Os manuais da série enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, expõem a necessidade do desenvolvimento de ações de educação em saúde para pessoas com DCNT e DM, na perspectiva dialógica, emancipatória, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do sujeito, com ênfase na comunicação em saúde como instrumento de promoção da saúde. São recomendadas as ações educativas em grupo com o uso de metodologias problematizadoras e sugeridos roteiros para acompanhamento dos grupos contendo temas relacionados à definição de DM, alimentação, exercícios físicos, auto monitoramento glicêmico e uso de medicamentos (SÃO PAULO, 2012; 2014; 2015)

Em seu Manual de Educação em Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo evidencia a importância do papel dos profissionais da saúde como educadores, dispondo a educação em saúde como tarefa de todos os profissionais, inserindo-se em todas as atividades e devendo ocorrer em todo e qualquer contato com a população. O manual apresenta a ação educativa como um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para assumirem a solução dos problemas de saúde, tal como um processo que inclui, também, o crescimento dos profissionais de saúde por meio da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e suas relações com a melhoria das condições de saúde da população. Isto posto, os técnicos em saúde (de qualquer nível) têm que se preparar para um método educativo que se baseie na participação social, através da sua própria prática profissional, desenvolvendo um espírito de equipe onde realmente reflitam, decidam e trabalhem juntos, estabelecendo um verdadeiro relacionamento horizontal, com uma postura profissional que se estenda às relações com a população (SÃO PAULO, 2001).

O II Caderno de Educação Popular em Saúde, publicado após a instituição da PNEPS-SUS, estabeleceu o compromisso de dialogar sobre novas formas e caminhos de fazer, pensar e sentir a saúde, por meio do compartilhamento de experiências e vivências exitosas de Educação Popular em Saúde promovidas em território nacional. Essas vivências apresentam-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS (BRASIL, 2014b).

Desta forma, as propostas de educação em saúde para o enfrentamento do DM e suas complicações presentes em documentos oficiais e na literatura, envolvem a promoção de ações voltadas para a integralidade do cuidado, assim como, o uso de práticas pedagógicas com foco no diálogo e empoderamento dos sujeitos. No entanto, vimos na prática da APS, a manutenção de ações educativas centradas na transmissão de informações e com pouco impacto no quadro acima descrito.

Tendo por pressuposto o peso da herança transmissiva convencional, estruturada no âmbito do higienismo, coloca-se em questão as condições de incorporação das propostas educacionais inovadoras, no cuidado ao diabético na atenção primária.

2.OBJETIVOS

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar as ações de educação em saúde relativas ao DM na APS, em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo, com vistas ao seu aprimoramento.

2.2 Objetivos Específicos

- Apreender as ações de educação em saúde para pessoas com DM em relação às concepções e práticas na visão da equipe de saúde.
- Elaborar sugestões, tendo em vista o aprimoramento das ações de educação em saúde no cuidado ao DM.

3.PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3 - PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

3.1 Delineamento da Investigação

Atendendo aos objetivos da investigação, realizamos um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios consistem em investigações que desenvolvem, esclarecem e modificam conceitos, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses que possam ser pesquisadas futuramente (MARCONI; LAKATOS, 2006). Por outro lado, segundo Minayo, as metodologias qualitativas são entendidas como:

Aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como transformações humanas significativas (p.10, 1999).

A pesquisa foi realizada na UBS Vila Constância, integrada na rede de APS do Município de São Paulo, pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar, Distrito Cidade Ademar, a qual é administrada, sob contrato de gestão, pela Organização Social Santa Catarina. Esta unidade adota um modelo tradicional de atenção à saúde onde o atendimento à população é realizado a partir da demanda espontânea, encaminhamentos realizados por outros serviços e atividades programadas na unidade ou no território.

A UBS atende uma população de aproximadamente 60 mil pessoas, tendo no quadro de colaboradores um gerente administrativo, um assistente administrativo, onze auxiliares administrativos, um assistente social, quatro enfermeiros, três médicos clínicos, um médico ginecologista, dois médicos pediatras, dois médicos psiquiatras, três dentistas, sete auxiliares de enfermagem, duas auxiliares de saúde bucal, um farmacêutico e três auxiliares de farmácia, sendo a farmácia e seus profissionais compartilhados com o Ambulatório de Especialidades Médicas localizado ao lado da UBS. A assistência à população pressupõe o atendimento individual, atividades em grupos e dispensação de medicamentos e insumos, realizados pela equipe

multiprofissional, atendendo a demanda trazida pelos usuários, familiares ou pela equipe.

Os profissionais envolvidos com a assistência ao diabético realizam atendimentos individuais e/ou em grupos. Nas consultas médicas são avaliados parâmetros de controle do DM, como exame físico geral, exames laboratoriais, bem como, realizadas orientações sobre a doença e os cuidados necessários para a prevenção dos agravos. As consultas de enfermagem são realizadas com foco nas orientações relacionadas à alimentação, exercícios físicos, uso regular dos medicamentos, administração da insulina, controle da glicemia capilar e prevenção de lesões. Os atendimentos realizados pelo serviço social consistem em orientações gerais, principalmente sobre alimentação, e encaminhamentos para os demais profissionais da unidade ou para outras instituições. A equipe de odontologia realiza intervenções dentárias e orientações referentes à saúde bucal e ao controle da glicemia. A psicologia aborda o tema nos grupos psicoterapêuticos e educativos. Além disso, a equipe de enfermagem e a psicologia realizam grupos específicos de DM.

Os usuários com diabetes mellitus são inseridos nos programas existentes na unidade de saúde, como o Programa Remédio em Casa, desenvolvido para os usuários com doenças crônicas compensadas, com o atendimento realizado por meio de consulta médica e de enfermagem e da entrega dos medicamentos na casa do usuário; e o Programa de Auto monitoramento Glicêmico, que cadastra e atende pessoas com diabetes mellitus insulino dependentes e realiza o fornecimento dos insumos específicos. As pessoas com diabetes mellitus que não atendem aos critérios de inclusão nos programas acima, permanecem realizando o acompanhamento na UBS e retirando os medicamentos e insumos na farmácia do serviço.

Esses usuários participam, também, nos grupos educativos específicos para pessoas com DM. Estes são planejados e coordenados por enfermeiras e a psicóloga, a partir do primeiro encontro, onde são levantadas as necessidades e demandas trazidas pelos usuários. Os encontros acontecem semanalmente e, geralmente, são abordadas questões como: o que é o diabetes, alimentação saudável, qualidade de vida e escolhas saudáveis, exercícios físicos para o controle do DM, medicamentos hipoglicemiantes, cuidados para a administração de insulinas, prevenção de lesões nos pés e outros temas de acordo com a participação dos usuários.

Os usuários com DM participam, também, de outros grupos realizados na unidade, como saúde do idoso e gestantes. Além disso, o tema DM é abordado em outras atividades, como os grupos educativos realizados nas escolas e nos grupos psicoterapêuticos.

É no âmbito da assistência ao DM que se circunscreve o foco da presente investigação, centrada particularmente, na performance profissional.

3.2 Coleta e Análise dos Dados

Para a coleta de dados elegemos a entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro (APÊNDICE A) voltado para as considerações das concepções e práticas dos profissionais sobre educação em saúde, destacando os aspectos que facilitam ou dificultam as práticas educativas.

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram a condição de profissionais de saúde que realizam atendimentos e atividades de educação em saúde para pessoas com DM na unidade. Foram entrevistados, a propósito, 10 profissionais, sorteados por categoria profissional: 02 auxiliares de enfermagem, 01 assistente social, 02 enfermeiros, 02 médicos clínicos, 01 dentista, 01 psicólogo e 01 auxiliar de saúde bucal. Não foi possível a aplicação da entrevista com o farmacêutico, devido à indisponibilidade de sua agenda.

Inicialmente aplicamos um Formulário de Identificação (APÊNDICE B), envolvendo dados sócio demográficos sobre a formação profissional e atuação na APS. Dentre os dados sócio demográficos, levantados estão o sexo (feminino e masculino); a idade (menor de 30 anos, 30 à 39 anos, 40 à 49 anos e maior de 50 anos); a naturalidade (São Paulo capital, Estado de São Paulo menos capital, outros Estados e outros países) e a escolaridade (ensino médio/técnico, ensino superior completo e incompleto, pós graduação *latu senso* e pós graduação *strictu sensu*).

Na sequência foram levantados os dados relativos à formação profissional e atuação na APS: profissão (assistente social, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, enfermeiro, médico, odontólogo e psicólogo); tempo de formação (0 à 2 anos, 2 à 15 anos e maior de 15 anos; instituição de ensino superior (pública, privada

ou outros); formação em educação em saúde (graduação, pós graduação *latu senso*, pós graduação *stricto senso* e outros) e tempo de atuação na APS (menor de 5 anos, 5 à 10 anos e maior de 15 anos).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nas dependências da unidade de saúde. As mesmas foram gravadas mediante o consentimento dos participantes e transcritas na íntegra pela entrevistadora.

A partir dos dados coletados, foram feitas análises descritivas das informações para a caracterização da população estudada. No tocante às perguntas abertas, realizamos releituras do material com vistas a organização dos relatos. Os dados, neste caso, foram analisados a partir da análise de conteúdo, que segundo Bardin é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.42, 1977).

Segundo estas diretrizes, as respostas dos participantes da pesquisa foram categorizadas em suas variantes discursivas, por consideração dos eixos investigados, envolvendo concepções e práticas de educação em saúde, assim como as facilidades e/ou dificuldades associadas à sua concretização.

3.3 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo e da Universidade Federal de São Paulo, após autorização viabilizada pela Coordenadoria Regional de Saúde Sul (Pareceres número: 1.385.959 e 1.372.928).

A realização das entrevistas com os integrantes da equipe de saúde foi precedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil Sócio demográfico dos profissionais, formação e atuação na Atenção Primária à Saúde

De acordo com a tabela 1, observou-se que a totalidade, (100%) dos profissionais de saúde entrevistados eram do sexo feminino. Em relação à idade, foram mais frequentes (50%) profissionais de 30 a 39 anos de idade, sendo que entre os demais, 30% tinham idade superior a 50 anos. A maioria dos profissionais (60%) eram provenientes de São Paulo Capital e 30% de outros estados. Quanto à escolaridade, 70% tinham pós-graduação *latu sensu* e 20% ensino médio/técnico.

Os dados da tabela 2 evidenciam que os participantes têm formação em serviço social, enfermagem, odontologia, medicina e psicologia. A metade (50%) dos profissionais são formados há mais de quinze anos e 30% entre 10 e 15 anos. A maioria (90%) estudaram em instituições privadas de ensino. Apenas dois profissionais (20%) referiram formação específica de educação em saúde em disciplinas de cursos de pós-graduação *latu sensu*. Quando questionados sobre o tempo de atuação na APS, a maioria (80%) afirmou trabalhar há mais de cinco anos na área.

Tabela 1. Perfil Sócio Demográfico dos Profissionais da equipe de saúde da UBS Vila Constância, São Paulo, 2017

Variável	F (10)	% (100,0)
Sexo		
Feminino	10	100,0
Masculino	0	0
Idade		
30 a 39 anos	5	50,0
40 a 49 anos	2	20,0
>50 anos	3	30,0
Naturalidade		
São Paulo Capital	6	60,0
São Paulo – Capital	1	10,0
Outros Estados	3	30,0
Escolaridade		
Ensino Médio/Técnico completo	2	20,0
Graduação completa	1	10,0
Pós-graduação latu sensu	7	70,0

Tabela 2. Características de Formação e Atuação na Atenção Primária à Saúde dos Profissionais da Equipe de Saúde da UBS Vila Constância, São Paulo, 2017

Variável	F (10)	% (100,0)
Composição da Equipe		
Assistente Social	1	10,0
Auxiliar de Enfermagem	2	20,0
Auxiliar de Saúde Bucal	1	10,0
Dentista	1	10,0
Enfermeiro	2	20,0
Médico	2	20,0
Psicólogo	1	10,0
Tempo de Formação		
5 a <10 anos	2	20,0
10 a 15 anos	3	30,0
>15 anos	5	50,0
Instituição de Ensino Superior/ Médio		
Pública	1	10,0
Privada	9	90,0
Formação em Educação em Saúde		
Nenhuma	08	80,0
Disciplinas na Pós-Graduação <i>latu sensu</i>	02	20,0
Tempo de Atuação na APS		
<5 anos	2	20,0
5 à 10 anos	4	40,0
>10 anos	4	40,0

Na análise do perfil dos profissionais entrevistados, a feminização encontrada é compatível com a literatura, que revelou ser uma das tendências da área da saúde e, por conseguinte, dos profissionais da APS. Em relação à distribuição dos

participantes segundo a idade, o predomínio da faixa etária entre 30 e 49 anos (70%), corresponde à idade produtiva e indica a presença de profissionais experientes. Esses dados vão de encontro com outros estudos realizados com profissionais da APS (COSTA et al, 2013; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; MARSIGLIA, 2011).

O alto percentual de profissionais com mais de dez anos de formação (80%) e com mais de cinco anos de atuação na APS (80%), indicam elevada experiência profissional, podendo sugerir, assim, baixa rotatividade dos profissionais da equipe. A permanência dos profissionais de saúde é considerada um dos fatores cruciais para a efetividade da APS, haja vista que o modelo se fundamenta no vínculo entre os profissionais da equipe e os usuários (MARSIGLIA, 2011).

O estudo revelou alta prevalência de profissionais que cursaram pós-graduação *latu sensu*, demonstrando uma tendência de busca de diversificação de conhecimentos e melhor qualificação para a atuação na área da saúde (PINTO, MENEZES, VILLA, 2010).

Apesar do número expressivo de profissionais com pós-graduação, é importante ressaltar que uma parcela significativa (80%) não possui qualquer capacitação específica para o desenvolvimento de práticas de educação em saúde. Nesse caso, a aproximação entre educação em saúde acaba acontecendo muito mais por justaposição do que em virtude da possibilidade de capacitações e reflexões a respeito da educação, da saúde e da educação em saúde na prática profissional (AMÂNCIO FILHO; MOREIRA, 1997). Dados encontrados na literatura ratificam tal fato, ressaltando-se que educação em saúde só é possível de ser desempenhada se o profissional possui saberes e competências compatíveis com tal prática (SILVA et al, 2009).

4.2 Práticas de educação em saúde para pessoas com Diabetes Mellitus

Os resultados das entrevistas realizadas com os profissionais são apresentados segundo os núcleos orientadores definidos na metodologia: concepções e práticas de educação em saúde e práticas de educação em saúde: facilidades e dificuldades. A tabela 6 apresenta os núcleos orientadores e unidades temáticas extraídos da análise dos dados.

Tabela 3. Núcleos orientadores e unidades temáticas, São Paulo, 2017

Núcleo Orientador	Unidades Temáticas
<p>Concepções e Práticas de Educação em Saúde</p>	<p>Educação em Saúde: inerente às ações de saúde</p> <p>Educação em Saúde: imprescindível no cuidado às pessoas com DM</p> <p>Abordagem transmissiva do conhecimento</p> <p>Integralidade da assistência</p> <p>Fragmentação das práticas</p> <p>Importância do cuidado emocional</p> <p>Construção do vínculo</p> <p>Importância da comunicação</p> <p>Práticas partem da realidade dos usuários</p> <p>Diálogo e interação</p> <p>Construção da autonomia</p> <p>Empoderamento dos usuários</p>
<p>Práticas de Educação e Saúde: Facilidades e Dificuldades</p>	<p>Facilidades</p> <p>Participação e interesse dos usuários</p> <p>Não aceitação da doença</p> <p>Racionalidade imediatista de cura</p> <p>Condições socioculturais</p> <p>Condições de trabalho e infraestrutura</p> <p>Características da gestão</p> <p>Educação permanente</p> <p>Integração da equipe</p>

4.2.1 Concepções e práticas de educação em saúde

A análise das falas dos profissionais apresenta uma leitura ambivalente das concepções e práticas de educação em saúde, reportando diferentes abordagens como veremos a seguir.

O primeiro aspecto que se evidenciou em relação às concepções de educação em saúde dos profissionais, refere-se a compreensão da **educação em saúde como inerente - de forma indistinta - ao conjunto das ações de saúde**. Nestes termos, a educação em saúde é citada como atividade realizada em atendimentos individuais, no decorrer dos procedimentos odontológicos e de enfermagem e nos grupos psicoterapêuticos e educativos. Os comentários sobre consultas individuais realizados pelos médicos, enfermeiros e serviço social se detalham a seguir:

Eu atendo em consultas com os pacientes diabéticos, (...), vejo os exames, se eles estão compensados, descompensados, **eventualmente eu tiro algumas dúvidas** (...) sobre as doenças (...). **É bem comum eles terem muitas dúvidas, principalmente de alimentação, o que pode, o que não pode [comer]**. P2

(...) a primeira coisa **é explicar para o paciente** o que é o diabetes; **explicar que não é uma doença comum**, (...) que não é só o açúcar aumentado(...). Ela tem uma ação no corpo todo, (...) ela dificulta a vida. **Nesse caso, o exercício e a alimentação são tópicos importantíssimos**. P1

[Faço] atendimento em consulta individual, (...) em grupo e **orientação de uma forma geral**. P5

Quando eu atendo esses pacientes na minha sala, eu faço **orientação sobre alimentação, a dosagem da medicação, se for um paciente que toma insulina, se ele faz da forma correta**. P4

As ações de educação em saúde também são descritas nos procedimentos realizados pela odontologia e enfermagem:

Antes de iniciar o tratamento odontológico, **nós conversamos sobre o controle da glicemia, a necessidade do acompanhamento médico, os cuidados com a saúde, etc**. P9

(...) eu sou responsável pelo PAMG, que é um programa de auto monitoramento glicêmico (...). **Nós damos orientações para os pacientes** referente ao uso da insulina, ao uso do material para verificar a glicemia em

casa e a gente distribui o material, a insulina, as agulhas, as tiras, as seringas, as lancetas, mensalmente para cada paciente. P6

Na sala de medicação eu verifico o dextro [glicemia capilar], faço medicação, **oriento os cuidados que precisa ter a pessoa diabética.** P7

Nos grupos psicoterapêuticos coordenados pela psicóloga, nos grupos educativos gerais e grupos específicos para pessoas com DM, coordenados por profissional enfermeiro e psicóloga, são desenvolvidas práticas de educação em saúde, como especificado abaixo:

(...) nos grupos terapêuticos existem **pacientes diabéticos**, então **a gente acaba abordando essa questão...** Além dos grupos psicoterapêuticos e dos grupos educativos, (...) **como os das escolas, onde é abordada essa questão [a prevenção do diabetes] com os pais, a gente tem (...) o grupo de diabetes.** P3

De acordo com as expressões apresentadas, é possível afirmar que o conjunto dos profissionais de saúde realizam ações educativas, individuais e grupais, para os usuários com DM nos diversos cenários e atividades desenvolvidas na UBS. A educação em saúde, como atividade inerente às práticas da equipe, é entendida como o ato de realizar a mediação entre conhecimentos técnico-científicos e os dos usuários, com o papel de tornar acessíveis as informações sobre saúde e doença. Este conceito, que perpassa o conjunto das colocações dos entrevistados, deriva da ênfase na ação de comunicar/transmitir informações como tarefa da ação educativa, segundo a visão hegemônica nos serviços de saúde (DANTAS, 2010).

Do mesmo modo, a educação em saúde é entendida pela equipe como **atividade imprescindível na assistência para pessoas com DM**, como mencionado a seguir:

(...) **a educação (...) eu vejo como sendo o mais importante no cuidado na saúde (...).** A educação é quem vai **orientar, não só informar** a pessoa em relação à doença, em relação aos cuidados, (...) mas vai **tirá-la um pouco do senso comum**, fazê-la perceber, ampliar um pouco a percepção de si mesma, do cuidado, do que é saúde, do que é doença, **orientando para boas práticas.** P3

Eu acho que **é primordial.** Primeiro para que ele possa seguir a orientação, porque uma coisa importante no diabetes é que não é só tomar o remédio (...). P1

(...) **é muito importante**, porque não adianta você dar a medicação, você ver os exames, se você **não ajudar ele a melhorar, a controlar**. P2

É de fundamental importância. Porque eles dão esse retorno...de tudo aquilo que eles **receberam de informação** e quando eles têm dúvidas eles retornam com a gente, com os profissionais. P5

(...) eu acho **superimportante, mas é um trabalho de formiguinha**. P6

Porque **tudo que é saúde, depende da educação** para ter um resultado a longo prazo (...). Na odontologia e no cuidado do diabético a **prevenção é o mais importante**, não adianta eu tratar a boca do paciente, se não trabalhei com ele a escovação, a higiene oral, o controle da glicemia, a importância do acompanhamento médico, etc. P9

(...) nós batemos muito na tecla da **prevenção**, (...). É extremamente importante o cuidado **antes que a doença se instale** e ele tenha complicações graves, inclusive da saúde bucal. P10

É importante ressaltar que no processo de caracterização das ações educativas na APS, na perspectiva dos profissionais entrevistados, os mesmos compreendem a educação em saúde como atividade integrante de suas práticas profissionais, a qual é essencial para o cuidado a saúde dos usuários com DM, bem como, para a prevenção das complicações relacionadas a doença.

Nas práticas de educação em saúde realizadas pelos profissionais entrevistados, os temas considerados prioritários denotam um caráter normativo, focalizando a prevenção de doenças e a regulação de comportamentos, relacionando-se aos cuidados necessários à saúde e as mudanças no estilo de vida para o controle da doença. Os principais temas abordados são a alimentação, exercícios físicos e administração da insulina.

A gente fala para ingerir mais frutas, verduras, coisas com pouca massa, pouco açúcar, (...) tomar bastante líquido (...). Falo para fazer caminhada, exercício físico, falo para fazer bastante exercício. P7

(...) **aí a gente faz orientação referente à alimentação**, porque tem alguma coisa de errado para o dextro estar naquele valor. P8

(...)nós damos **orientações para os pacientes referente ao uso da insulina**, ao uso do material para verificar a glicemia em casa. P6

(...) faço **orientação sobre alimentação, a dosagem da medicação, se for um paciente que toma insulina**, se ele faz da forma correta. P4

A permanência deste modelo de interrelação e desses conteúdos, terminam por distanciar as práticas educativas da fusão de horizontes e da noção de sucesso prático que deveria norteá-las, segundo a perspectiva da promoção da saúde enquanto proposta articulada à transformação das condições de vida e saúde (DANTAS, 2010).

De acordo com a pedagogia proposta pela educação popular em saúde, os conteúdos das práticas educativas devem ser consistentes com uma visão ampliada do processo saúde-doença, em que o enfoque biomédico passa a se articular com a abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, incluindo as dimensões individual e coletiva do adoecimento, e onde a participação dos usuários nos tratamentos é construída segundo uma perspectiva crítica, que reconhece a interlocução com outros saberes e com outras racionalidades (VASCONCELOS, 2001).

Essa visão hegemônica se apoia em práticas educativas com **abordagem transmissiva do conhecimento:**

Dependendo do tipo de orientação que você dá e a maneira como você passa, ninguém vai mais conseguir tirar aquilo da cabeça dele. P6

(...) alguém que é da área de saúde conversando, eles aderem mais, **ouve mais a pessoa e tenta fazer o que a pessoa de fora fala.** P7

(...) é mais ou menos você ir lá pegar o paciente pela mão (...). No começo meio que **“obrigar” ele a te ouvir para ele ver o quanto aquilo é interessante,** é importante para a vida dele, (...) para passar a se preocupar com o próprio corpo, com a própria saúde (...). O primordial seria ele conhecer o que ele tem, o que é o diabetes, o que pode causar, se ele vai ficar cego, se os machucados não vão cicatrizar. P6

Através de ouvir (...) falar da alimentação, ele mudou radicalmente, mudou tudo e hoje a diabetes dele é controlada (...). **Ele tenta fazer tudo certinho,** (...) **tenta fazer tudo a risco o que trago de informação, o que o médico passa.** P8

Nas falas expressadas acima, a educação em saúde se orienta no repasse de informações que se destinam a instruir os usuários, desconsiderando os saberes populares, na tentativa de estabelecer a mudança de comportamento individual, embora também evidencia o compromisso e a intencionalidade do profissional em melhorar o estado de saúde dos usuários

Desta forma, a educação em saúde é pautada na comunicação unidirecional e na transmissão do conhecimento de natureza conteudista, que coincide com a fragmentação do cuidado, limitando o efeito transformador nas condições de vida e refletindo, muito provavelmente, a formação dos profissionais da saúde ainda calcada na pedagogia tradicional

O modelo de mediação observado nas colocações dos entrevistados, na descrição da prática da educação em saúde no serviço, caracteriza-se pela ênfase na persuasão dos usuários e na transmissão de conhecimentos, tanto nas orientações individuais, como nas atividades educativas coletivas relativas aos temas específicos da saúde. Dessa forma, o modelo de mediação que emerge, privilegia a racionalidade técnica e a perspectiva normativa na validação dos argumentos com que se busca convencer os usuários. O êxito técnico se sobressai como expectativa de que as atividades educativas instrua decisões dos usuários inspiradas fundamentalmente pela lógica e pela razão e a perspectiva de fusão de horizontes não se coloca como possibilidade (DANTAS, 2010).

De acordo com Besen et al. (2007), em estudo realizado sobre a ESF como objeto das práticas de educação em saúde, esse foi o estilo de pensamento dominante nas concepções de educação em saúde entre os profissionais de saúde da ESF: a maioria dos discursos é permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva.

Pereira e Servo (2006), em estudo sobre as concepções e práticas da educação em saúde entre enfermeiras das UBS de Feira de Santana (BA), apontam a existência de uma concepção tradicional de educação em saúde, destinada a reforçar os padrões de saúde concebidos pelo Estado para a população e entendida como uma atividade de transmissão de informação. Assim, a educação em saúde é entendida como uma forma de tornar acessíveis as informações sobre saúde e doença. Esse conceito deriva da ênfase na ação de transmitir informações como tarefa dos profissionais de saúde, segunda uma visão hegemônica (DANTAS, 2010).

É de se esperar que as ações de promoção da saúde orientadas por esta perspectiva normatizadora da educação em saúde tendam a limitar as propostas de transformação das condições de saúde da população a aspectos ligados à expressão biológica da saúde e da doença, priorizando temas ligados a ações preventivas

voltadas para a mudança de comportamento e estilo de vida (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Em contrapartida, percebemos também nas falas dos profissionais, uma abertura para uma ampliação do conceito de saúde, através da **abordagem integral das necessidades do usuário e da integralidade da assistência**, visando proporcionar estratégias dirigidas às mudanças do estilo de vida e melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM.

A doença acaba aparecendo em todos os aspectos (...). Por mais que eles levem um único [aspecto], **a gente acaba olhando para todos os aspectos e aí eles podem acabar mudando um pouco esse cuidado integral, não cuidar só do emocional, cuidar de tudo junto.** P3

Tem que avaliar a **questão sócio econômica, a questão do grau de instrução, de estudo, a necessidade do paciente (...).** Avaliar como um todo. P5

Olha, eu acho que **diabetes é uma doença que mexe muito com o estilo de vida, mexe muito com o hábito** e as pessoas sempre têm aquele conhecido que amputou o pé, então eu acho que eles têm muita dúvida. P2

(...) **eu usei uma série de recursos**, (...) os espaços de conversa, pensar nas alternativas, levar receitas prontas, fazê-lo experimentar alimentos, (...) que além de não terem açúcar, são saudáveis e saborosos (...). **Aí ele começou a acreditar que realmente existiam alternativas.** P3

Acho que quando eles chegam a procurar, (...) a expectativa deles é de ter uma melhora (...), **uma forma de vida melhor.** P7

Eles vêm com uma visão que precisa aprender a controlar e eles **saem com visão muito mais ampliada disso.** P3

Segunda as falas apresentadas acima, a visão de integralidade inclui a abordagem dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, assim como, a valorização das experiências e necessidades dos indivíduos.

A integralidade se refere a: capacidade de resposta às necessidades, não restrita a condições morfológicas ou funcionais do organismo; integração e não-segmentação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; articulações interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais que proporcionem melhores condições na atenção à saúde, e a necessidade de qualidade das interações

no cotidiano da atenção à saúde, com condições que permitam o diálogo entre as pessoas envolvidas no cuidado (AYRES, 2009).

Apesar do reconhecimento da importância da educação para o cuidado aos usuários com DM, as **práticas de saúde** se mostram ainda **fragmentadas**:

(...) quando ele passa na consulta envolve o médico, quando faz grupo é com a enfermeira juntamente com os auxiliares, o pessoal da farmácia querendo ou não é na parte dos medicamentos, acho que tudo é uma equipe, **cada um faz um pedacinho de coisa (...). Cada um faz a sua parte.** P7

Eu vejo que aquela coisa de **ver o indivíduo como um todo, é muito bonito no papel, mas na prática é difícil a implantação.** P9

Centrar a atenção no usuário implica considera-lo singularmente, embora participe de coletivos, ou seja, articular a dimensão individual e coletiva da atenção à saúde. Assim a integralidade critica a fragmentação das ações e sugere práticas que amplie o olhar limitado ao funcionamento biológico (AGRELI et al, 2016).

O cuidado integral é reforçado na fala de um profissional sobre a importância do **cuidado emocional no processo educativo.**

(...) a gente vê que só a questão educativa não é suficiente para sustentar, ela é primordial, mas não é o que vai sustentar. Tem aí outras questões, inclusive como a da **autoestima (...). Melhorando o estado emocional, o padrão mental, conseqüentemente eles já vão ficando mais tranquilos para fazerem boas escolhas.** P3

O diabético vem muito com uma **necessidade psicológica, muitos deles não aceitam a doença.** P9

Nas falas de outros profissionais aparecem ainda, componentes relativos ao contexto de intersubjetividade, através da valorização da afetividade e da **construção de vínculo com o usuário**, e de sua importância para o cuidado e para a efetividade das ações educativas e sucesso do tratamento.

(...) você precisa ter **um pouco de feeling (...).** Você percebe pela maneira, pelo rosto, pela maneira de falar, se [o paciente] está entendendo, (...) na verdade é uma coisa meio de **intuição, de perceber, de ter uma relação boa com o paciente, para ele não se sentir pressionado, não se sentir (...)** coagido pelo médico. P2

Eles estão abertos a aprender. O paciente, de uma forma geral, quando tem uma **empatia pelo profissional, se sente cuidado, (...) receptivo**. P9

Ele tinha um problema pessoal com a médica. Então isso atrapalhava o tratamento dele (...). **Dependendo da sua atitude como médico, a pessoa se sente meio reprimida, sem até condições de falar que não entendeu** (...). Eu evito isso, porque eu acho que eles já têm uma postura (...) de se sentir um pouco inferior ao médico, então se você se coloca numa situação assim, você afasta, então você fica mais no alto e o paciente mais embaixo. Então eu acho que (...) **quanto mais próximo um do outro, melhor para você conseguir que ele entenda e que sinta vontade para falar as dúvidas também**. P2

A percepção das necessidades do usuário, a empatia e a construção do vínculo são vistas como componentes essenciais para as ações educativas, se traduzindo na disponibilidade para a escuta e na mudança das relações de poder entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços.

O vínculo é estabelecido por meio do movimento contínuo de relações afetivas, com o esforço dos profissionais para intensificar as relações vinculantes às pessoas e suas famílias. Espera-se uma postura proativa do profissional, pautando suas práticas na qualidade e no oferecimento de respostas adequadas e efetivas às necessidades da pessoa e família.

De modo igual, os profissionais evidenciam a **importância da comunicação** nas práticas de educação em saúde.

A abordagem tem que ser o **mais objetiva e clara possível, de acordo com a linguagem deles para que eles tenham um bom entendimento**. (...) utilizamos os termos técnicos, mas a gente **tem que avaliar cada paciente de acordo com o grau de instrução e entendimento**. P5

(...) **falta essa comunicação também entre o médico, de uma forma mais clara**, e o paciente. (...) o médico pede que a pessoa tome a medicação, (...) mas não explica o porquê e eles questionam o porquê. P4

Essas falas evidenciam uma visão mais complexa, por referirem a linguagem, a comunicação e o vínculo, como requisitos da interação do profissional com o usuário nas práticas educativas, aspectos que nem sempre são considerados durante o atendimento.

A construção da relação com o educando é um dos elementos essenciais na realização de práticas educativas, segundo uma perspectiva dialógica, na visão da educação popular em saúde. Segundo Vasconcelos (2001), a educação popular em saúde valoriza as trocas interpessoais tanto nos contatos formais (consultas formais, reuniões educativas e visitas domiciliares) como também nos contatos informais e na participação em eventos sociais locais.

Entendendo a educação em saúde enquanto cuidado, o vínculo e a confiança contribuem para a realização de práticas educativas norteadas por projetos de felicidade construídos de forma compartilhada, permitindo a incorporação da dimensão do sucesso prático e o diálogo com as perspectivas normativas na mediação entre conhecimentos técnicos e populares (AYRES, 2007).

No aprimoramento do conceito ampliado de saúde e de educação em saúde, os grupos educativos se destacam por proporcionarem condições para as interações com os usuários.

Os grupos, (...) são interativos (...). Então não é só a gente chegar e a informação é essa e pronto, não, **tem uma troca (...).** E a gente abre espaço para que eles se manifestem, para que eles possam também falar sem nenhuma imposição, (...)então é uma troca interativa, **então é dos dois lados.**

P3

Nestas condições, **as práticas de educação em saúde partem da realidade dos usuários,** caracterizando um modelo de mediação entre conhecimentos técnicos e os trazidos pela população.

A gente procura **partir muito da realidade deles (...),** perguntando como eles costumam fazer determinadas coisas, seja em relação à medicação, em relação à alimentação, em relação ao estilo de vida. P3

Geralmente quando eu pego idosos e [pessoas] que têm uma **dificuldade de entendimento,** eu (...) **uso muito analogias do diabetes** como uma fábrica, indústria. P2

O reconhecimento da existência de saberes dos usuários, constituem as bases da construção de um conhecimento compartilhado, que se inscreve no âmbito da educação participativa. A educação popular em saúde tem na troca de saberes uma das bases de sua proposta de pedagogia. Este conceito se baseia no reconhecimento da existência de saberes distintos no interior do processo educativo, representados

pelo senso comum e pelo conhecimento técnico-científico, os quais, no entanto, não são hierarquizados (DANTAS, 2010).

Nesta perspectiva, **o diálogo e a interação** a partir das demandas dos usuários, aparecem enquanto temas recorrentes nas falas dos profissionais:

(...) depois que eu **tive paciência, conversei com ele, expliquei, entendi qual era a demanda dele, ele melhorou muito**, controlou muito o diabetes. P2

Nesse sentido, o diálogo se torna elemento da assistência resolutiva e comprometida com a realidade da população assistida, além de importante fundamento para a construção da autonomia. Freire (2013a) afirma que o diálogo se inicia quando o educador se pergunta em torno do que vai dialogar e que o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição – um conjunto de informes a ser depositado nos educandos, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada.

Ou seja, a partir da situação dos sujeitos no mundo que se manifesta nas suas formas de agir, o que remete a práticas de educação em saúde construídas em conjunto (ACIOLI, 2008).

Sob o ponto de vista da ação comunicativa, esta discussão remete à ideia de interesse emancipatório, a qual se dirige à superação da universalização de interesses na regulação da relação entre o saber e poder técnico e o saber e querer práticos da sociedade, através do diálogo entre indivíduos autônomos (HABERMAS, 1982).

O grau de envolvimento e participação dos usuários no cuidado está relacionado a quanto se sentem confortáveis para questionarem a autoridade profissional e a qualidade da relação. O plano das interações é decisivo na relação profissionais-usuários. A participação do indivíduo no cuidado é uma oportunidade de exercício da cidadania em busca da autonomia, assim como uma condição importante para o autocuidado. O envolvimento do usuário no cuidado inclui a compreensão acerca da sua situação e a participação na tomada de decisão (AGRELI et al, 2016).

Identificamos em algumas falas, princípios de uma prática educativa participativa. Prática esta, com ênfase nas atividades em grupo e na **valorização de indícios de construção da autonomia** do usuário no processo saúde-doença, na

expectativa do profissional de que o indivíduo assuma sua responsabilidade frente ao cuidado com a saúde.

(...) uma paciente deu um exemplo muito interessante, (...) **ela em uma reunião de família (...) se alimentou de uma forma totalmente diferente (...), chamando a atenção de todas as pessoas que estavam ali (...).** Então esse foi um grande impacto, não foi somente nela, (...) as pessoas começaram a vê-la de um jeito diferente. P3

(...) **ser educado, saber o que fazer, como fazer,** é primordial para prevenir as consequências. P1

Se o paciente não entende porque ele deve se alimentar dessa maneira, porque ele deve tomar a medicação, entender mais ou menos a doença dele, é muito mais difícil ele seguir as orientações. (...) falar um monte de coisas e dar um monte de nãoos (...), atrapalha muito o controle do diabetes, o acompanhamento da doença, porque eles não aderem ao tratamento. P2

O desenvolvimento da autonomia dos usuários no cuidado da própria saúde, aparece ligado à aquisição de habilidades e à adoção de comportamentos saudáveis, aproximando-se de um conceito relacionado à responsabilidade individual; outrossim, apresentam sinais do reconhecimento da autonomia como exercício de direitos adquiridos e a capacidade para alcançá-los através de escolhas saudáveis.

O estímulo à autonomia da população em relação à própria saúde, mencionada pelos profissionais, esteve vinculado à aquisição de habilidades e à adoção de comportamentos saudáveis, orientados pelo enfoque comportamental e individual da promoção da saúde. Ao se dirigir ao aumento da capacidade do usuário se responsabilizar por sua saúde, pressupõe um conceito de autonomia que mais se aproxima do de responsabilidade individual, do que do exercício de direitos adquiridos e a capacidade de lutar por alcançá-los (DANTAS, 2010).

No entanto, em uma das falas, a profissional relata uma experiência onde os usuários participaram de forma crítica das escolhas relacionadas ao tratamento médico. Nesse sentido, esta forma de compreender o estímulo à autonomia remete ao **empoderamento dos usuários**, como visto na fala abaixo:

(...)a gente viu no grupo educativo de diabetes, por exemplo, que **eles tiveram condições de [contra] argumentar com o médico em relação à prescrição da medicação.** P3

Embora Carvalho (2004) defenda o empoderamento psicológico como necessário ao processo de empoderamento no seu sentido mais amplo, reconhece que não é suficiente para o desenvolvimento dos processos de transformação incluídos na proposta da promoção da saúde.

Ao estudarem a co-construção da autonomia entre profissionais e usuários de um serviço de saúde, Baade e Bueno (2016) concluíram que na assistência ao DM é necessário lidar melhor com a máxima de que as escolhas são singulares, onde o papel do profissional é orientar e apoiar essas escolhas, sendo necessário investir na co-construção da autonomia da equipe e dos profissionais de saúde por meio da cogestão, para atingir a co-construção da autonomia para as pessoas com diabetes, num efeito semelhante a “círculos concêntricos em um lago”, com mais intensidade em seu centro até atingir todo o campo a sua volta.

Apesar da ampliação do conceito de saúde e educação em saúde estabelecido pela OMS, observando a prática, verifica-se que atualmente coexistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que demanda reflexões para o alcance de perspectivas mais integradas e participativas (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Dois dimensões se destacam e persistem atualmente. A primeira envolve a aprendizagem sobre a doença, formas de prevenção, os efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la. A outra tendência, da Promoção da Saúde, inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar são construídos socialmente. Nessa perspectiva, a educação em saúde se sobrepõe ao conceito de Promoção da Saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. Essa concepção de educação em saúde está baseada em um conceito ampliado de saúde (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Assim, o modelo que predomina nas concepções de educação em saúde atribui à mesma o papel de persuadir a população usuária por meio da transmissão de informações específicas, em que o diálogo não se realiza enquanto troca intersubjetiva na mediação entre os saberes. Segundo uma perspectiva freireana, o conceito de educação em saúde, que se observou nas falas de alguns dos

profissionais, está distante de uma perspectiva emancipadora, da problematização e da construção compartilhada do conhecimento (DANTAS, 2010).

Mesmo sendo inegável a necessidade de se incorporar o horizonte normativo sobre o qual se assentam as ações de saúde no interior das práticas educativas, a possibilidade de se construírem novos modelos de educação em saúde passa pelo exercício dessa escuta sobre o que desejam os usuários. A perspectiva de deslocamento desse olhar é referida por Ayres (2001) quando assinala, a propósito da construção do cuidado, que não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas para a vida, para o bem viver, para a saúde, refletindo uma concepção de sujeito enquanto um destinatário de pautas de comportamentos, a população-alvo.

A coexistência de lógicas diferenciadas em concorrência no interior do modelo de atenção provavelmente contribui em grande medida para a dificuldade em alcançar o salto de qualidade esperado por parte do serviço de saúde (DANTAS, 2010).

Nas falas de alguns profissionais é inegável a existência de um conhecimento das condições de vida, dos problemas e dificuldades da população usuária, e de espaços de escuta, de apoio emocional, da assistência pautada por uma perspectiva em que se colocam os contextos de intersubjetividade na relação entre profissionais e usuários. No entanto, a apropriação desses elementos, no sentido da programação e da implementação de ações sistemáticas de educação em saúde, é incipiente e apresenta dualidades nas concepções e práticas de educação em saúde entre o modelo transmissivo e dialógico e nas relações de poder e saber entre profissionais e usuários abrangendo um leque entre a dependência até o empoderamento.

Os desafios existentes no SUS para o cuidado à saúde de pessoas com DM são inúmeros, sendo a integralidade da assistência um dos mais prementes. Segundo Ayres,

o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um (P.14, 2009).

4.2.2 Práticas de Educação em Saúde: Facilidades e Dificuldades

Práticas Educativas: Primeiras Aproximações

Na dimensão das ações educativas - no cotidiano dos profissionais entrevistados - figuraram referências as **facilidades** que referem o comprometimento profissional, delimitado pelas condições de trabalho.

O que a gente **tem** é um olhar dos profissionais que faz com que a gente **tenha essa captação, tanto do clínico como do enfermeiro**. Eu acho que até quando o paciente vem para pegar os insumos, as dúvidas **eles passam para gente**. **A gente tenta fazer um trabalho bom na medida do possível, com o que a gente tem** P4

São frequentes, no tocante as facilidades relativas ao exercício das práticas educativas, a referência à disponibilidade de um espaço formal, que evoca, em certo sentido, a valorização da abordagem transmissiva convencional. Na abrangência das práticas de educação em saúde, que se associam às atividades assistenciais, os profissionais destacam, em geral, a preocupação com as condições concretas para a sua realização.

(...) a gente tem **uma série de recursos**. (...) **espaço físico, (...) recursos audiovisuais, (...) estratégias que podem ser utilizadas, e que facilitam o aprendizado**. (...) eu acho que a unidade oferecer este espaço, inclusive físico, é uma grande facilidade e os pacientes reconhecem isso. P3

(...) como facilitar tem isso, **tem o data show, tem um lugar ideal**, embora a sala não esteja disponível todo o tempo, e tem **profissionais qualificados pra poder ministrar as aulas para eles**. P6

Acredito que hoje **com a tecnologia que nós temos e utilizando a criatividade de cada profissional, nós conseguimos fazer um bom trabalho audiovisual** (...), os profissionais têm figuras, caixinhas dos ingredientes, vídeos... O que não existe [na UBS], **o profissional, correndo atrás para que tenha uma facilidade maior de entendimento**. P5

O comprometimento e empenho da equipe para o desenvolvimento das ações educativas vão de encontro com os princípios doutrinários do SUS, levando em conta

os desafios encontrados pelos profissionais, população e gestores, no esforço por viabilizar os princípios idealizadores de um modelo em construção, capaz de garantir assistência universal de saúde pública nos níveis preconizados.

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteou pelos princípios doutrinários da universalidade - garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; da equidade - assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira; e da integralidade - reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade (BRASIL, 1990). As ações de promoção da saúde no âmbito destas proposições, preconizam e abrem espaço renovado às ações educativas na esfera da integralidade, comprometida com o desenvolvimento da cidadania que envolve, por sua vez, participação ativa da comunidade e o desenvolvimento da autonomia dos usuários no âmbito da APS. Nestas condições, ampliam-se os desafios de sua consideração dentro dos limites da prática cotidiana, em meio às dificuldades de implementação do SUS na complexidade de sua formulação.

Persistem, nestas condições, contradições e ambivalências nas falas dos profissionais, quando se reportam às dificuldades apontadas em relação ao exercício das práticas de educação em saúde. Na contra face das facilidades, as **dificuldades** consideradas, para além da falta de conhecimento dos usuários acerca da doença ou estratégias de controle e cuidado, ressaltam-se referências às barreiras psicológicas e sociais associadas ao desinteresse da parte dos usuários em participar das atividades educativas. Neste sentido, foram expressadas falas que, combinando conteúdos variáveis, destacam a **pouca disposição e interesse dos usuários em seguir as orientações e participar das atividades educativas em grupo**, ao lado das dificuldades para seguir as orientações no contexto das limitadas condições socioculturais. Chamando atenção a falta de questionamento dos profissionais sobre as metodologias de ensino-aprendizagem.

No grupo específico de diabetes, (...) **a participação é muito pequena**, porque as pessoas já têm uma ideia preconcebida de que é uma doença que não tem cura, que eles vão ter que tomar o remédio, eles vão ter que fazer o controle e **eles não têm muito esse conhecimento de que vão ter que fazer mudanças**. P3

(...) **em relação à adesão ao grupo (...), a gente tem um pouco de dificuldade para trazer esses pacientes(...)**. Acredito que seja por falta de informação mesmo (...), Muitas vezes eles acreditam que é só uma conversa e que isso não vai acrescentar nada na vida deles. P5

A principal dificuldade é **a falta de adesão por parte do paciente (...)**. Eles não aderem (...). Você começa um grupo com vinte pessoas, aí quando você está no terceiro, quarto encontro, esse número já reduziu em cinquenta, sessenta por cento. **Então eu acho (...) que é a falta de interesse por parte do paciente.** P6

Ao lado de dificuldades de variadas ordens, são apontados como problemas limitantes da adesão, a **não aceitação da doença** ao lado de questões psicológicas, envolvendo falta de interesse em se cuidar.

Eles (...) às vezes **não conseguem cumprir, (...) as informações que eles recebem muita das vezes eles não seguem, (...) uns por teimosia e outros por dificuldade (...) financeira, (...)tempo**, também a correria do dia a dia, acho que por isso também que eles não seguem direitinho. P8

(...) eu acho que **por ele ser sozinho, eu acho que ele não gostava muito da vida, não ligava muito**, queria mais era curtir e deixar a diabetes de lado como se ele não tivesse a doença (...). Todo mundo sempre conversava com ele, falava, explicava, mas ele não ligava, acho que por ele mesmo. P7

(...) você vê a necessidade de dar uma orientação para ele, mas quando você está dando essa orientação, (...) **você percebe que ele não está demonstrando interesse** naquilo, que talvez a importância que você dá para a doença dele, ele mesmo não dá. Acho que por falta de conhecimento da própria doença, (...) ou por **falta de interesse mesmo de se cuidar.** P6

Na perspectiva dos profissionais prevalece a **concepção da doença associada a racionalidade imediatista da cura** propiciada pela moderna tecnologia, como evidenciam as falas a seguir:

(...) eles não acham que é tão importante, (...) quando eu falo (...) vai ter grupo, muitos não ligam, não levam a sério (...). **Muitos veem o diabetes como uma doença (...) comum.** P8

(...) no início eles pegam a ideia, compram a ideia, mas depois **vão se distanciando um pouco.** P4

A grande maioria quer o remédio mágico, quer escapar da dieta e do exercício. Essa é a expectativa do paciente com diabetes, quer que o remédio resolva, (...) que a diabetes não seja crônica. P1

A expectativa dele é do milagre na terra. O paciente adulto para a odontologia é um problema. Ele vem já com necessidades de reabilitação. P9

Estas falas dos profissionais - em consonância com a literatura – traduzem a visão dos usuários sobre o atendimento do serviço de APS essencialmente como uma ação curativa, em que a prescrição de medicamentos é encarada como a principal alternativa concreta de atendimento às necessidades de saúde, não compreendendo as outras atividades, principalmente relacionado ao trabalho educativo e ações coletivas, como formas de melhorar e qualificar a saúde (SBERSE; CLAUS, 2003).

A percepção dos usuários sobre o modelo assistencial é reportada à cultura construída ao longo da história, na qual o atendimento em saúde se baseava na consulta médica, prioritariamente, individual, desmerecendo as instancias grupais de troca de saberes e experiências associadas à construção de estratégias de cuidado compatíveis com a problemática do DM. Na sociedade em geral, persiste a ideia de que os serviços de saúde se associam a situações de doença e não à saúde (SILVA et al, 2009).

Ao lado da responsabilização dos usuários, em um primeiro momento os profissionais apresentam dificuldades, bem como, concepções e práticas associadas à norma biomédica, no segundo momento, ao aproximarem-se do cotidiano profissional, relatam problemáticas relacionadas aos contextos sociais e culturais, bem como, às circunstâncias de intersubjetividade, tornando visível a impossibilidade de adoção estrita da norma médica no cuidado à saúde (CYRINO, 2005).

Nesta perspectiva, os profissionais reforçam as dificuldades dos usuários relacionadas à instrução e **condições socioculturais**:

A gente tem dificuldade. Por causa **do tempo, do grau de instrução, da cultura das pessoas** (...). Todo mundo pensa que a medicina evoluiu tanto que qualquer coisa resolve qualquer coisa, tem que resolver. As pessoas não tendem a saber que elas precisam ter um empenho para aquilo. **Então isso é uma resistência do paciente para aceitar e fazer o tratamento correto.** P1

Existe a dificuldade que é individual de cada um, (...) a gente esbarra muito com a **condição social, condição até intelectual, de conseguir entender as coisas, e principalmente, tem muitos que não leem adequadamente e fica muito difícil você fazer uma orientação (...) por escrito**. É um pouco difícil para eles saírem do concreto e ir um pouco mais para o abstrato do entendimento das coisas que eles ainda não estão vendo. P1

(...) aquela paciente que frequentou o grupo (...) de diabetes. (...) a gente começou a perceber que ela tinha **algumas limitações cognitivas**. Então quando a gente se depara com esse tipo de paciente, a gente precisa de outras pessoas que se responsabilizem por esse cuidado. **Porque a pessoa sozinha acha que está fazendo corretamente, e ela tem limitações para compreender algumas das coisas que estão sendo passadas**. P3

(...) uma das grandes dificuldades no tratamento do diabetes é a **instrução, porque se eles não leem direito, não tem o familiar, o apoio social, (...), não dá certo**. P1

Os profissionais reconhecem a intervenção das condições sociais na saúde e no cuidado à saúde. Virchow, que serviria de embasamento à teoria da determinação social da saúde, entendia que as condições econômicas e sociais exerciam efeito importante sobre a doença (BUSS; PELLEGRINI JUNIOR, 2007).

O termo “saúde pública” pressupõe um caráter político, implicando a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população (BUSS; PELLEGRINI JUNIOR, 2007). O novo modelo de assistência, entretanto, no qual se inscreve a política da APS, congrega em sua nova roupagem, as marcas de um modelo tradicional, higienista, num processo simbiótico que raramente coloca em questão os modelos pedagógicos subjacentes às novas demandas.

A propósito, chama a atenção o questionamento de uma profissional sobre a própria prática profissional:

(...) as nossas frustrações são mais essas, **você ensinar e depois você ver que aquilo não serviu de nada**, você encontra o indivíduo e ele está fazendo errado da mesma maneira que ele fazia antes de você orientar. **Aí é a hora que você para e pensa, será que eu estou orientando certo?** Será que a maneira que eu falei foi clara? Será que ele entendeu o que eu quis dizer? P6

Sem questionar, os modelos pedagógicos de ensino, propriamente ditos, o desalento manifesto reafirma a concepção biologicista que põe em evidência o conhecimento técnico científico. Nestas condições, apoiadas na perspectiva transmissivo-normativa, fica implícito que, se as pessoas com DM aprenderem um conhecimento mais técnico sobre a doença, como suas complicações agudas e crônicas, tratamento medicamentoso e autocuidado nutricional, bem como, habilidades para executar certos procedimentos de autocuidado e autocontrole, terão assegurado, automaticamente, o que é requerido de um diabético (CYRINO, 2005).

Desta forma, os profissionais reconhecem a complexidade e dificuldade do DM no que se refere ao quadro fisiopatológico, porém, não expressam a compreensão de que o tratamento e o cuidado também o são. Ainda que os profissionais se aproximem de uma abordagem integral do cuidado, existe a permanência de elementos de uma compreensão das práticas educativas, como propagadora de conhecimentos e necessárias do ponto de vista técnico e normativo, e não práticas que são almejadas e percebidas como necessárias para a população, envolvendo a participação da mesma, o que abriria espaço para a consideração da comunicação dialógica.

Contexto Institucional e as Práticas de Educação em Saúde

As condições de trabalho e infraestrutura, coerente com as disposições anteriores, foram apontadas dentre as dificuldades para a realização das práticas educativas, sendo a pouca disponibilidade de tempo, a principal limitação citada pelos profissionais. As ações de educação em saúde buscam abrir espaço no cotidiano do serviço, visto as exigências de produtividade e do atendimento em consultório que atravessam o funcionamento das necessidades assistenciais.

(...) o paciente diabético (...) precisaria de uma atenção um pouquinho maior, (...) **nós clínicos temos quinze minutos de consulta**, então tudo isso que eu (...) explico (...) **demanda tempo. (...) acaba causando atraso na agenda, e se você estiver atrasado, você acaba não explicando tudo para o paciente naquela consulta.** P2

O tempo é muito escasso. Para que você pudesse, além de ouvir toda a ansiedade, todo o desespero e deixar o paciente conversar e aceitar que ele

tem um diagnóstico crônico, e também para explicar a vasta dimensão dessa patologia em especial (...). **Que não é em dez minutos que você explica.** P1

Ainda neste contexto, uma das falas cita a escassez de funcionários como fator limitante para a realização das práticas de educação em saúde coletivas:

(...) **são poucos funcionários também**, (...) são várias outras coisas, não tem muitos funcionários para disponibilizar para estar fazendo grupos para tentar incentivar mais as pessoas. P7

Outros aspectos levantados pelos profissionais, associados às **características da gestão**, foram as cobranças relacionadas à produtividade; ao lado da dificuldade de acesso aos serviços e assistência, com a dificuldade para agendamento de retornos e com profissionais da rede de assistência, assim como, o acesso aos medicamentos e insumos, limitando a eficácia da assistência à saúde.

Hoje a gente tem uma **cobrança de produtividade na rede pública**, que com certeza vai ser revertida ao longo do tempo, porque produção em série em saúde não é legal (...). **O paciente se transformando em um número, as comorbidades, as doenças crônicas vão se agravando** (...). Nós estamos tentando fechar um ciclo sem fim na saúde. **Nós estamos correndo atrás do próprio rabo.** P9

(...) **eles vêm e às vezes não conseguem alguma coisa, (...) acabam desistindo e perdem o apoio do lado externo**, (...) isso acaba trazendo um certo **desanimo** e aí fica difícil e eles acabam desistindo. P1

Porque no diabético isso não pode demorar tanto. **Uma sugestão seria talvez ter um tempo de atendimento maior, ter um retorno garantido**, mas não garantido para quando a pessoa conseguir, mas "olha eu preciso ver você daqui a dois meses" e ele ir e marcar um retorno. P1

(...) teve época que **faltou medicação**, e se não tem medicação no posto eles não compram o remédio, (...) ficam esperando chegar o remédio aqui. P2

A gente **não tem muitos recursos em relação a ajuda de outros profissionais da área**, um nutricionista, educador físico. Dentro do possível se tenta usar as possibilidades da comunidade. P1

O que eu tenho muita **dificuldade é quanto ao seguimento nutricional**, nutricionistas as vagas são poucas e são poucos lugares que tem. P2

Neste eixo os profissionais ressaltam, também, a necessidade de organização da gestão local e da rede de assistência, para a melhoria do acesso e do acompanhamento dos usuários fora da UBS.

(...) a unidade em si **precisa ter estrutura para acolher de uma forma mais qualificada esse paciente com diabetes e em algum momento também, pensar em capacitar a própria família.** P4

É com especialista que a gente já tem um pouco de dificuldade, (...) você encaminha e a pessoa não dá relevância para a queixa, para o encaminhamento, não dá satisfação, manda o paciente de volta e você não sabe se deu alta, se mandou voltar e não consegue voltar, **na verdade o problema que a gente tem é de comunicação com as pessoas fora da unidade.** P2

De uma maneira geral a integração acontece. **Às vezes não é tão fácil por conta de tempo,** (...) em bater os seus horários com o horário do médico, do psicólogo, (...). **Poderia ser melhor se houvesse um programa totalmente voltado para o diabético dentro da unidade,** aonde todo mundo tivesse comprometimento em participar e tivesse um tempo separado para aquilo. P6

Existe uma ambivalência entre as normas e diretrizes que se busca implementar, com a persistência de um modelo de atenção com características tradicionais e ênfase nas demandas assistenciais específicas. A organização do processo de trabalho apoiado em um modelo de atenção que concilia lógicas antagônicas, resulta na sobrecarga de trabalho da equipe, pela exigência da realização de atividades que se superpõem.

Em relação à gestão percebe-se a partir dos relatos que, quando esta não possui uma visão ampla e adequada da APS, não disponibiliza recursos, nem emprega forças para a realização da educação em saúde, visto que muitas vezes esta, aparentemente, não apresenta resultados visíveis. Para gerir sistemas e serviços de saúde, seria necessário conhecer o perfil da população atendida; as necessidades por ela apresentadas; as normas e leis que regem a ESF; as necessidades de recursos humanos, físicos e materiais para o atendimento da população adstrita, dentre outros, conforme as particularidades de cada região (LAZZAROTTO, 2009).

Diante do processo de implantação do SUS, enquanto proposta de ação renovada em saúde, vale ressaltar que os profissionais não foram formados em consonância com o novo modelo de promoção da saúde. Nestas condições, os gestores deparam-se com dificuldades para a adequação da estruturação de ações básicas de saúde, sem dispor, na ocasião, de recursos para esta finalidade (MACHADO et al, 2007)

Assim, mesmo a saúde sendo um direito garantido em constituição, a práxis revela uma contradição entre as conquistas sociais estabelecidas e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais (TRAVESSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Pensando no princípio da integralidade, inúmeras críticas são descritas sobre o modo como o cuidado é produzido nos serviços de saúde: a visão segmentada; não conseguir ver a totalidade da pessoa e a pessoa no seu contexto; uma abordagem muito centrada na patologia; a pobreza da relação e interação entre profissionais e usuários e entre os diversos profissionais da equipe; e, especialmente, o frágil compromisso com o bem-estar dos usuários. Não que os profissionais sejam irresponsáveis, mas o modo como os arranjos tecnológicos se configuram no cotidiano dos serviços acaba, muitas vezes, favorecendo a desconexão entre o momento da assistência e o envolvimento com suas consequências e com os desdobramentos da situação dos indivíduos e comunidades (AYRES, 2009).

Novos Horizontes de Práticas de Educação em Saúde

Nos estudos de Melo et al (2005) e Jesus et al (2008), os autores observaram que as práticas de educação em saúde são desempenhadas com pouca frequência em serviços de APS, devido, principalmente, à desorganização da demanda, à baixa escolaridade dos usuários e à resistência da população às ações educativas. Além disso, os autores consideram que para a educação em saúde ser uma realidade na APS faz-se necessário o conhecimento dos propósitos da estratégia por todos os membros da equipe e especialmente pela comunidade.

No contexto do SUS, considerando seus princípios e diretrizes, principalmente a integralidade da saúde, a participação social e o trabalho em equipe, podemos pensar na seguinte síntese: a perspectiva ampliada do adoecimento, estende-se para

a perspectiva ampliada do cuidado à saúde; o compartilhamento de poder e responsabilidade entre profissionais e usuários, que remete à participação dos usuários na tomada de decisão sobre seus cuidados, passa a contemplar, também, a participação e controle social da população no planejamento e organização da atenção à saúde em rede; e a relação profissional e usuário, que se refere à dimensão da comunicação e interação, dada a complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços em rede, estende-se às relações interprofissionais (AGRELI et al, 2016).

As políticas e propostas de formação dos profissionais para o SUS, articulando capacitação, qualificação, desenvolvimento, devem concretizar estratégias e ações de aproximação constante das práticas dos serviços de saúde às práticas de investigação e reflexão teórica. A integração do profissional ao cotidiano dos serviços de saúde se desenvolve na prática de competências, habilidades e conhecimentos acumulados no processo de formação profissional e de vida (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

É necessário a criação de espaços para análise e reflexão, orientados a articular os saberes e renovar as capacidades de enfrentar as situações cada vez mais complexas nos processos de trabalho, diante da diversidade das profissões, dos usuários, das tecnologias, das relações, da organização de serviços e dos espaços (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Dessa forma, é esperada a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Diante dos encontros e desencontros que delineiam o cenário das condições do exercício das atividades de educação, os profissionais entrevistados sugerem estratégias para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários com DM.

Uma sugestão seria talvez **ter um tempo de atendimento maior, ter um retorno garantido**, (...) poderia ser diluído em uma equipe efetiva, (...) **intercalado uma consulta de enfermagem com uma consulta médica, uma conversa com área da nutrição, ajuda na área psicológica para segurar um pouco das ansiedades.** (...) acredito que isso seja um fator mantenedor do tratamento. P1

(...) talvez se tivesse **mais tempo na consulta**, pelo menos na primeira vez para explicar sobre a doença, isso talvez desse uma resposta grande. P2

No âmbito das técnicas didáticas, os entrevistados referem a falta de material de apoio:

(...) se a gente tivesse algum negócio de dieta, nem que fosse, entendeu, **papelzinho orientando a dieta para o diabético, (...) para eles terem em casa, teria eu ser uma coisa simples**, nada complexo, tipo assim, trocar a farinha pela farinha integral, mas assim..., fruta para evitar e frutas para comer a vontade, são coisas que eles tem mais dúvidas e ajudariam bastante. **Nem se fosse com figuras, de repente ao invés de escrever tudo colocar mais figuras.** P2

(...) eu penso que **os grupos educativos são muito úteis**, e assim...se a gente conseguisse manter o grupo como um grupo de apoio, como tem de alcoólicos anônimos, ... **ter esse espaço permanente de conversa e de cuidado**, ...se a gente for pensar nos alcoólicos anônimos, o grupo é entre eles, ...não tem um profissional para conduzir o grupo, eles mesmos se organizam nesse sentido. P3

(...) **fazer um grupo grande, aonde tivesse o médico, o enfermeiro, o psicólogo, falando sobre o que é diabetes, falando sobre ansiedade, os cuidados, os riscos com as medicações, poderia envolver o farmacêutico também para falar as reações adversas das medicações**, com brindes para os pacientes que mantivesse os níveis de glicemia, porque eles se atraem muito por brindes, por mimos. P6

Um grupo que pudesse acolher esse paciente, ...orientar, estar um pouco mais presente, com uma continuidade. E fazer como se fosse um curso para a família, como aplicar a insulina, porque eu tenho que aplicar aquela quantidade, se for um pouco mais de uma ou de outra, qual o complicador que pode gerar para a pessoa, ... tem pacientes que tiveram amputação de membros. É uma forma de mostrar para eles, ou com fotos, ou com relatos de como essa doença pode ser invasiva e como nós podemos lidar com ela. P4

O preparo técnico científico da equipe, que se inscreve na necessidade de **educação permanente**, aparece como sugestão estratégica para facilitar as ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais.

(...) essa é a importância **de você ter conhecimento para orientar uma coisa correta**, porque você sabe que às vezes aquilo vai fazer diferença para o resto da vida do paciente. P6

(...) uma coisa muito importante numa equipe que cuida de crônicos é **a própria equipe receber suporte, (...) também de profissionais que estão na ponta,** (...) ter uma orientação maior de diabetes em algum momento com profissional mais de ponta, um profissional que conhecesse a saúde básica (...), **uma educação continuada** (...) e plausível. Não adianta ter uma educação continuada e sonhadora, que você não tenha possibilidade de aplicar. P1

(...) **estar reciclando esses profissionais** para que eles atuem de uma maneira mais clara, mais objetiva, e que leve informações, a gente sabe que as questões se atualizam, alguns protocolos mudam. P5

Se a gente **tivesse alguma atualização,** essa questão da alimentação, da nutrição, talvez a gente **não precisasse encaminhar tanto para a nutricionista.** P2

Estas falas guardam coerência com a concepção expressa anteriormente pelos profissionais, relativa ao cuidado da pessoa com DM vinculada à perspectiva tradicional da educação em saúde. A educação, neste contexto, não é vista como um campo próprio do saber pelos profissionais. Esta se destoa da proposta do requerimento de educação permanente, consistente com a atualização da expertise profissional no âmbito da fisiopatologia e tratamento do DM.

Paralelamente, entretanto, os profissionais explicitam a necessidade da constituição de um espaço para discussão e reflexão acerca dos desafios cotidianos da APS, o qual, poderia ser efetivado nas ações de educação permanente:

Se a própria equipe tivesse um tempo de poder falar das suas ansiedades, das suas dificuldades com aquilo, e não só para resolver os casos de pacientes, (...). E sim que a equipe pudesse discutir aonde você pode chegar, discutir a sua frustração de não conseguir lidar com aquilo. P1

Uma nova disposição no campo educativo pressupõe, uma nova ordem de trabalho, capaz de dar o suporte para a sua concretização. Nesse sentido, as necessidades de conhecimento se somam à estruturação de demandas educativas geradas no cotidiano do trabalho. Tal preocupação pode indicar os caminhos e pistas para o processo de formação, sendo a educação permanente, uma modalidade educativa que tem como alvo a equipe de saúde, com ênfase nos problemas reais de saúde, cujo objetivo é transformar as práticas técnicas e sociais (MANCIA et al, 2004).

Assim, existe a necessidade de aperfeiçoar a prática educativa dos profissionais da saúde coletiva e os processos de educação permanente precisam suprir as necessidades destes (SILVA et al, 2009).

Segundo Batista e Gonçalves (2011), a educação permanente pode ser entendida como processo que confere especificidades à relação ensino-aprendizagem e a construção de diálogos entre os processos de mudanças no mundo do trabalho diante da perspectiva do próprio trabalho em saúde ser um princípio educativo.

A Educação Permanente em Saúde preconiza processos de qualificação dos trabalhadores que tomem como referência as necessidades e a realidade local, e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho na saúde (BRASIL, 2007). Tem como fundamento o uso de metodologias ativas de conhecimento, baseada na relação dialógica-dialética, com o objetivo de ressignificar a prática, rompendo com a lógica individual para pensar em equipe (CARDOSO et al., 2017).

A discussão sobre formação profissional e educação permanente perpassa pela integralidade da saúde, que deve estimular o trabalho em equipe, favorecendo o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. Não é possível construir uma assistência integral sozinho (PINHEIRO; MATOS, 2003).

Para a concretização da integralidade no cuidado, uma nova visão das práticas de saúde voltadas para essa formação centrada na atenção à saúde vem ganhando destaque, tendo em vista o leque de competências exigidas no processo de trabalho em saúde, o que requer uma visão voltada para a construção de projetos coletivos. O cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários como corresponsáveis pela produção da saúde. O campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado (HENRIQUES; PINHEIRO, 2004).

Nesta trilha se sobressaem as dificuldades dos profissionais em relação à **integração da equipe:**

[o médico] fez a parte do consultório, mas a parte de orientação, sensibilização, acolhimento, fica aberto para as outras pessoas da equipe e **nem sempre a gente consegue captar esse paciente.** P4

Não existe uma programação das ações. Os profissionais estão atolados dentro dos seus consultórios (...). Acabou ficando novamente cada um dentro do seu quadrado, mal dá tempo para respirar (...). **Assim, não gera um trabalho contínuo, direcionado.** P9

(...) é difícil atuar como equipe multi (...) por conta de agendas e compromissos de todos os profissionais (...). É uma série de exigências que os profissionais da saúde recebem. P3

(...) cada um [dos profissionais] sempre está apagando um incêndio de alguma coisa, de novo vem o fator do tempo. (...) **do tempo disponível para você sentar e reunir, discutir um caso, mesmo conversar sobre uma nova ideia, fazer um planejamento das atividades para que a gente possa ajudar aquele paciente.** P1

(...) as vezes tem um pouco de **resistência de alguns profissionais,** (...) **em executarem alguns tipos de grupos** (...). As vezes colocam a questão da agenda, do horário, a questão do que vai ser dito no grupo, se compete ou não aquele profissional que está sendo convidado. P5

Os profissionais, adicionalmente, abordam o envolvimento e a integração da equipe de saúde, como condição fundamental para a integralidade da assistência à saúde para os usuários com DM.

(...) a primeira coisa seria a equipe se integrar, (...) ter uma meta e ser respeitada para cumprir a meta. Porque o problema às vezes é você ter uma meta e aí chegam ordens e você não consegue cumprir porque você é desviado daquele caminho. P1

(...) seria interessante (...), **conseguir envolver outros profissionais no decorrer dos encontros** (...). E de uma forma coesa, que os profissionais pudessem **planejar conjuntamente e realizar conjuntamente também, para não ficar uma coisa fragmentada.** P3

A DM por ser uma doença crônica, (...) o paciente diabético tem outras necessidades (...). É algo conjunto, **na verdade ele precisa de uma equipe multiprofissional.** P9

Tais considerações remetem às dificuldades para o exercício da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade nas práticas educativas, cerceadas pela própria organização vigente do trabalho, que favorece a fragmentação das ações profissionais.

As falas acima sugerem o conceito de interprofissionalidade como trabalho em equipe multiprofissional. Assim sendo, a integração da equipe de saúde, quando vista como processo, demanda repensar as concepções e práticas relacionadas à saúde, e os papéis desempenhados pelos profissionais na equipe. A valorização do trabalho integrado está inserida em um contexto atual, cabendo ressaltar que os profissionais entrevistados, em sua maioria, têm formação anterior às novas diretrizes curriculares.

A prática interprofissional é uma modalidade de formação em saúde que promove o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas, com foco nas necessidades de saúde de usuários e população (PEDUZZI, 2013).

A partir da construção do SUS, ancorado nos princípios da universalidade e da integralidade, despontou a necessidade do desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional, em especial na atenção primária, permitindo a formulação de propostas inovadoras de aperfeiçoamento do trabalho em equipe centrado nas necessidades das pessoas no âmbito individual e coletivo (AZEVEDO et al., 2016).

A perspectiva ampliada do cuidado à saúde remete à atuação profissional e concepções de saúde que reconhecem a necessidade de um elenco variado de profissionais, de modo a contemplar as múltiplas dimensões presentes nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade. Assim, a colaboração interprofissional é interpretada como um movimento a partir do “uni/multiprofissional” para o “interprofissional”, e da cooperação (trabalho cooperativo estruturado em torno da divisão do trabalho e de objetivos comuns) para a colaboração, que envolve a determinação e busca para alcançar um mesmo objetivo, com benefício mútuo de usuários e profissionais (AGRELI et al, 2016).

A compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença nas práticas de saúde, passa, necessariamente, por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática interprofissional.

A interdisciplinaridade é fundamental na construção do conhecimento, à medida que promove interações recíprocas e a uma colaboração entre disciplinas diversas. No trabalho interdisciplinar e interprofissional existe uma interação entre os vários conhecimentos específicos com a produção de uma proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente (FEUERWEKER; SENA, 1999).

A prática interprofissional organiza o processo de trabalho, considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais, buscando a integralidade do cuidado. O trabalho em equipe implica no compartilhamento do planejamento, na divisão de tarefas, mas pode acontecer dentro de uma equipe de profissionais de diferentes disciplinas como também dentro de uma equipe multiprofissional. Assim, não implica necessariamente na construção de um novo saber ou de uma nova prática. O que cria o novo é a interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (FEUERWEKER; SENA, 1999).

A interprofissionalidade amplia o processo de trabalho para além da multiprofissionalidade, modo com o qual os profissionais trabalham há anos, se constituindo como um modelo que demanda a atuação profissional permeada por questionamentos e reflexões, repercutindo no aprimoramento do processo de cooperação (DIAS et al., 2016).

A prática interprofissional permite a problematização e a mudança da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde, aumentando a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, melhorar a comunicação entre os profissionais, da mesma maneira que promove o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI et al., 2013).

O trabalho em equipe precisa estar articulado ao diálogo permanente, ao respeito aos diferentes saberes e práticas e ao usuário como o centro do cuidado na atenção à saúde. Não há a necessidade de uma ação profissional se sobrepor a outra, mas que, ao possuírem aspectos que são diversos no seu campo específico de saber e de cuidar, são todas igualmente importantes para o usuário, compreendendo-o na sua singularidade (HENRIQUES; PINHEIRO, 2004).

A educação permanente e o trabalho interprofissional compõem, assim, a premissa da consideração dos novos horizontes de trabalho na construção das práticas de educação em saúde participativas e do cuidado integral ao DM.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade e singularidade do processo de adoecimento e vivência com uma doença crônica, se constitui um desafio para a pessoa adoecida e para os profissionais da saúde que lidam com a situação.

A análise das falas dos profissionais, a luz do referencial adotado nesta pesquisa, evidenciou uma atitude comprometida dos profissionais com as condições de saúde dos usuários, concomitante com a existência de concepções e práticas educativas relacionadas, predominantemente, ao modelo tradicional, de caráter transmissivo, ancorado no referencial biomédico.

Entretanto, tal postura não exclui conceitos como troca de saberes; valorização do vínculo entre profissional-usuário como base para o cuidado a saúde; papel do suporte emocional; consideração sobre a influência das vulnerabilidades sociais e individuais nas condições de saúde; reconhecimento da importância da integração da equipe e das propostas de ações intersetoriais. Tais disposições, ainda que pontuais, são elementos que aproximam a visão de educação em saúde dos entrevistados aos referenciais de uma prática baseada nos princípios da promoção da saúde e da educação popular.

No balanço das dificuldades para a adoção de um modelo de educação participativa, se impõem três ordens de consideração. De um lado, a interpretação dos usuários, como indivíduos que não se interessam e não querem se responsabilizar pelas mudanças necessárias, somado as precárias condições e vulnerabilidades sociais e individuais. De outro lado, a composição de equipes multiprofissionais, formadas na maioria dos casos em modelos educativos tradicionais, não habituadas ao exercício da interdisciplinaridade e interprofissionalidade, que favorecem a segmentação das ações profissionais; atravessadas, por sua vez, pelas dificuldades relativas a gestão do trabalho que atropela os programas, no âmbito da cobrança por produtividade.

A tendência dos profissionais para reduzir as dificuldades dos usuários à falta de conhecimento ou interesse, indica que, diante dessas contradições e ambivalências, o que orienta predominantemente a atuação destes é a ciência, existindo uma oposição entre conhecimento técnico científico e saberes práticos. Ao

reconhecer e valorizar esse último como um polo de conhecimento, apontamos para as possibilidades que se abrem para o fortalecimento do diálogo entre profissionais e usuários, construindo outros usos desse saber, com a ampliação dos espaços de troca de saberes e experiências.

É imprescindível deslocarmos a compreensão da educação em saúde enquanto acesso às informações de saúde, ideando estas, como suficientes para as mudanças de comportamento necessárias no autocuidado; para uma compreensão de outra natureza, onde o desenvolvimento de competências para o cuidado aconteça a partir da presença de problemáticas e necessidades do cotidiano do indivíduo com DM. Nestas condições, abre-se o espaço necessário à consideração dos modelos de ensino-aprendizagem, envolvendo a abordagem dialógica.

Fica assim evidenciada a necessidade de corrigir a tendência de um agir fragmentado e desarticulado na saúde embasado em posturas autoritárias, verticalizadas, com a imposição de saberes científicos descontextualizados e indiferentes aos anseios e desejos dos usuários. A resolução desse impasse pode ganhar êxito com a articulação do princípio da integralidade como eixo norteador das práticas de educação em saúde, assim como, sua coerência com novas abordagens que se colocam no contexto educativo propriamente dito.

O exercício das práticas educativas, envolvendo a superação das práticas transmissivas e fragmentadas, pressupõe levar em conta a carência de preparação específica dos profissionais nos espaços de formação, ao lado da consideração da organização de condições de trabalho congruentes com a concretização das novas disposições. O estímulo à educação permanente e ao trabalho interprofissional, desenvolvidos em programas de educação permanente, lastreiam os novos horizontes para a renovação do exercício das práticas de educação em saúde na APS.

6. REFERÊNCIAS

6 - REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev. Bras. Enferm., v. 61, n. 1, p. 117-21, 2008.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. Interface (Botucatu), v. 20, n. 59, p. 905-16, 2016.
- AMÂNCIO FILHO, A., and MOREIRA, MCGB., orgs. *Saúde, trabalho e formação profissional* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138 p. ISBN 85-85471-04-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- AMERICA DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, v. 36, n. Supp 1, p. 11-56, 2013.
- AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.6, n.1, p.63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. S. Tratado de saúde coletiva. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 375-417.
- AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. PYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.43-62, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde Soc., v.18, n.2, p.11-23, 2009.
- AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (Orgs.). Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012, 320 p.

AZEVEDO, G. D. et al. Interprofessional education in Brazil: building synergic networks of educational and healthcare processes. *Journal of interprofessional Care*, 2016, v. 30, n. 2, p. 135-37. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1119630>.

BAADE, R. T. W.; BUENO, E. Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes. *Interface*, v.20, n.59, p.941-51, 2016.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 1977.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BESSEN, C. B. et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto da educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.16, n.1, p.57-68, jan./abr. 2007.

BORBA, A. K. O. T.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; RAMOS, R. S. P. S. Prática educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha de Enferm.*, n. 33, v. 1, p. 169-76, 2012.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996 GM/MS, 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Série B. Textos Básicos de atenção à saúde. Brasília, 2008, 72p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília - Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2. 488, 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 Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: morbidade autorreferida segundo o Vigitel 2009 e no Sis-Hiperdia, 2010. Brasília, 2011c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2. 761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014a. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.35).

BRASIL. Ministério da Saúde. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014b. 224 p

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, n 5, v 1, p 163-77, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D., Freitas, C.M., organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, p.15-37.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, n 14, v 6, p. 2305-16, 2009.

CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social. ***Ciência e Saúde Coletiva***, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.669-678, 2004.

CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F.; LIMA, V. L. P. Histórico da Promoção da Saúde no brasil. Disponível em: http://ufrr.br/procisa/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=188:historico-promocao-saude-brasil&id=29:textos&Itemid=275 história da promoção da saúde no brasil. Acesso em 11 de junho de 2015.

CASTILLO, R. L. D. A produção de cuidado para os portadores de diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária de saúde. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, 2010.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad Saúde Pública*, v.15, n.2, 1999.

COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3):2001-2009, 2011.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v.8, n.27, p.90-6, Abr - Jun, 2013.

CYRINO, A. P. As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.

DANTAS, M. B. P. Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

DIAS, I. M. A. V., PEREIRA, A. K.; BATISTA, S. H. S. S.; CASANOVA, I. A. A tutoria no processo de ensino aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 257-67, Out-Dez, 2016.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para o enfrentamento e investigação. Rev. Saúde Pública, n 46(Supl), p 126-34, 2012.

FEUERWERKER, L. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? **Revista Olho Mágico**, Londrina, ano 5, n. 18, mar.1999. Disponível em: < <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/home.htm>>. Acesso em: 20 de março de 2017.

FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra,1975.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 54ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2013a.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2013b.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 6, 1171-81, 2006.
HABERMAS, J. Conhecimento e interesse. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem, v.3, n.1, 2004.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2014 [cited 2014 Jan 19]. Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.

ISTILLI, P. T. Adesão ao agente antidiabético oral de pessoas com Diabetes Mellitus: uso do Brief Medication Questionnaire. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2014.

JESUS, M. C. P.; SANTOS, S. M. R.; AMARAL, A. M. M.; COSTA, D. M. N.; AGUILAR, K. S. M. Discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Rev APS. V.11, n.1, p. 54-61, 2008.

LAZZAROTTO, E. M.; ROECKER, S.; ROSS, C. Gestão por habilidades e atitudes: trabalho do enfermeiro na saúde da família. Cascavel (PR): Coluna do Saber; 2009.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MALTA D. C.; MOURA L.; PRADO R. R.; ESCALANTE J. C.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saude*, v.23, n.4, p.599-608, 2014.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev Bras Enferm*, v.57, n.5, p. 605-10, 2004.

MARCONDES, W.B. Participação popular na saúde pelos caminhos da prática educativa [tese]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. Técnicas de pesquisa. 6ª ed. São Paulo, 2006.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.900-911, 2011.

MCKINLAY, J. B. Paradigmatic obstacles to improving the health of populations – implication for health policy. *Salud Publica Mex*, v. 40, p. 369-79, 1998.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Rev Bras Enferm*. v. 58, n.3, p.290-5, 2005.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES GONÇALVES, R. B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MEYER, D.E.E.; MELLO, D.F.; VALADÃO, M.M.; AYRES, J.R.C.M. Você aprende. Agente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1335-1342, jun 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro, 1999.

MOROSINI, M.V., FONSECA, A.F., PEREIRA, I. B. Educação em saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface. Botucatu, v. 19, n. 53. P. 237-49, 2015.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 977-83, 2013.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-34, 2003.

PEREIRA, A. P. C. M; SERVO, M. L. S. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v.30, n.1, p. 7-18, jan./jun. 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; org. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ ABRASCO; 2003.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(3): 657-64. [citado 2012 mar 23]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>.

SALETTI FILHO, H. C. Cuidado e criatividade no contínuo da vulnerabilidade: contribuições para uma fenomenologia hermenêutica da atenção à saúde. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, 2007.

SANTORUM, J. A.; CESTARI, M. E. A educação popular na práxis da formação para o SUS. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 233-40, 2011.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof.Alexandre Vranjac" CVE Núcleo de Educação em Saúde. Educação em Saúde: Planejando as Ações Educativas - Teoria e Prática. São Paulo, São Paulo, 2001.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Manual técnico: saúde do adulto / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2012. 76 p. – (Série Enfermagem).

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2014. 162 p. – (Série Enfermagem).

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Manual Técnico/Auxiliar de Enfermagem/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. – 2 ed – São Paulo: SMS, 2015 78 p. – (Série Enfermagem).

SBERSE, L; CLAUS, S. M. Programa Saúde da Família na ótica de trabalhadores e usuários de saúde. Bol Saúde, v.17, n.2, p.124-32, 2003.

SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. Educação em Saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública, v. 15, suppl 2,p 4-5, RJ, 1999.

SCHARAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.7, n.12, p.101-122, 2003.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14 Supl 1:1453-62.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Métodos e critérios para o diagnóstico do diabetes mellitus. Diretrizes SBD 2015-2016. Disponível em:<<http://2013.diabetes.org.br/wp-content/uploads/capitulo-3-diretrizes-da-sbd-metodos-e-criterios-para-o-diagnostico.pdf>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2017.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. Rev. Baiana de Saúde Pública, v. 33, n. 4, p. 618-27, 2009.

STRECK, D. R. Territórios de resistência e criatividade: reflexões sobre os lugares da educação popular. *Currículo sem Fronteiras*, v.12, n.1, pp. 185-198, Jan/Abr 2012.

TADONI, M. I. Associação entre Diabetes Mellitus autorreferido, medidas antropométricas, acesso aos serviços de saúde e indicadores socioeconômicos. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2009.

TORRES, H. C.; MONTEIRO, M. R. P. Educação em saúde sobre doenças crônicas Não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. *REME Rev Min Enferm*, v. 10, n. 4, p. 402-6, 2006.

TORRES, H. C.; AMARAL, M. A.; AMORIM, M. M.; CYRINO, A. P.; BODSTEIN, R. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. *Acta Paul Enferm*, v. 23, n. 6, p. 751-6, 2010.

TORRES, H. C.; FRANCO, L. J.; STRADIOTO, M. A.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 2, p. 291-8, 2010a.

TRAVESSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública*, v.2, n.1, p.80-8, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.5, n.8, fev. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter. 1986. Disponível em: http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/798A711D-DC30-4E27-8DD6-19561EB969CC/0/ottawa_charter.pdf. Acesso em 06/11/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003 (WHO Technical Report Series, 916).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence the long-term therapies: evidence for action. 2003a, 191 p.

ZANETTI, M. L. et al. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. *RBPS*, v.19, n.4, p.253-260, 2006.

7. APÊNDICES

7- APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS

- 1 – Quais ações você realiza no cuidado ao DM? Como são planejadas essas ações?
- 2 – Qual a importância da educação em saúde para o DM?
- 3 – Na sua opinião as atividades de educação em saúde realizadas na unidade para pessoas com DM atendem às necessidades dos usuários?
- 4 - Quais as expectativas dos usuários em relação às atividades de educação em saúde?
- 5 - Como é a participação/interação/comunicação com os usuários nas atividades educativas?
- 6 – Quais as principais dificuldades para a realização das atividades de educação em saúde?
- 7– Quais as principais facilidades para a realização das atividades de educação em saúde?
- 8 – Descreva uma experiência de sucesso de uma atividade educativa para DM?
- 9 – Descreva uma experiência de insucesso de uma atividade educativa para DM?
- 10 – Tem sugestões para o aprimoramento das ações educativas?

APÊNDICE B**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAIS****DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS****Nome:** _____**Idade:** < 30 anos 30 à 39 anos 40 à 49 anos >50 anos**Sexo:** Feminino Masculino**Naturalidade:** São Paulo capital São Paulo - capital Outros Estados Outros Países**FORMAÇÃO E ATUAÇÃO NA APS****Escolaridade:** Ensino médio/técnico completo Graduação incompleta/cursando Graduação completa Pós graduação latu senso _____ Pós graduação strictu senso _____**Profissão:** Assistente Social Auxiliar de Enfermagem Enfermeiro Farmacêutico Médico Odontólogo Psicólogo Outro _____**Tempo de Formação:** 0 à 2 anos 2 à 15 anos > 15 anos**Instituição de Ensino Superior:** Pública Privada Outros _____

Formação em Educação em Saúde:

() Graduação () Pós graduação lato senso

() pós graduação stricto senso () Outros _____

Tempo de atuação na APS:

() < 5 anos () 5 à 10 anos () > 10 anos

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Educação em Saúde: o cuidado ao diabético na Atenção Primária

Gostaria de convidá-lo a participar voluntariamente deste estudo, que visa caracterizar as ações de educação em saúde relacionadas ao diabetes mellitus na atenção primária à saúde, com vistas ao seu aprimoramento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre as práticas de educação em saúde para pessoas com diabetes mellitus realizadas na atenção primária com a finalidade de promoção da saúde e prevenção de complicações e agravos. Desta forma, necessito de sua colaboração participando de uma entrevista semiestruturada onde serão realizadas perguntas sobre as demandas e expectativas dos usuários para o cuidado à saúde relacionado ao diabetes mellitus, bem como, sobre as vivências, facilidades e dificuldades dos profissionais nas práticas de educação em saúde para essa população.

Os resultados deste estudo ajudarão a aprimorar uma proposta educativa para pessoas com diabetes mellitus utilizando o referencial teórico da vulnerabilidade e da educação popular. A entrevista será gravada, sendo resguardados os direitos dos participantes. O presente estudo traz riscos mínimos e as informações coletadas serão tratadas de forma sigilosa, sem a identificação dos participantes.

Você tem direito ao livre acesso às informações e esclarecimentos adicionais em qualquer etapa do estudo. É garantida a liberdade para a retirada do consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem justificativa, não acarretando com isso qualquer prejuízo em sua relação com a instituição. Não há despesas pessoais para os participantes do estudo, assim como, não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Se tiver qualquer dúvida, o participante poderá entrar em contato com o pesquisador por meio do telefone (11)98771-6970 ou email: cristianegoncal@yahoo.com.br.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, o participante poderá entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, Rua Botucatu, 572, 1º andar – Conjunto 14 CEP:04023-061–São Paulo/SP tel: (11) 5571-1062 fax: (11) 5539-7162.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa assinando este documento em duas vias originais e ficando em posse de uma delas.

São Paulo, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante do estudo

Assinatura do responsável pelo estudo