



**FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE E DO AMBIENTE – PROCISA**

MÁRCIA FARSURA DE OLIVEIRA

**ENSINO-SERVIÇO E SALA DE ESPERA NO AMBULATÓRIO
SETTE DE BARROS, EM PONTE NOVA, MINAS GERAIS**

**Ponte Nova – MG
Agosto/2019**

MÁRCIA FARSURA DE OLIVEIRA

**ENSINO-SERVIÇO E SALA DE ESPERA NO AMBULATÓRIO
SETTE DE BARROS, EM PONTE NOVA, MINAS GERAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente.

Orientadora: Profa. Dra. Pollyanna Álvaro Ferreira Spósito

**Ponte Nova – MG
Agosto/2019**

Dedico esta pesquisa à minha mãe, Elair Maria Machado Farsura (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção e por ter me possibilitado discernimento e firmeza nas muitas horas difíceis, me conduzindo por cada leitura e pesquisa, colocando as pessoas certas – família, amigos, professores, orientadora – e os autores certos.

Ao meu pai, pela confiança, dedicação e amor que sempre demonstrou em relação a mim.

À minha mãe, que já faleceu, mas durante a vida, nunca mediu esforços para me dar toda a condição e apoio para que eu chegasse até aqui.

Ao meu esposo Rafael, porque sem ele, isso é muito mais, ao longo da minha vida, não seria possível.

Aos meus filhos Rafa e Elisa, que me dão força a cada suspiro e, me fazem acreditar em um mundo melhor.

À Tatiane, por cuidar com carinho e responsabilidade daqueles a quem amo incondicionalmente.

Aos meus amigos, por seus incentivos.

À professora doutora Pollyanna Álvaro Ferreira Spósito, por entender meus momentos de angústia e dificuldade, demonstrando paciência, experiência e conhecimento.

Aos queridos estudantes da FADIP, pelas trocas de saberes e, em especial, aos estudantes das turmas V e VI, Angélica Aparecida Almeida, Bruna Ramos Neves, Dayane Ferreira Batista, Felipe Ribeiro Dutra Palhares Ferreira, Gustavo de Godoi Teixeira, Gustavo de Paula de Campos, Isabella dos Santos Zanetti, Laíse Soares Costa, Lavinia Gonzaga Taveira, Lis Alves Ferrareis e Renato Merlone Rubio, que apoiaram a ideia do presente trabalho e apresentaram contribuições para o seu aperfeiçoamento.

Aos membros da banca do relatório de qualificação, professores doutores Lorena Souza e Silva e Luiz Gustavo Santos Cota, por compartilharem o conhecimento de vocês comigo, sempre com tanta generosidade e desprendimento.

A todos os professores do PROCISA, que ajudaram muito e de diversas formas, como a doutora Marli do Carmo Cupertino, através da disponibilidade na parceria para a realização de trabalhos e, o doutor Rodrigo Siqueira Batista, que viabilizou as minhas atividades de docência na FADIP.

A todos os meus colegas de trabalho do Ambulatório Sette de Barros, sem os quais, obviamente, esse trabalho teria encontrado muitas dificuldades para ser realizado. Uma gratidão especial à Sileimar, que abraçou o projeto desta pesquisa com considerável cooperação.

Aos participantes da primeira e da segunda etapa deste estudo, que possibilitaram o aprofundamento e escrita da dissertação.

MUITO OBRIGADA A TODOS!

A escola não pode tudo, mas pode mais. Pode acolher as diferenças. É possível fazer uma pedagogia que não tenha medo da estranheza, do diferente, do outro. A aprendizagem é destoante e heterogênea. Aprendemos coisas diferentes daquelas que nos ensinam, em tempos distintos, (...) mas a aprendizagem ocorre, sempre. Precisamos de uma pedagogia que seja uma nova forma de se relacionar com o conhecimento, com os alunos, com seus pais, com a comunidade, com os fracassos (com o fim deles), e que produza outros tipos humanos, menos dóceis e disciplinados.

ABRAMOWICS, 1997

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública, onde se integram outras políticas públicas, como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) de 2013, que valoriza uma postura do médico para com as práticas populares de saúde, dotada de respeito e diálogo, e apreciando as condições que reproduzem uma estruturação de compreensões que se agregaram pela convivência entre seres humanos, ao longo do tempo, com ênfase à integralidade do cuidado, conforme consta nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina de 2014, as quais normatizam o perfil do egresso médico, ao considerar o ensino-serviço direcionado pelos três principais eixos: (i) Atenção à Saúde; (ii) Gestão em Saúde; (iii) Educação em saúde.

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho foi pesquisar na sala de espera do Ambulatório Sette de Barros (ASB), as temáticas em saúde que os usuários têm maior interesse de debater em rodas de conversa e, avaliar a percepção obtida a respeito do debate.

O trabalho foi dividido em duas etapas, ambas realizadas no ASB, na cidade de Ponte Nova, MG e, contou com a participação de graduandos em Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga - FADIP, que realizam atividades práticas no serviço de saúde referido. Na primeira etapa, realizada em outubro e novembro/2018, aplicou-se um questionário para 378 usuários do ASB, investigando se estes tinham interesse em participar de uma roda de conversa, enquanto esperavam por uma consulta e qual seria a temática em saúde que gostariam de debater. Na segunda etapa, após escolha do assunto pelos entrevistados, realizou-se as rodas de conversa, tempo médio de 15 minutos, em março e abril/2019, com posterior aplicação de um segundo questionário aos 60 clientes do ASB, que participaram da discussão, verificando a satisfação destes quanto ao método e ao entendimento do assunto abordado, no momento dialógico, na qual foi utilizada uma cartilha e a pedagogia socioconstrutivista recomendada por Paulo Freire, na contramão do biopoder, criticado por Michael Foucault. A avaliação dos dados foi feita a partir da utilização do software Epi Info versão 3.5.1. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FADIP, número do parecer 2.925.286.

A análise do primeiro questionário demonstrou que, das 378 pessoas entrevistadas, 301 acreditam que o momento em que esperam por atendimento, na sala de espera, é apropriado para que ocorram rodas de conversa. Além disso, 292 pessoas elegeram a opção “depressão”, para ser debatida na oportunidade de educação em saúde. Na segunda etapa, a totalidade dos participantes referiram que o momento dialógico foi agradável e que apresentou contribuições para o autocuidado em saúde, com 47 pessoas informando que suas dúvidas, relacionadas ao tema, foram totalmente esclarecidas. Os aspectos positivos apontados para as rodas de conversa foram: fácil entendimento (56); troca de experiências (22); respeito (13).

Conclui-se que as rodas de conversa ocasionaram satisfação dos usuários dos serviços de saúde disponibilizados pelo ASB, que integraram o momento de debate e possibilitaram maior autonomia

intelectual da clientela diante das características clínicas da depressão, dando ênfase ao controle social dos cidadãos nas ações do SUS. Ademais, a pesquisa contribuiu para demonstrar a integração ensino – serviço – gestão – comunidade, sob a perspectiva de diferentes contextos e práticas educativas.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Medicina Comunitária; Política Pública.

SUMMARY

The Unified Health System (SUS) is a public policy, which integrates other public policies, such as the 2013 National Policy of Popular Health Education (PNEPS), which values a physician's attitude towards popular health practices, endowed with respect and dialogue, and appreciating the conditions that reproduce a structure of understandings that were added by the coexistence between human beings, over time, with emphasis 2014, which standardize the profile of medical graduates, when considering teaching-service directed by the three main axes: (i) Health Care; (ii) Health Management; (iii) Health Education. Thus, the objective of the present study was to research in the waiting room of the Sette de Barros Ambulatory (ASB), the health topics that users are most interested in discussing in conversation circles, and to evaluate the perception obtained regarding the debate.

The work was divided into two stages, both carried out at the ASB, in the city of Ponte Nova, MG, and was attended by undergraduate medical students from the Dynamic College of Piranga Valley - FADIP, who perform practical activities in the referred health service. In the first stage, held in October and November / 2018, a questionnaire was applied to 378 ASB users, investigating if they were interested in participating in a conversation, while waiting for an appointment and what would be the health theme they would like. to debate. In the second stage, after choosing the subject by the interviewees, the conversation wheels were held, average time of 15 minutes, in March and April / 2019, with subsequent application of a second questionnaire to the 60 ASB clients, who participated in the discussion, verifying their satisfaction with the method and understanding of the subject, at the dialogical moment, in which a primer was used and the socioconstructivist pedagogy recommended by Paulo Freire, against biopower, criticized by Michael Foucault. Data evaluation was made using Epi Info version 3.5.1 software. The study was approved by the FADIP Research Ethics Committee, Opinion No. 2,925,286.

The analysis of the first questionnaire showed that of the 378 people interviewed, 301 believe that the moment they wait for service in the waiting room is appropriate for conversation wheels to occur. In addition, 292 people chose the "depression" option to be debated at the health education opportunity. In the second stage, all participants reported that the dialogical moment was pleasant and that it contributed to self-care in health, with 47 people reporting that their doubts related to the theme were fully answered. The positive aspects pointed to the conversation wheels were: easy understanding (56); exchange of experiences (22); respect (13).

It was concluded that the conversation circles caused satisfaction of users of health services provided by the ASB, which integrated the moment of debate and enabled greater intellectual autonomy of the clientele in view of the clinical characteristics of depression, emphasizing the social control of citizens in the

actions of the health service. SUS. Moreover, the research contributed to demonstrate the teaching - service - management - community integration, from the perspective of different educational contexts and practices.

Keywords: Health Education; Community Medicine; Public policy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	10
CAPÍTULO I	15
Artigo submetido à Revista de Políticas Públicas – Periodicos UFMA	15
AUTONOMIA E AUTOCUIDADO POSSIBILITADOS PELA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: universalização da cidadania	15
CAPÍTULO II	33
Artigo publicado pela revista DIVERSITATES International Journal.....	33
A pedagogia freiriana nas práticas de educação em saúde	33
CAPÍTULO III	46
Artigo submetido à Revista de APS	46
RODA DE CONVERSA E CONTROLE SOCIAL: uma experiência em um ambulatório público	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICE A	69
Produto educacional 1 - cartilha de depressão, fruto de um Projeto de Pesquisa ligado ao PROCISA	69
APÊNDICE B	76
Produto educacional 2 – rodas de conversa, frutos de um Projeto de Pesquisa ligado ao PROCISA	76
APÊNDICE C	78
Normas para referências da Revista de Políticas Públicas / Periódicos UFMA – Diretrizes para Autores	78
Página da revista com a submissão.....	81
APÊNDICE D	82
Publicação na Revista DIVERSITATES International Journal	82
APÊNDICE E	83
Normas para referências da Revista de APS – Diretrizes para Autores.....	83
Página da revista com a submissão.....	86
APÊNDICE F	87
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	87
APÊNDICE G.....	93
Questionário da primeira fase da pesquisa.....	93
APÊNDICE H.....	95
Questionário da segunda fase da pesquisa	95

INTRODUÇÃO GERAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem um alicerce composto por pressupostos teóricos, que asseguram os direitos dos cidadãos, dentre os quais podemos listar o entendimento da didática como integrante das ações em saúde; a identificação de alguns elementos pedagógicos nas condutas em serviços de saúde; a enumeração de condições contributivas para as exposições dialógicas que possibilitem a autonomia; a compreensão da Educação Permanente em Saúde, como fator contributivo para a ponderação do planejamento dos modelos de atenção (BENEVIDES, 2001). A partir da Carta de Ottawa (WHO, 1986), sustentou-se a ideia de que a promoção da saúde deve fundamentar a elaboração de políticas públicas.

Ao examinarmos o desenvolvimento do SUS (BRASIL, 1990a), verificamos que no nosso país – no qual se percebem estigmas e significativa desigualdade social –, a ideia de promover a Universalidade, a Integralidade e a Equidade, garantindo o controle social, conforme previsto nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e nº 8142/90, é uma ação desafiadora (BRASIL, 1990b). Por isso, o Movimento da Reforma Sanitária, o Movimento Pró-Participação Popular na Constituinte e o Pacto pela Saúde, por exemplo, representam resistência ao modelo estritamente biologicista, o qual exalta o conhecimento técnico-científico, em detrimento do saber popular e do direito do indivíduo de ter acesso ao conhecimento para decidir com autonomia. (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2018).

No Brasil, a partir da Conferência de Alma-Ata – evento da Organização Mundial da Saúde (OMS) ocorrido em 1978, no Cazaquistão - as políticas de Atenção Primária à Saúde basearam-se nas principais condições de saúde presentes em um território, para que as atenções fossem dirigidas ao enfrentamento dos principais agravos existentes, na forma de promoção da saúde e prevenção de doenças (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

A presença da promoção da saúde na formulação de políticas públicas provocou múltiplas realizações no trabalho em saúde, que ocorreram, basicamente, em dois tipos: modificações nos hábitos de vida dos usuários do serviço de saúde; análise de principais etiologias do quadro epidemiológico da comunidade, voltando as ações mais para a coletividade, com suporte interdisciplinar (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

A promoção da saúde visa a educação em saúde, em somatório com fatores, como genética e ambiente, por exemplo, de forma que o indivíduo aprenda a desenvolver o autocuidado, além de alcançar a prevenção de agravos. A partir disso, como comentado por Benetti, Pedrosa e Siqueira (2011), observa-se que o trabalho em grupo realizado na atenção primária à saúde, seja através de grupos operativos ou de atividades de sala de espera, constitui um fator de promoção da saúde. Para Rodrigues *et al.* (2012), a participação em trabalho em grupo não depende apenas do usuário do SUS, mas, sim, da coleção de fatores integrantes do processo voltado para a atenção em saúde.

O número considerável de pacientes com doenças crônicas, que comparecem ao estabelecimento de saúde apenas quando necessitam renovar a receita de medicamentos de uso contínuo, comprometem sua propedêutica, já que não se informam melhor sobre sua morbidade, não obtendo participação ativa de seu cuidado (RODRIGUES, 2012).

As atividades educativas em saúde se estendem também à população que não apresenta moléstia crônica, já que abordam outros temas em saúde, como planejamento familiar e nutrição, por exemplo (VASCONCELOS, 2007).

No trabalho em equipe realizado no Ambulatório Sette de Barros (ASB), no município de Ponte Nova, Minas Gerais, percebeu-se a necessidade de uma maior sistematização da educação popular em saúde, que ocorre no momento de sala de espera.

Dessa maneira, justificam-se estudos que busquem uma melhor assistência à essa clientela adscrita, levando em conta que o usuário é o protagonista nesse processo, como sugerido por Vasconcelos (1999) e, dispondo do ensino-serviço realizado pelos acadêmicos da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP), no ASB, como a produção e aplicação de atividades de educação em saúde nas rodas de conversa, com a expectativa de que haja um número maior de usuários, comprometidos com o cuidado em saúde.

O ASB presta atendimento à população de segunda a sexta-feira, das 7 às 17 horas. Entretanto, não ocorrem ações de educação em saúde, na forma de roda de conversa – metodologia ativa de ensino-aprendizagem, em que discentes e docentes dialogam a respeito de determinado assunto e adquirem conhecimento de forma conjunta (MINAYO, 2010)-, para conscientizar a população adscrita, quanto a hábitos saudáveis e principais agravos de saúde presentes no território. Além disso, os

graduandos de medicina, que realizam atividades na unidade de saúde do bairro Triângulo percebem, nos atendimentos individuais, que a população apresenta muitas dúvidas com relação aos cuidados em saúde. Isso demanda mais programas educativos, para facilitar a promoção à saúde.

Ao mesmo tempo, estudantes de medicina da FADIP, desde o início do curso frequentam o ASB e, observam que poucas atividades de educação em saúde são realizadas. Por isso, a realização de rodas de conversa na sala de espera, pode auxiliar na formação dos médicos, dentro dos moldes propostos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014.

A partir da identificação da baixa oferta de atividades de educação em saúde na sala de espera na unidade de atenção primária, verificou-se a importância de inserção de mais momentos de tal caráter educativo, sem comprometer o atendimento individual em consultório e o tempo despendido para consulta. Além disso, a presença dos discentes de medicina, em tal serviço de saúde, possibilita a prática que os mesmos desenvolvem em relação ao SUS, à impressão a respeito de um novo modelo de atenção, à atenção básica e ao Programa de Saúde da Família (PSF). Se, uma das funções da Atenção Primária à Saúde (APS) compreende a educação em saúde, o que não está sendo realizado de maneira plena, essa lacuna poderá surtir efeitos negativos para formação dos futuros médicos (GOMES, 2005).

Além disso, considerando que um dos elementos que colabora para o exercício da cidadania é a indagação dos cidadãos através da aplicação do questionário, que é fator considerável na pesquisa científica, principalmente nas ciências da Educação, Sociologia, Saúde Pública e da Administração (GIL, 2002), estabelecemos como primazia do presente trabalho, a produção de rodas de conversa, na sala de espera, com tema elencado pelos pacientes. Assim, realizou-se uma pesquisa de opinião com os usuários do serviço de saúde - ASB.

A proposta desta pesquisa consiste na integração das seguintes políticas públicas: o Programa de Saúde da Família – criado em 1994, como parte da política pública de saúde –, e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) de 2013, além das políticas de participação e controle social (conselhos, conferências de saúde) e iniciativas de participação popular, por meio da pesquisa opinativa para ações de saúde.

Para a efetivação do objeto deste trabalho, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, número do parecer 2.925.286, o estudo foi dividido em duas etapas,

ambas realizadas no ASB, na cidade de Ponte Nova, Minas Gerais e, contou com a participação de discentes de graduação em Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, que realizam atividades práticas no serviço de saúde referido. Na primeira etapa, realizada em outubro e novembro/2018, aplicou-se um questionário para 378 pacientes, investigando se estes tinham interesse em participar de uma roda de conversa, enquanto esperavam por uma consulta e qual seria a temática em saúde que gostariam de debater. Na segunda etapa, após escolha do assunto pelos entrevistados, realizou-se as rodas de conversa, tempo médio de 15 minutos, em março e abril/2019, com posterior aplicação de um segundo questionário aos 60 clientes do ASB, que participaram do debate, averiguando a satisfação destes quanto à metodologia e à compreensão do assunto abordado, na oportunidade dialógica, na qual foi utilizada uma cartilha e a pedagogia socioconstrutivista recomendada por Paulo Freire. Os dados foram avaliados utilizando o software Epi Info versão 3.5.1.

A participação dos discentes na pesquisa, se justifica pelo fato de que a grade curricular dos referidos estudantes vem sendo direcionada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em Medicina de 2014, as quais ditam parâmetros para orientação pedagógica e, sendo assim, contribuem para a expansão da docência em tal curso da área de saúde (BRASIL, 2014).

A literatura científica, bem como as DCNs de 2014, apresentaram a importância do contato de discentes de Medicina com a comunidade, como sugerido por Batista (2015), que comenta que o corpo docente da faculdade de Medicina deve empregar, ao lecionar, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como o ensino de maneira multiprofissional e interdisciplinar.

Como no ensino-serviço, há possibilidade de maior interação de profissionais de diferentes áreas, é nos cenários de prática, em contato com equipes multiprofissionais e usuários do sistema, que docentes e discentes encontram alicerce para a construção de saberes (SIMON; JEZINE; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2016), uma vez que a interdisciplinaridade está em constante ação, pois é a maneira de buscar conhecimento através de diferentes possibilidades (TEÓFILO; SANTOS; BADUY, 2016).

A integração ensino-serviço permite que o acadêmico de Medicina conviva nos diferentes serviços de saúde, desde os primeiros períodos da faculdade e, ao refletirmos sobre a presença do discente na Atenção Básica, percebemos,

prontamente, que o mesmo realiza atividades de promoção da saúde (VASCONCELOS, 2007).

O currículo de graduação médica ao valorizar a modalidade de ensino-serviço, possibilita a contextualização do aprendizado, que se faz necessária, no momento atual, para ciências da saúde, objetivando uma maior chance de aprendizagem significativa, gerando motivação (SANTOS, 2001).

Dessa forma, estabeleceu-se como projeto social prioritário desta pesquisa: (i) investigar se há e quais são os interesses dos usuários do ASB a respeito de temas relacionados à saúde; (ii) realizar rodas de conversa na sala de espera do ASB a partir dos principais temas elencados pelos usuários; (iii) verificar quais foram as percepções dos usuários do serviço de saúde citado sobre a roda de conversa; (iv) verificar se após a participação nos momentos educativos na sala de espera, os clientes do ambulatório público, julgam ter maior autonomia e compreensão de autocuidado promovida a partir de discussão de temas elencados pelos próprios usuários; e, por fim, (v) possibilitar ao acadêmico de Medicina da FADIP relacionar-se com o processo saúde-doença da comunidade do território de abrangência do ASB e tomar decisões, que contribuem para promoção da saúde.

Em síntese, o objeto desta pesquisa é a integração de políticas públicas voltadas para os direitos dos cidadãos, com relação ao seu autocuidado. Por isso, além desta introdução geral e das considerações finais, esta dissertação encontra-se dividida em três (3) capítulos, formatados em artigos: o Capítulo I buscou analisar a contribuição da educação popular em saúde para a autonomia e autocuidado dos cidadãos em relação à saúde; o Capítulo II corresponde a um estudo da educação em saúde realizada na sala de espera, a partir da utilização da metodologia de ensino freiriana; o Capítulo III apresenta os resultados da integração do Programa de Saúde da Família com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no ASB.

CAPÍTULO I

Artigo submetido à Revista de Políticas Públicas – Periodicos UFMA

Márcia Farsura de Oliveira¹

Pollyanna Álvaro Ferreira Spósito²

¹ Médica. Mestranda em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente na Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP).

² Doutora em Ciências Farmacêuticas e Mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP. Professora da Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Ciências da Saúde e do Ambiente (PROCISA) e da Graduação nos cursos de Farmácia e Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga.

AUTONOMIA E AUTOCUIDADO POSSIBILITADOS PELA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: universalização da cidadania*

Resumo

O presente artigo realiza uma análise das influências da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde de 2013 (PNEPS-SUS), na autonomia, autocuidado e exercício da cidadania dos usuários do SUS, ao ser executada na atenção primária por profissionais e graduandos de Medicina, no contexto atual de reforma regressiva e antidemocrática do Estado no Brasil. Para tanto, a abordagem foi dividida em dois momentos. No primeiro, há uma análise conceitual de controle social, capitalismo e formulação de políticas públicas. No segundo, há uma explanação da percepção de Michel Foucault sobre biopolítica e biopoder, com ênfase na educação em saúde e formulação, execução, controle e análise de políticas integradoras do SUS. Os resultados demonstram que a PNEPS-SUS pode contribuir para emancipação do cliente, com repercussões positivas na saúde pública.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Democracia, Educação em Saúde, Participação da Comunidade.

AUTONOMY AND SELF-CARE MADE POSSIBLE BY POPULAR EDUCATION IN HEALTH: universalization of citizenship

Abstract

This article analyzes the influence of the National Policy on Popular Education in Health within the scope of the Unified Health System of 2013 (PNEPS-SUS), in the autonomy, self-care and citizenship exercise of SUS users, when performed in primary care by professionals and medical graduates, in the current context of regressive and undemocratic state reform in Brazil. To do so, the approach was divided into two moments. In the first, there is a conceptual analysis of social control, capitalism, and the formulation of public policies. In the second, there is an explanation of Michel Foucault's perception of biopolitics and biopower, with emphasis on health education and the formulation, execution, control and analysis of SUS integrating policies. The results demonstrate that PNEPS-SUS can contribute to the emancipation of the client, with positive repercussions on public health.

Keywords: Primary Health Care, Democracy, Health Education, Community Participation.

* Artigo submetido à Revista de Políticas Públicas – Periodicos UFMA (APÊNDICE C)

1 INTRODUÇÃO

A cidadania é a situação que garante ao indivíduo, como constituinte do Estado, desfrutar de direitos que lhe permite envolver em circunstâncias da vida política, como eleitor ou candidato a um cargo político-eletivo, ou seja, permite à pessoa agir democraticamente nas decisões de políticas públicas (CARDOSO JR.; GONZALEZ, 2007).

Paugan (1999), ao fazer uma correlação entre cidadania, pobreza e desigualdade social, comenta que a pobreza, que corresponde à ausência das condições básicas para garantir a subsistência, infere a manutenção ou provável aumento das desigualdades, transparecendo uma situação antagônica de prosperidade e de miséria, com profusa inconstância de classes sociais, como pode ser identificado por disparidade da diferença de acesso a recursos materiais e imateriais entre seres humanos de sexualidades, gêneros ou etnias diferentes, o que demonstra que a pobreza é diretamente proporcional à desigualdade social.

Na promulgação da Constituição de 1988 no Brasil, o Estado reconheceu a saúde como um direito de cidadania, fundamentando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de reduzir a desigualdade de acesso às ações voltadas ao bem estar biopsicossocial das pessoas (PIRES, 1998).

O SUS consiste em uma política pública, onde se integram outras políticas, como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde de 2013, a qual é composta por estruturas didáticas que auxiliam na construção do direito à saúde e que ocorre com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, através de processos formais e informais que reconhecem e respeitam os conhecimentos obtidos pelas pessoas em situações práticas (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

Após a PEC 241/55 (EC 95) de 2016, conforme apontado por Amaral (2017), o governo e o parlamento aprovou uma incoerente reforma regressiva e antidemocrática do Estado, que determinou cortes de gastos na política de saúde, com redução expressiva de investimentos no SUS, levando a uma demasiada precarização da qualidade dos recursos disponibilizados aos mais pobres e trabalhadores, já que em sua maioria, precisam recorrer aos serviços públicos.

Considerando que há uma necessidade iminente de maior controle social sobre as políticas públicas, o presente trabalho intenciona fazer uma análise, a partir de revisão sistemática da literatura, das influências que a educação popular em saúde (EPS) realizada na atenção primária, promovida por graduandos em Medicina e médicos já formados, pode provocar na autonomia, autocuidado e cidadania dos brasileiros, no contexto social atual do nosso país.

2 O CONTROLE SOCIAL E O CAPITALISMO

Observando não apenas a população brasileira, mas fazendo uma avaliação em caráter mundial, a participação do povo nas tomadas de decisão das políticas é relativamente recente (RUA, 2009). Ao longo da história da humanidade, o crescimento econômico elevado, com ampliação dos direitos, possibilitou estabelecer a relação entre democracia e capitalismo, que atualmente permanece como consenso para a sociologia política crítica (PAUGAN, 1999). Dessa forma, a ideia hipotética seria que a democracia liberal-representativa e o capitalismo entrariam em oposição de forma permanente (RUA, 2009). Em um determinado momento, esse choque só teria fim a partir de decisões que objetivam a vida em comum, tais como a disputa partidária entre partidos políticos e o Estado social keynesiano (CARDOSO JR.; GONZALEZ, 2007). Após o sistema ter ficado instável, por volta de 1980, foi possível reconhecer os erros dos fundamentos intermediadores e, por isso, o direito passou a ser o apoio da conjectura predominante (RAICHELIS, 2000). A partir de então, o modelo passou a universalizar o que ocorreu em situações pontuais do capitalismo e da democracia liberal-representativa, das corporações que assinaram o acordo de classes ocorrido entre as décadas de 40 e 70 do século XX (RUA, 2009).

Esse crescimento da economia beneficiou mais os países ocidentais, em detrimento dos orientais, além do fato de ter possibilitado a fragmentação da oferta de produtos e mão-de-obra entre os do mercado dominante (de trabalhadores brancos) e um de oposição (de trabalhadores negros ou imigrantes) e a relação do trabalho de mulheres a preços baixíssimos e obtenção de lucro (PAUGAN, 1999). Entretanto, algumas intervenções compostas por conjunto de ações governamentais voltadas a impedir, sobrepujar, ou minimizar, os efeitos do ciclo econômico, e anticrises do poder público na economia acreditou-se que a democracia liberal-representativa e o capitalismo poderiam ser exercidos simultaneamente (CARDOSO JR.; GONZALEZ, 2007).

Atualmente, esse cenário não tem surtido efeitos positivos, conforme comentado por Aron (2005), uma vez que se propagam no Brasil as políticas mantenedoras e ampliadoras de desigualdade social. No momento, há muito liberalismo e democracia no mundo. É a “democracia conforme o mercado” (LEITE JÚNIOR, 2009) que se apresenta e tem como manifestações a transformação em mercadorias dos lugares estatais e de direito dos cidadãos. Para Rua (2009), as obras de Marx trazem relatos sobre a questão do Estado e a democracia e demonstram que a formulação de ideias foram de convencimento público na época em que o capitalismo sob o qual o Estado tinha o monopólio surgiu. Isso ocorreu, porque o motivo norteador para Marx não se refere a acumulação maior de bens por umas pessoas em relação às outras, conforme comentado por Aron (2005). Para o autor, o cerne essencial da questão é que como no Estado capitalista a propriedade privada é um direito inviolável, umas pessoas - os capitalistas - são proprietárias dos meios de produção (fábricas, empresas, latifúndios) e acumulam o lucro em decorrência do trabalho de outros seres humanos, que por não possuírem a propriedade destes meios de produção, vendem seu tempo e esforço de trabalho para quem os têm. É assim que a propriedade privada traça os limites entre os seres humanos e permite o surgimento de classes sociais, que vão lutar entre si (KARNIKOWSKI, 2006). Por isso, diante do contexto contemporâneo descrito, essa hipótese marxista do Estado e da democracia torna-se atual (RUA, 2009).

Dentro de uma condição de república democrática, o Estado brasileiro possui como encargos os direitos básicos individuais, sociais, políticos e jurídicos que são previstos na Constituição Federal (CF), sem que haja sobreposição do interesse privado ao interesse da coletividade, devendo ser sempre movido por embasamento ético e na repartição e estabilidade de forças entre os poderes (RAICHELIS, 2000). Consiste em dever da gestão, o empenho para a efetivação dos propósitos, sustentados pelo artigo 3.º da CF de 1988: i. estruturar uma sociedade livre, justa e solidária; ii. garantir o desenvolvimento nacional; iii. erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; iv. promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, etnia, sexo, gênero, idade e demais condições discriminatórias (PIRES, 1998).

Para que os preceitos constitucionais sejam atendidos de forma satisfatória, há uma demanda de controle social, o qual é compreendido como a atuação do cidadão no processo de planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas, ou

seja, na gestão pública, consistindo em uma ferramenta que pode prevenir a adulteração das ações destinadas à comunidade e de incremento do exercício dos direitos e deveres civis, políticos e sociais estabelecidos na constituição (RAICHELIS, 2000). Em nosso país republicano, o cuidado voltado ao estabelecimento de uma participação mais ativa na gestão pública deve ser ainda mais incentivado e favorecido, devido às dimensões territoriais e à quantidade de municípios que o forma (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009).

A Lei n.º 8.142/90, desenlace da reivindicação pela participação popular nos serviços de saúde, representa uma conquista significativa para os cidadãos brasileiros, uma vez que devido ao desconhecimento das necessidades reais da sociedade, os gestores públicos, muitas vezes, acabavam por investir mal os recursos financeiros da União (GONÇALVES et al., 2008). Não estavam atentos às carências da comunidade, dificultando o acesso à saúde (BUSS, 1999). Como consequência do marco legislativo referido acima, os Conselhos – preparados para elaborar, supervisionar e julgar as políticas de saúde, com 50% de participação dos usuários dos serviços, 25% de representantes das instituições administrativas do SUS e prestadores de serviços na área de saúde, 25% de representantes dos trabalhadores da saúde - e as Conferências de Saúde – reuniões que ocorrem a cada 4 anos, com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação epidemiológica e dos serviços do SUS e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo poder executivo ou, excepcionalmente, pelo Conselho de Saúde - passaram a ser elaborados, configurando áreas de debates oportunos ao controle social do SUS (PARENTE; CHAGAS; DIAS, 2009). Mas, com o intuito de alcançar esse propósito, de maneira estruturada e realista, é preciso saber mais a respeito do SUS (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

3 ENTENDENDO A HISTÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

No período da Colônia e do Império a saúde pública não era uma preocupação. O acesso a serviços médicos e medicamentos só era possível pagando, sendo assim, a grande maioria da população recorria plantas e ervas medicinais, curandeiros, boticários e entidades filantrópicas, como as Santas Casas de misericórdia, para restabelecer a condição de saúde (POLIGNANO, 2001).

A situação de saúde no Brasil teve grande influência da história da saúde do trabalhador brasileiro, conforme comentado por Cecílio (2007) e, a partir da década

de 1920, com a Lei Eloy Chaves (1923), os funcionários de empresas com mais de 50 empregados começaram a depositar parte do seu salário (3%) em fundos tripartites – empregados, empresas e Governo -, conhecidos como Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), administradas por um colegiado de empregados e empregadores (FLEURY, 1997). No entanto, esse fundo de reserva financeira excluía muitos segmentos da população, além de não ser suficiente para a construção de serviços de saúde (SANTOS, 2007).

Na década seguinte (1930), ocorreram muitas mudanças, tais como a crise dos anos 1930 e a revolução de Getúlio Vargas, o que repercutiu em aumento do centralismo estatal, levando à manutenção das CAPs, com unificação das mesmas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram gerenciados pelo Estado. Isso, repercutiu com centralização, burocracia e ineficiência da política previdenciária brasileira, uma vez que houve redução da participação popular da classe trabalhadora (CECÍLIO, 2007).

Durante os anos 1940 e 1950, a assistência médica aos trabalhadores formais era prestada pelas CAPs e IAPs aos trabalhadores formais, com grande atuação de instituições filantrópicas as demais parcelas da população os indígenas, trabalhadores informais, rurais etc. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). O Estado, que administrava a estrutura previdenciária, e os trabalhadores travaram uma disputa pelo controle gerencial dos fundos destinados às ações de saúde (SANTOS, 2007).

O regime militar de 1964 e o Governo autoritário que se instituiu criaram condições propícias para alterar o sistema de previdência social e de assistência médica, conforme comentado por Levcovitz, Lima e Machado (2001). De acordo com os autores, em 1967, foi feita a reforma previdenciária, unificando cinco dos seis IAPs em um único órgão – o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), centralizando mais o sistema, de forma a eliminar, definitivamente, possível controle dos institutos por parte da classe dos assalariados. O INPS passou a ser o responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, que contribuíam com 8% de seus salários, adicionados dos 8% da folha de salários das empresas (POLIGNANO, 2001).

De acordo com Fleury (1997), em 1961, a previdência social, que envolvia apenas os trabalhadores urbanos, passa a incluir os empregados rurais, com o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), que enviava recursos específicos para o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

O INPS acabou tendo falência de recursos, devido à má administração e, para tentar enfrentar a situação que se instalou, em 1977, o Estado promoveu a manutenção do INPS, que começou a controlar os benefícios, além de criar o INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social, que tornou-se responsável pela assistência médica previdenciária (POLIGNANO, 2001). Entretanto, da mesma forma que o INPS, devido ao favorecimento do setor privado, o INAMPS também faliu (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Diante de tudo isso, médicos, estudantes e demais profissionais de saúde, resolveram propor uma reforma, a chamada reforma sanitária (SANTOS, 2007).

Na década de 1970, a Reforma Sanitária Brasileira teve grande participação popular e de movimentos sindicais, contando com amplo apoio político, objetivando, conforme comentado por Santos (2007) as seguintes respostas: universalizar o direito à saúde; integrar as ações curativas e preventivas; descentralização administrativa; promover a participação e o controle social.

Seguindo-se à reforma sanitária, em 1988, a nova Constituição Brasileira, com base na seguridade social e apresentando os objetivos: i. Universalidade da cobertura e do atendimento; ii. Uniformidade e equivalência dos benefícios; iii. Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; iv. Irredutibilidade do valor dos benefícios; v. Equidade na forma de participação no custeio; vi. Diversidade da base de financiamento; vii. Caráter democrático e descentralizador da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Estado nos órgãos colegiados, cria o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAVO, 2006). Trata-se de uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Por isso, o SUS não deve ser considerado um sucessor do INAMPS ou do SUDS, mas um novo sistema de saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 e outras Leis que o mantém atualizado com os novos problemas que surgem, tendo como objetivos as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (POLIGNANO, 2001).

Dentre os problemas e soluções para implantação do SUS, podemos citar (SANTOS, 2007): i. Termina com o acesso restrito, já que todos os cidadãos brasileiros têm acesso à saúde pública – Universalidade; ii. Ênfase na cura, com todos os municípios sendo tratados da mesma maneira, independente dos seus problemas, sendo que a cura e a prevenção têm que estar juntas – Integralidade; iii. Objetivo de

que regiões diferentes do país sejam tratadas de forma diferente, de maneira que se “dê mais a quem precisa de mais” – Equidade; iv. Inicialmente, os serviços de saúde que devem ser procurados são os postos de saúde de atenção primária à saúde – Hierarquização; v. O povo tem direito de participar das ações do SUS – Participação social.

O controle social possui algumas barreiras devido às dificuldades políticas, sociais e regulamentadas da gestão pública, que se evidenciam ainda pela sua diversidade cultural e distintas ideias e concepções dos funcionários dos cargos públicos (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009). Assim, é benéfico que haja investimentos em educação em saúde, sendo orientada por princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde, de acordo com determinações pactuadas na carta de Ottawa (1986), que diante das questões que se apresentam na saúde pública implementou: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) de 2004 como promulgação de metodologias pedagógicas em distintos cenários do SUS, momentos de qualificações, cursos teóricos ou práticos e reciclagens e, dentro dela a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde de 2007; e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde de 2013 (PNEPS-SUS), que assume que as pessoas apresentam construções de conhecimento a partir das experiências vivenciadas, no contato com outros seres humanos, e ocorre a disseminação de saberes em momentos de debates, conversas (GONÇALVES et al., 2008), com consequente valorização do cuidado em saúde (BUSS, 1999).

4 OS PROCESSOS EDUCATIVOS NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE NO SUS

A educação permanente para o controle social no SUS requer que seja adquirido maior entendimento, a partir do levantamento de insumos necessários ao planejamento das ações, com monitoramento e avaliação das políticas que se entrelaçam no SUS, no aspecto técnico-normativo e econômico-jurídico. Do ponto de vista conceitual, a Educação Permanente corresponde à diligência didática direcionada às modificações nas práticas e processos de trabalho (GONÇALVES et al., 2008), que intenciona o treinamento embasado pela bioética e integralidade da pessoa, com valorização da vida humana, não apenas treinando ou transferindo conhecimentos e habilidades, mas transformando as práticas de trabalho a partir de

sua ressignificação, atualização, reconstrução e reorientação (PARENTE; CHAGAS; DIAS, 2009).

As ações das esferas de governo destinadas à saúde e à educação estão intrinsecamente relacionadas entre si e ao contexto histórico e social da nação, na qual ocorrem (RUIZ-MORENO et al., 2005). Assim, pode ser afirmado que a educação e a saúde devem ocorrer em conjunto na atenção integral aos sujeitos, para que ocorra uma melhor adesão à terapêutica proposta, com consequente aprimoramento do autocuidado, contribuindo para a promoção da saúde (OLIVEIRA; COTTA, 2018).

A educação popular em saúde (EPS) corresponde a um dos principais fundamentos dos serviços de saúde, especialmente, da atenção primária (APS) - porta de entrada dos atendimentos no SUS, onde 85% dos casos precisam ser resolvidos-, já que reflete uma tentativa de possibilidade de comunicação dialógica com a clientela adscrita, de forma que seja dada preferência por metodologias de abordagem pedagógicas que tenham o aprendiz como foco, tais como a humanista – que valoriza as características do conjunto de qualidades que define a individualidade daquele ao qual se dispõem a ensinar algo-, a cognitivista – que pesquisa a trilha percorrida pela cognição (raciocínio), durante a construção do conhecimento- e a sociocultural – metodologia desenvolvida por Vygotsky (1897-1934), fundamentado por seus orientandos e pelo materialismo dialético de Karl Max, que considera o aprendizado centrado no cenário político, econômico, social e cultural, onde a atividade de educação se estabelece-, de maneira que seja garantida uma divisão de compreensões, e não a transferência de informações unilateral, de forma essencialmente expositiva (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Assim, pode ser afirmado que a atuação do médico na educação em saúde, deve distanciar-se da mercantilização da saúde, ou seja, evitar a repetição característica do capitalismo nas ações em saúde, que é demonstrada por Loyola:

(...) Imbuído de uma ideologia que tem por função mascarar as relações de classe que ela encobre, o médico atua no sentido de preservar o monopólio de seu saber e autoridade indiscutida que a sociedade lhe outorga para dispor da doença, até mesmo do corpo e das sensações de seu cliente. E sua atitude é tão mais autoritária quanto mais baixa é a classe social do doente que, pela distância sócio-linguística e dos hábitos mentais que o separa do médico, encontra-se incapacitado de contra argumentar com ele, isto é, de impor seu próprio discurso ao discurso 'forte' e definitivo do médico (LOYOLA, 1984 *apud* STOTZ; DAVID, WONG UNM, 2005, p.4).

É importante entender a intencionalidade presente no processo de construção da prática educativa, uma vez que ao debatermos a participação social na perspectiva

de relações de poder e autonomia, volta-se à preocupação “biopolítica” de Michel Foucault com as condições de formação, ainda que parcial, decorrendo de situação momentânea e provisória, de sujeitos não sujeitados, a partir das relações de poder em interação no processo participativo (REIS, C.; GUARESCHI, 2010).

5 A AUTONOMIA E A PRÁTICA EDUCATIVA PARA FOUCAULT

A relação de poder estabelecida entre médico e paciente, em situações de doença, para Michael Foucault (1979-1999) - filósofo que denuncia em suas obras a onipotência médica e a mercantilização da saúde - cria uma condição de transformação do cliente em uma espécie de pupilo do profissional de saúde, enquanto estiver sob seus cuidados, possibilitando que a pessoa que procura um serviço de saúde para um atendimento, seja privada da sua autonomia, ou seja, sua capacidade de entender, refletir e decidir sobre si mesma, diante da “verdade absoluta” imposta pelo médico, o que favorece o insucesso do tratamento (FOUCAULT, 2002). Isso, porque os pacientes, além de terem uma condição literal de sujeitos pacientes no processo de cuidado, enxergarão sua condição autônoma e humana desrespeitada, contrariando uma construção de conhecimento bem fundamentada, o que demonstra o caráter sócio-cultural e corporativo presente na educação em saúde (FOUCAULT, 2010).

Geralmente, o médico que acredita que o conhecimento científico deve ser reconhecido como o único conhecimento verdadeiro, voltando-se para a filosofia organicista - que afirma ser o universo um organismo vivo e, de acordo com a qual, a vida não tem origem na força que movimenta os órgãos, mas parte dos próprios órgãos - e que afirma a superioridade da ciência sobre todas as outras formas de compreensão humana da realidade (religião, filosofia metafísica etc.), por ser a única capaz de apresentar benefícios práticos e alcançar autêntico rigor cognitivo – cientificismo – compactua com a mercantilização da saúde, com uma medicalização de todas as áreas da vida, para todas as queixas do paciente, sem considerar a partir do diagnóstico obtido após uma boa anamnese e exame físico, o aconselhamento, contribuindo para sustentar os sistemas financeiros mundiais (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A resistência a essa forma de mercantilizar a saúde é a resposta por buscas de tratamentos fundamentados por religiões/espiritualidades, uma vez que nestas instituições sociais, as pessoas encontram o acolhimento com práticas discursivas

que se transferem aos hábitos e condução de vida, a aplicação prática de instrumentos, métodos e técnicas que visam a resolução de problemas. Com base nisso, nos livros “Em defesa da sociedade: curso no Collège de France” (2002) e História da sexualidade I: a vontade de saber” (2010), Foucault considera que a educação na prática cotidiana pode promover a alteração no estado de um sistema na dimensão da vida humana. Trata-se do autocontrole e autocuidado adquirido pelo ser humano, que distancia-se do biopoder – poder existente nas relações entre os homens -, favorecendo o controle, o qual impulsiona o desenvolvimento da cidadania (MELO, 2013).

6 A EPS E O CONTROLE SOCIAL NO SUS

A educação e a saúde contribuem para o bem-estar biopsicossocial das pessoas. Mas a forma de abordagem da educação popular em saúde pode promover a mudança ou não de comportamento pela pessoa que está participando da dinâmica de aprendizado promovida pelo serviço de saúde (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

A educação em saúde cidadã é aquela que se assume como centro de direitos e de deveres, referentes ao processo saúde-doença, pessoas e meio-ambiente. Não pode ser uma educação cidadã em si e para si. É o método educativo que gera o saber, a partir da liberdade, que é baseada na democracia (FREIRE, 1987).

De acordo com Vasconcelos e Cruz (2013), ao realizar a EPS, que pode ser em forma de rodas de conversa, o profissional médico e o acadêmico de Medicina, a partir de gestos e palavras, contribuem para a transformação da vida de indivíduos, o que pode ser expandido para a sociedade, valorizando o caráter de maior envolvimento com a comunidade e compreensão das vivências e desafios sociais.

Da mesma forma, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS, 2007) considera relevante a participação dos cidadãos na implementação, supervisão e avaliação do SUS, o que seria facilitado pela EPS (BRASIL, 2009).

Considerando que o SUS é uma escola para todos atores sociais, onde ocorrem as atividades práticas da graduação em Medicina, é possível perceber que quando os médicos atuam profissionalmente e os usuários do serviço de saúde procuram por algum atendimento, as diferentes realidades e expectativas são aproximadas, facilitando a identificação das principais necessidades da comunidades,

para as quais será direcionada a atenção, a partir da execução ou formulação de uma política pública que se integra na política de saúde, tentando solucionar os “nós críticos” a partir de propostas para intervenção (CALADO, 2008).

Uma vez que o diagnóstico situacional foi estabelecido, no planejamento estratégico situacional (PES), na fase de formulação das ações do Estado, que agem por meio de delegação e afetam a vida de todos os cidadãos, de acordo com o chileno Carlos Matus (1989), é preciso que se diferencie plano de planejamento. Este último contém o plano, que corresponde a um item passageiro, ou seja, compreende uma ferramenta para divulgação do desenho das ações propostas, portanto é ininterrupto, devendo ser apresentado no início do projeto e tem aproveitamento no acompanhamento da efetuação das atividades (RUA, 2009).

Existe um triângulo, que deve apresentar os pontos de forma harmônica, formado pelos seguintes itens: O projeto de governo, desenvolvido pela equipe, que se propõe a executá-lo; a governabilidade, que corresponde aos fatores controlados ou não pela equipe, indispensáveis para efetuar sua proposta; a capacidade de governo, que se refere à bagagem prática que a equipe tem para iniciar seu propósito (MATUS, 1989).

Para se entender a roda de conversa como política pública, é interessante iniciar com os significados dessas palavras, contextualizando-os com seus desdobramentos nas áreas da educação e saúde.

O conceito de política, que é o benefício partilhado de acordo com Gonçalves et al. (2008), combina muito bem com educação popular em saúde, que nasce como um processo educativo condutor a um saber voltado ao autocuidado e à autonomia, considerando higidez física e mental. A educação deve, portanto, ser orientada para o exercício dos direitos e deveres civis considerando seu senso de pensar em si mesmos como membros de uma coletividade na qual símbolos expressam valores, medos e aspirações, além de voltar-se para a responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2011).

A educação popular em saúde é a difusão do conhecimento, que busca a conversa, imaginando a compreensão de todo arcabouço de experiências e discernimentos das outras pessoas, sem verticalização e contribui para meditação que toma o comum como político que gerencia a equidade e a integralidade na saúde (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001). Além disso, uma condição que também precisa

ser considerada no planejamento são os problemas, que não são do mesmo tipo para diferentes atores sociais (GONÇALVES et al., 2008).

Após a formulação da agenda governamental – temáticas centrais para a ação do Estado por um período de tempo definido - e execução de um serviço estatal, parece-nos certo que, ao compreender a educação e a saúde como itens que se aproximam da construção integral do indivíduo, torna-se fundamental que esta possa favorecer a expansão da capacidade de decisão e para a extensão das habilidades próprias e sociais, repercutidas em ações e exercícios benéficos à vida e à conquista de qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade, o que vai ser percebido, principalmente pelos dados epidemiológicos (BRASIL, 2002).

De acordo com Rua (2009) o controle de uma ação pública é um método constante, necessitando gerar dados de conhecimento com agilidade, porque embasa as condutas que serão tomadas com as políticas, programas e projetos. Já a avaliação é uma análise mais aprofundada, que disponibiliza dados cuja compreensão não é tão fácil e não é necessariamente utilizada na tomada de decisões (GONÇALVES et al., 2008).

Dessa forma, a partir das opiniões obtidas junto aos usuários do SUS que participam das rodas de conversa, é possível estruturar uma ação educativa em saúde, que garanta o acesso, a integralidade em saúde, a coordenação do cuidado e longitudinalidade, que constituem os princípios básicos da APS (GUSSO; LOPES, 2012).

7 CONCLUSÃO

A EPS favorece a ampliação dos discernimentos dos usuários do serviço de saúde público, em especial da APS, além de contribuir para a autonomia e o autocuidado, que são condições essenciais à adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida e, ao empoderamento dos cidadãos sobre o SUS e as demais políticas que nele se integram.

Ademais, a comunidade e as condições biopsicossociais e teológicas dos usuários dos serviços e de seus familiares, a partir das rodas de conversa, com compartilhamento de diferentes histórias de vida e experiências vivenciadas, favorecem o levantamento do diagnóstico situacional, para subsequente formulação de estratégias para o enfrentamento dos “nós críticos” detectados.

Deste modo, considera-se que a EPS desvela uma metodologia de abordagem individual, familiar e comunitária, que de acordo com a didática utilizada, é capaz de promover mudanças quanto ao combate à desigualdade social e mercantilização da saúde. Isso, porque o biopoder como descrito por Foucault tem relação direta com a dominância exercida pelo detentor do conhecimento. Por isso, a autoridade ou soberania extrema, quase ilimitada do discurso médico deve ser desestimulada na EPS, e em contrapartida, as práticas pedagógicas devem ser compatíveis com a valorização da cultura, das experiências e dos saberes construídos pelos diferentes atores profissionais – pacientes, médicos, graduandos de Medicina, demais profissionais de saúde e equipe interdisciplinar de apoio -, objetivando a integralidade da pessoa, sempre com valorização da vida humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARAL, N.C. **Com a PEC 241/55 (EC 95) haverá prioridade para cumprir as metas do PNE (2014-2024)?** Revista Brasileira de Educação. v. 22 n. 71, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v22n71/1809-449X-rbedu-s1413-24782017227145.pdf>> Acesso em: 09 jun. 2019.

ARON, Raymond. **O marxismo de Marx**. Trad. Jorge Bastos. São Paulo: Arx, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p.48.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Projeto de promoção da saúde**. Ministério da educação. Secretaria de educação a distância. Tv escola. O projeto saúde na escola: texto de apoio. Brasília: MS/MEC, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil. In: Mota, Ana Elizabete et.al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BUSS, P. M. **Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.

CALADO, A.J.F. **Educação popular como processo humanizador:** quais protagonistas? In: LINS, L.T.; OLIVEIRA, V.L.B. organizadores. Educação popular e movimentos sociais: aspectos multidimensionais na construção do saber. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2008.

CARDOSO JR., J. C.; GONZALEZ, R. **Dilemas e alternativas ao financiamento das políticas públicas de trabalho e renda no Brasil.** Brasília: Texto para Discussão nº 1313, Ipea, 2007.

CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.101- 114.

CECÍLIO, L. et al. **O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS:** características e desafios. RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde, v.1, p. 200-207, 2007. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M; RODRIGUES, J. F. C. **Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania:** a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 419-438, jan./jun. 2009.

FLEURY, Sonia. **A questão democrática na saúde.** In: FLEURY, Sonia. (org) Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p 26-42.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France, ano 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

GONÇALVES, M. C. et al. **Educação permanente em saúde**: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família. Belém: UFPA, 2008.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KARNIKOWSKI, R. **O Estado, o Poder e o Direito em Poulantzas**. 2006. Disponível em: <<http://www.leitequente.com/index.php?pgID=5184>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

LEITE JÚNIOR, A. **Brasil**: a trajetória de um país forte. São Paulo: Trevisan, 2009.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. **Política de saúde nos anos 90**: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, p.269-293, 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141323200100020000&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2019.

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D. **Educação permanente em saúde segundo os profissionais da Gestão de Recife**, Pernambuco. Trab Educ Saúde 2014; 12(2):425-441.

LOYOLA, M.A. Medicina popular. In: GUIMARÃES, R.(Org.) Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. 4. Ed. Rio de Janeiro; Graal, 1984 *apud* STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L.; WONG UNM, J.A. **Educação Popular e Saúde** – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Revista APS*, v.8 n.1: p. 49-60, 2005.

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe (Org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MELO, L.P. **Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil**. Saúde e Sociedade. São Paulo, V.22, n. 4, p.1216-1225, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000400022&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 12 mai. 2019.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. **A construção do campo da saúde do trabalhador**: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública. 1997; 13(Supl 2):21-32. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>> Acesso em: 15 jun. 2019.

OLIVEIRA, M.F.; COTTA, L.G.S. **A pedagogia freiriana nas práticas de educação em saúde.** *Diversitates Int J* 10(1): 46-58, 2018. Disponível em: <<http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/244/137>>

Acesso em: 15 jun. 2019.

PARENTE, J. R. F; CHAGAS, M. I. O; DIAS, M. S. A. (Org.). **Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde. Produção:** nucleo.com - Núcleo de Comunicação e Arte da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia IDETSF, 2009.

PAUGAN, Serge. Abordagem sociológica da exclusão. In: VÉRAS, M. P. B.; SPOSATI, A.; KOWARICK, L. (Ed.). **O debate com Serge Paugan.** Por uma sociologia da exclusão social. São Paulo: EDUC, 1999, p. 50-62.

PIRES, D.O.O. **O Processo de trabalho em Saúde – uma breve caracterização histórica.** In: Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo, CUT, 1998, p. 81-102.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no brasil:** uma pequena revisão. 2001. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf> . Acesso em: 20 jun. 2019.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e os conselhos de assistência social:** caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 2000.

REIS, C.; GUARESCHI, N.M.F. **Encontros e desencontros entre Psicologia e Política:** formando, deformando e transformando profissionais de saúde. *Psicol Ciênc Prof*, 2010; 30(4): 854-67.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2009

RUIZ-MORENO et al. **Jornal Vivo:** relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. *Interface*, v. 9, n.16, p. 195-204, 2005.

SANTOS, N. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2019.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. **Educação popular na formação universitária:** reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2013.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.** Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG/Nescon UFMG, 2009.

CAPÍTULO II

Artigo publicado pela revista DIVERSITATES International Journal

A pedagogia freiriana nas práticas de educação em saúde **

Freire's pedagogy in health education practices

Márcia Farsura de Oliveira¹

Luiz Gustavo Santos Cota²

¹ Médica. Mestranda em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente na Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP).

² Historiador. Doutor em História Social. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (PROCISA-FADIP). Professor Adjunto da Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Barbacena (UEMG).

Autora principal: Márcia Farsura de Oliveira

Endereço: Rua Doutor Luiz Lasagna, 88, Apartamento 201, Nossa Senhora Auxiliadora, Ponte Nova, Minas Gerais. CEP: 35430-221. mmfarsura@yahoo.com.br

** Artigo publicado pela revista DIVERSITATES International Journal (APÊNDICE D)

RESUMO

O presente trabalho apresenta a análise do modelo de educação em saúde a partir palestras realizadas na sala de espera da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Sette de Barros I, na cidade de Ponte Nova, Minas Gerais, pelos acadêmicos de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP). O método de ensino utilizado tem por base a prática educativa sugerida por Paulo Freire e o conceito educação popular em saúde, sendo que os resultados mostram uma ideia inspiradora, que colabora com a promoção da saúde, uma vez que os sujeitos cognoscentes têm a chance de tomar consciência de si e de identificar a aquisição de habilidades na procura de uma condição saudável nos aspectos coletivos, físicos e mentais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Educação Popular em Saúde; Saúde da Família; Pedagogia.

ABSTRACT

The present study presents the analysis of the health education model implemented through lectures held in the waiting room of the Sette de Barros I Family Health Strategy (ESF), in the city of Ponte Nova, Minas Gerais, by the medical students of the College Dinâmica do Vale do Piranga. The teaching method used is based on the educational practice suggested by Paulo Freire and the concept of popular education in health, and the results show an inspiring idea that collaborates with the promotion of health, since the cognoscent subjects have the chance of to become aware of themselves and to identify the acquisition of abilities in search of a healthy condition in the collective, physical and mental aspects.

Keywords: Primary Health Care; Health Education; Popular Health Education; Family Health; Teaching.

A educação em saúde

De acordo com o Glossário Temático da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde¹, a educação em saúde pode ser entendida como:

1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.

A educação em saúde pode ser pensada, portanto, como instrumento para alicerçar o princípio da integralidade, no campo da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de permitir a garantia da participação popular nas políticas públicas de saúde e englobar conhecimentos de prevenção, promoção e terapêutica². Não obstante, a partir da educação em saúde pode-se potencializar o controle social destas políticas públicas buscando-se o pleno atendimento às demandas da população¹.

Ao longo de 29 anos, entre 1978 e 2007, ocorreram conferências sobre promoção à saúde no mundo e foi perceptível a importância dada ao conceito de que saúde não seria apenas ausência de doença. Diversas políticas foram criadas no Brasil, ao longo desses anos, voltadas à saúde da população. O SUS criado em 1988, apresenta como um dos seus princípios constitucionais a integralidade, que inclui ações de promoção da saúde³.

A família e o seu território são encarados como o centro do planejamento do setor primário de atenção à saúde (SPAS), que tem como características principais a integralidade, continuidade e prestação serviços que sejam eficazes no processo saúde-doença⁴.

Além disso, o Ministério da Saúde (MS) tem proposto intervenções, que objetivam promoção, prevenção e assistência à saúde da população, visando um acolhimento apto a uma promoção à saúde humanizada⁵.

O conceito de promoção da saúde consiste em políticas, planos e programas de saúde pública. Para Pereira et al⁶, a promoção da saúde, que contempla realização de educação em saúde, requer que o indivíduo tenha ao seu alcance o necessário

para desenvolver autonomia sobre sua própria vida, em termos de autocuidado com relação à saúde.

Como lembrado por Falkenberg et al⁷, a educação em saúde envolve necessariamente três atores:

os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

No entanto, a plena interação entre os mencionados atores ainda se impõe como desafio, especialmente por conta do fato de a educação em saúde ainda ser relegada a “um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão”⁷. Tal situação faz com se faça necessária e urgente a expansão de iniciativas que busquem a construção de práticas de educação em saúde que de fato possibilitem a materialização de seus princípios, eliminando as distâncias entre retórica e prática.

Educação popular em saúde: respeito aos saberes do paciente a partir da perspectiva freiriana

Para Paulo Freire, consiste em dever do educador, comportar-se respeitosamente diante dos conhecimentos prévios dos aprendizes, dando prioridade durante os diálogos, à ética e à aplicação prática do que se está propondo nos conteúdos ministrados⁸. Ao ensinar não deve existir recusa do conhecimento antigo, apenas por uma questão cronológica, pois se ainda for proveitoso, tal saber é contemporâneo⁸.

Na perspectiva da educação popular em saúde busca-se justamente a sensibilização da rede de cuidados no que tange ao reconhecimento dos conhecimentos e culturas populares locais, possibilitando maior acolhimento das pessoas, em suas singularidades, a partir do respeito às diversidades humanas e culturais no serviço em saúde¹, em sintonia, portanto, com a pedagogia freiriana.

É preciso, dessa maneira, estar consciente que na educação popular em saúde, o processo de aprendizagem acontece de forma distinta de uma pessoa para outra, como considerado por Gonçalves et al⁹, devendo sobressair sempre o fato de ser pela descoberta a aquisição de conhecimentos, com consequente progresso do sujeito¹⁰.

Assim, educação popular em saúde, no sentido de uma educação cidadã, também se assume como um centro de direitos e de deveres, referentes ao processo saúde-doença, pessoas e meio-ambiente. Não pode ser uma educação cidadã em si e para si. É o método educativo que gera o saber, a partir da liberdade, que é baseada na democracia¹¹.

O chamado Movimento de Educação Popular em Saúde, construído sob as bases da perspectiva freiriana, congregou nas últimas quatro décadas diferentes iniciativas e organizações dedicadas à reflexão, produção de conhecimentos e militância em torno do fortalecimento dos movimentos sociais e populares em busca de um equilíbrio entre os saberes médicos e os conhecimentos cotidianos, tais como: Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, a Rede de Educação Popular e Saúde, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde e a Rede de Estudos sobre Espiritualidade no Trabalho em Saúde e na Educação Popular⁷.

Para Falkenberg et al⁷, a educação popular em saúde se diferencia da concepção hegemônica presente educação em saúde na medida em que

Organiza a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares. Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes "populares", e na análise crítica da realidade.

Como lembram ainda os mesmos autores, da mesma maneira como ocorre em relação à educação em saúde, a educação popular em saúde enfrenta imensos desafios para sua plena materialização, ou seja, a construção de práticas integrais que se voltem às reais necessidades da população, considerando a participação popular nas tomadas de decisão, respeitando-se seu próprio conhecimento da realidade.

A Pedagogia da Autonomia e a práxis do profissional de saúde

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990) discursa em seu art. 3º, que fatores como a habitação, a higienização, a subsistência, a educação, entre outras condições influenciam o estado de saúde-doença¹².

Há uma área comum a todas as especialidades, independente das profissões e ocupações no SUS, como demonstrado por Campos¹³, onde se fixam as práticas educativas. Estas devem permitir as trocas de experiências entre os pacientes, entre os profissionais e entre os membros da equipe e a clientela, no dia-a-dia da prática do serviço, tanto na atenção individual, quanto na coletiva, como no caso da sala de espera. Dessa maneira, obtém-se o planejamento conjunto de ações que alterem positivamente a área adscrita, considerando os aspectos cultural, econômico e social.

É necessário pensar pedagogicamente ao planejar uma ação em saúde, levando em consideração as pessoas, e não apenas dados de produção e indicadores de saúde, já que segundo Carvalho et al¹⁴, a finalidade da transposição da barreira que sempre existiu entre ciência e o modo de pensar da maioria das pessoas está no fato de não existir um professor definido, mas parte do pressuposto que todos têm algo a ensinar. Isto é, um caminho construído com relação íntima entre a ESF e os moradores do território de atuação.

A partir da proposta apresentada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), intitulada Educación Permanente de Personal de Salud, como demonstrado por Haddad et al¹⁵, o ensino-serviço foi incluído na formação de profissionais da saúde. A partir daí, tornaram-se comuns as práticas de Educação Popular em Saúde (EPS).

Para Merhy¹⁶, a EPS exige do profissional questionar-se honestamente, a respeito da produção de atenção em saúde, tanto nas consultas individuais, quanto nos grupos (sala de espera e grupos operativos). Por isso, faz-se necessário uma nova pedagogia que compreenda a estruturação de um sujeito convicto e compromissado ético-sócio-historicamente com a vida e sua relação com o processo saúde-doença. Na mesma constatação, Freire⁸ comenta que a integridade, o bom senso, o comprometimento, a coerência, a humildade, a tolerância são qualidades de um bom educador.

O Ministério da Saúde¹⁷ definiu que nas áreas de saúde e de educação, têm que existir profissionais que sejam aprendizes permanentes, conscientes da sua responsabilidade com docência e discência. Freire⁸ considera que estes dois últimos ocorrem concomitantemente.

A prática pedagógica inspirada pelas teorias behavioristas (Skinner, Gagné, Bloon e Mager), que gera inspiração baseada na gratificação, foi durante um tempo considerável utilizada nos serviços de saúde, como a participação em um grupo

operativo sendo condição para se obter uma receita de medicamentos de uso contínuo. Para Luckesi¹⁸, essa é a pedagogia por condicionamento. Por outro lado, Freire⁸ demonstra que a pedagogia da autonomia deve ser focada em práticas estimuladoras da decisão e comprometimento. O filósofo faz uma crítica às atividades que não colocam os humanos como principais, discutindo ainda a respeito da interferência da globalização, que vem contribuindo para o aumento da desigualdade social, levando à falta de ética e solidariedade de alguns, devido à preocupação com o lucro.

Outra forma de ensinar utilizada nas práticas de educação foi a pedagogia nova, na qual, de acordo com Gadotti¹⁹, a forma de ensino iniciada a partir de Rousseau, tem o ponto de vista de adquirir conhecimento realizando aprendizado ativo, como aprender fazendo. Tal método de ensino, ratifica as desigualdades, como proposto por Saviani²⁰, ao referir-se a esse tipo de educação nova como mecanismo de reparação da delinquência. Em contrapartida, Freire⁸ protesta em relação à redução dos cidadãos mais carentes quanto à determinação de enquadrá-los em situações ditas como inevitavelmente permanentes pela porção mais abastada da sociedade, com o objetivo de obter alienação, resignação e conformismo, apontando que o docente possui um notório poder na mudança social. Além disso, a pedagogia freiriana traça justificativas favoráveis à construção de uma sociedade menos discrepante e mais humana.

No método de ensino que tem o aluno como centro das expectativas, o modelo construtivista-interacionista, sociointeracionista, histórico-social, que apresenta como base a Teoria Psicogenética de Jean Piaget (1896-1980), o aprendiz constrói o conhecimento ao longo de toda a vida, como relatado por Pichon-Rivière²¹ e deve apresentar estímulo para trilhar os ensinamentos de forma significativa. Na obra “Pedagogia da autonomia”, Paulo Freire⁸ demonstra que a docência também está relacionada com aspectos econômico-sociais e culturais, sendo que, portanto, se faz necessária uma boa compreensão do educador a fim de obter produtos favoráveis na incumbência da saúde humana. Devendo refrear-se de todas as formas de discriminação, atentando-se para o ator principal nesse processo, que é a clientela, representada no caso do presente trabalho, pelos moradores da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sette de Barros I.

As rodas de conversa na sala de espera como proposta de educação popular em saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como um ambiente favorável à realização da educação em saúde, uma vez que as tarefas desenvolvidas no setor SPAS englobam vigilância e promoção da saúde²². Além disso, a ESF se baseia no cuidado longitudinal, ou seja, ao longo da vida do paciente, já que atende desde a criança até o idoso, efetivando a conexão progressiva entre a população e os serviços de saúde⁴.

A Unidade Básica de Saúde da Família Sette de Barros, cenário de desenvolvimento da experiência de educação aqui apresentada, teve sua fundação no ano de 2007, no bairro Triângulo Velho, em Ponte Nova, Minas Gerais, e engloba duas equipes de saúde da família, a ESF Sette de Barros I e a ESF Sette de Barros II, sendo a primeira, composta por seis microáreas.

Observando-se o cotidiano de trabalho e vivência no âmbito da ESF, percebeu-se a necessidade de uma maior sistematização da educação popular em saúde, identificando-se o momento de sala de espera como o mais propício para o desenvolvimento de atividades. No caso, observou-se que o tempo em que as pessoas aguardam por atendimento poderia ser o espaço para com elas construir um espaço de diálogo no qual poderiam apresentar suas próprias impressões sobre sua realidade e demandas, podendo também colher informações por parte dos profissionais de saúde.

Tendo em mente, que os pacientes adscritos à área de abrangência da ESF são atores sociais, acredita-se que o momento de sala de espera, a partir de atividades de diálogo com os profissionais de saúde, como rodas de conversa, pode propiciar a construção coletiva da identificação e resolução de problemas, levando-se em conta os conhecimentos singulares da população que se somarão àqueles dos profissionais. Não obstante, tal caminho propiciaria ainda o aumento da participação popular nas atividades de construção e controle das políticas públicas executadas no âmbito da ESF.

Outrossim, a escolha pelo desenvolvimento de rodas de conversa se deu no sentido de oportunizar a construção de um diálogo horizontalizado e democrático que permita a manifestação dos conhecimentos e entendimentos de todas as pessoas, o

que, geralmente não ocorre outras práticas como palestras, uma vez que, neste caso o profissional de saúde se coloca como único agente portador de conhecimento.

Sampaio et al²³ destacam as rodas de conversas como “uma estratégia política libertadora, que favorece a emancipação humana, política e social de coletivos historicamente excluídos”. Não obstante, as rodas de conversa possibilitam a construção, a troca e ressignificação de saberes, além de horizontalizar relações de poder a partir da dissolução da ideia de um mestre único no centro do conhecimento (profissionais de saúde).

Portanto, ao se realizar a educação popular em saúde, em um momento de tempo disponível em que se aguarda por uma consulta médica ou com outro profissional de saúde, permite-se uma proveitosa oportunidade de troca de experiências entre os clientes e entre esses últimos e a equipe de saúde²⁴.

Nesta direção, pensou-se na atuação dos graduandos em medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP), uma vez que, em suas atividades de prática na UBSF Sette de Barros, já realizam ações junto aos grupos de sala de espera com objetivo de estimularem o compromisso das pessoas da área de abrangência com o autocuidado e a compreensão de formas de prevenção.

Tais ações se coadunam a ideia freiriana²⁵ de que a difusão de conhecimento em relação a algo consiste em propor meios para que o aprendiz consiga percorrer a trilha necessária para se alcançar a sapiência referente a tal assunto, de forma democrática e coletivamente erigida.

Além disso, deve-se considerar que o participante da sala de espera não é apenas um receptor de informações, mas também emite dados de crucial importância para os organizadores e, que contribuirão de maneira significativa para os futuros médicos, uma vez que ensinar possibilita aprender⁸.

As atividades de promoção em saúde desenvolvidas, na forma de rodas de conversa, devem examinar ou analisar de forma prática os fundamentos e razões de alguma coisa, para que os pacientes participantes do momento educativo possam ter interesse na investigação, na experiência, através da crítica reflexiva, desconsiderando preconceitos⁸.

Para Ruiz-Moreno et al²⁵, as situações de saúde interferem na educação e vice-versa, garantindo uma introdução dos conceitos estudados nos âmbitos políticos, econômicos, sociais e culturais da vida do indivíduo, por exemplo. Já Freire⁸ comenta

que a construção de conhecimentos ocorre a partir de um questionamento, que se segue com a compreensão, culminando com aquisição de saber.

Por isso, para as atividades de sala de espera da ESF Sette de Barros ocorrem a partir da indagação tanto em relação à temática que será abordada, no diálogo, quanto aos conhecimentos e experiências prévias que os interlocutores apresentam, referentes ao assunto discutido, que, ao interagirem com o discernimento dos profissionais de saúde, representados aqui pelos estudantes de medicina, produzem a conscientização em saúde²⁶.

Nesta direção, reafirmamos, mais uma vez, a importância central da perspectiva de Paulo Freire e sua contribuição para a prática da educação popular em saúde, que compreendem um poderoso instrumento empregado na prática de políticas públicas brasileiras, já que valoriza a educação democrática⁸. O sentido da nossa vida, da nossa existência, passa necessariamente pela vida dos outros. O amor, nesta existência, corresponde a um dos valores “transcendentais imanentes”²⁷ que se faz conhecer integralmente o sentimento da vida que nos leva a felicidade.

Considerações finais

O primeiro passo na educação popular em saúde é deixar o papel incauto de achar que as ações em saúde não têm autoridade para transformar ou acentuar uma realidade, porque assim como discutido por Franco et al²⁹, a ESF tem como função, através do vínculo, exercer influência positiva sobre a população adscrita.

Voltando à nossa proposta de um projeto pedagógico a ser aplicado nas atividades de sala de espera, pelos acadêmicos de medicina, reafirmamos como dito por Freire⁸ que “a necessária promoção da ingenuidade à criticidade não pode ou não deve ser feita à distância de uma rigorosa formação ética ao lado sempre da estética. Decência e boniteza de mãos dadas”.

Dessa forma, pretende-se educar a população, os profissionais de saúde e futuros médicos, demonstrando que a promoção da saúde requer planejamento de forma didática, com comprometimento de mudar para melhor, de contribuir para a conscientização de um mundo mais favorável, em que todos os setores sociais sejam contemplados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Vasconcelos M, Grilo MJC, Soares SM. Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. In: Caderno de Estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, MG: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2009.
3. Gadelha P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. Cad. Saúde Pública. 2015. 31(10):2047-2072.
4. McWhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. São Paulo: Artmed, 2010.
5. Granjeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2008; 42(1): 105-111.
6. Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. O mundo da saúde. 2000, 24 (1):39-44.
7. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 2014, 19(3):847-852.
8. Freire P. Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
9. Gonçalves MC et al. Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família [Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso]. Belém (PA): UFPA, 2008.

10. Bordenave J. D. Alguns fatores pedagógicos. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
11. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
12. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.
13. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.
14. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EM, Vasconcelos EM (Org.). O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.101-114.
15. Haddad JQ, Roschke MA, Davini MC (Ed.). Educación Permanente de Personal de Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1994; 247p.
16. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface. 2005; 9(16):172-174.
17. Ministério da Saúde. Projeto Multiplica SUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
18. Luckesi CC. Filosofia da Educação. São Paulo: Cortez Editora, 1994.
19. Gadotti M. Pedagogia da Terra. São Paulo: Peirópolis, 2001.

20. Saviani D. *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política*. 39. ed. Campinas: Autores Associados, 2007.
21. Pichon-Rivière E, Quiroga AP, Gandolfo C, Lazzarini M. Grupo operativo y modelo dramático. Congreso Internacional de Psicodrama y en el Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, 1969.
22. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2007; 16(1):319-325.
23. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface*. 2014; 18 Supl 2:1299-1312.
24. Verissimo DS, Valle ERM. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. *Psicologia Argumenta*. 2006; 24(45): 45-57.
25. Ruiz-Moreno et al. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. *Interface*. 2005; 9(16):195-204.
26. Vasconcelos ME. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 4.^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
27. Mafesolli M. *O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva*. Tradução: Aluizio Ramos Trinta. São Paulo: Brasiliense, 1988.
28. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(2): 237-250.

CAPÍTULO III

Artigo submetido à Revista de APS

RODA DE CONVERSA E CONTROLE SOCIAL: uma experiência em um
ambulatório público***

WHEEL OF CONVERSATION AND SOCIAL CONTROL: an experience in a public
outpatient clinic

Márcia Farsura de Oliveira¹

Pollyanna Álvaro Ferreira Spósito²

¹ Médica. Mestranda em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente na Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP).

² Doutora em Ciências Farmacêuticas e Mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP. Professora da Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Ciências da Saúde e do Ambiente (PROCISA) e da Graduação nos cursos de Farmácia e Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga.

Resumo:

Este trabalho intenciona analisar o resultado da integração do Programa de Saúde da Família e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, com participação popular da clientela adscrita, através da realização de rodas de conversa, com contribuição dos discentes de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga. Foi realizado entre os meses de setembro de 2018 e abril de 2019 no Ambulatório Sette de Barros (ASB), em Ponte Nova, MG. Dos 378 entrevistados na primeira etapa, a maioria tem ensino médio, frequentam o serviço até 2 vezes por ano, aguardam em média 30 minutos para atendimento e demonstraram interesse em participar de momentos educativos, enquanto aguardam por consulta. O tema eleito para discussão foi depressão e, a partir do tema elaborou-se uma cartilha, utilizada como guia durante o momento dialógico, que durou 15 minutos, com participação de 60 usuários do ASB. Os entrevistados consideram o momento dialógico de fácil entendimento, esclareceram suas dúvidas e sentiram-se confortáveis. Conclui-se que a integração de políticas públicas, promovida no presente

*** Artigo submetido à Revista de APS (APÊNDICE E)

estudo a partir das rodas de conversa com tema eleito pela clientela promoveu satisfação dos usuários, contribuindo para melhoria da autonomia e do autocuidado.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Medicina Comunitária; Política Pública.

Abstract:

This paper intends to analyze the result of the integration of the Family Health Program and the National Policy of Popular Education in Health within the Unified Health System, with popular participation of the registered clientele, through the realization of conversation circles, with the contribution of the students of Medicine of the Dynamic College of Piranga Valley. It was held between September 2018 and April 2019 at the Sette de Barros Ambulatory (ASB) in Ponte Nova, MG. Of the 378 respondents in the first stage, most have high school, attend the service up to 2 times a year, wait on average 30 minutes for care and showed interest in participating in educational moments, while waiting for consultation. The theme chosen for discussion was depression and, from the theme, a booklet was elaborated, used as a guide during the dialogical moment, which lasted 15 minutes, with the participation of 60 ASB users. The interviewees considered the dialogical moment easy to understand, clarified their doubts and felt comfortable. It is concluded that the integration of public policies, promoted in the present study from the conversation wheels with theme chosen by the clientele, promoted users satisfaction, contributing to the improvement of autonomy and self-care.

Key words: Health Education; Community Medicine; Public Policy.

1. INTRODUÇÃO

A política pública de saúde brasileira é um campo no qual se integram outras políticas públicas, as quais devem apresentar na formação da agenda – pauta, temário - fatores que possibilitem que os direitos dos cidadãos sejam garantidos, de forma justa e com equidade, como a Educação Permanente em Saúde, que permite a tomada de decisões na atenção em saúde, com conduta terapêutica estabelecida de forma conjunta com o paciente, a partir de autonomia intelectual possibilitada a este¹.

A formulação de políticas públicas, baseadas na promoção da saúde e prevenção de agravos, causou algumas modificações no processo de trabalho em saúde, com enfoque na bioética, valorização do trabalho em equipe - interdisciplinar

e multiprofissional -, e desenvolvimento de habilidades de comunicação para uma boa formação da relação médico-paciente².

No Brasil, o direito à saúde é garantido por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que deverá ser universal, integral e gratuito.

Em atendimento à necessidade de formação de recursos humanos para o SUS, foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina de 2014 (DCNs), que trazem orientações pedagógicas, além de habilidades e competências a serem adquiridas pelo graduando de tal curso da área da saúde³. Essas diretrizes foram publicadas após a lei de criação do Programa Mais Médicos – Lei nº 12.871 de 2013 -, cujo foco principal consiste na formação médica voltada para o SUS, para que as desigualdades de acesso à saúde, sejam reduzidas ou inexistentes, no território brasileiro, e os principais preceitos das DCNs de 2014 valorizam a ideia de que o ensino-serviço ocorra desde o início do curso, existindo contato do discente com a comunidade para identificação dos agravos mais prevalentes na comunidade e priorização de ações para as necessidades de saúde².

Ademais, pesquisas científicas defendem a relevância da interação dos graduandos de Medicina com os usuários dos serviços de saúde, além do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como a realização de atividades acadêmicas em cenários práticos, que devem envolver, por exemplo acompanhamento de atendimentos médicos e educação popular em saúde⁴.

1.1 A Política Nacional de Educação Popular em Saúde

A ideia de que apresentar entendimento teórico, referente a um determinado assunto, não implica, obrigatoriamente, possuir um desempenho profissional de acordo com esse conhecimento, é consenso no meio pedagógico⁵.

No livro *Educação como Prática da Liberdade* de Paulo Freire⁶, há um convite a enxergar a teoria como observação atenta do que realmente existe, ou seja, que é verdadeiro, sobre o qual deve ser realizada uma análise detalhada, com uma tomada de consciência, a partir de exame da base e do princípio, como as regras ou leis primordiais que regulam a sua existência, a fim de comprovar o que os estudos prévios afirmam sobre o objeto analisado.

A proposta freiriana não é que a contemplação seja com visão de algo que só exista nas ideias, ou que esteja em equilíbrio, mas é aquela que visa a transformação,

sem que haja acomodação ou descaso com a situação que se apresenta⁷. E é de forma semelhante ao que foi proposto por Freire, que devem ser planejadas as estratégias educativas em saúde, visando a confluência de entendimentos teóricos e práticos⁸.

No SUS, a educação em saúde integra duas políticas públicas: a Educação Permanente em Saúde, que consiste no aperfeiçoamento ou capacitação dos profissionais, e a Educação Popular em Saúde, que certifica que o conjunto de conhecimentos sobre algo ou alguém são obtidos, de forma diversa e, a partir da comunicação, diálogo, trato, contato entre pessoas que convivem⁵.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde de 2012 objetiva valorizar as ações gerais realizadas pela população, quanto ao bem-estar, com soberania popular e controle social, não restringindo-se às atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, mas como parte do processo de trabalho em saúde no SUS, na abordagem individual ou em grupos⁷.

1.2 A abordagem humanista e a garantia do controle social

A metodologia de ensino que emprega a abordagem humanista é aquela com foco no aprendiz, que é o protagonista e o condutor da trilha pedagógica, onde ocorrerá atribuição de novo significado a acontecimentos através da mudança de sua visão de mundo, com consequente alteração integral de caráter e de personalidade⁹.

A abordagem humanista em grupos pode ser realizada através de rodas de conversa, compreendida como constituição de momentos mediados por uma pessoa, que normalmente é o profissional de saúde, oportunos para as trocas de conhecimentos a respeito de determinado assunto, numa relação entre iguais, ou seja, dois seres humanos com seus direitos naturais e que colaboram por perceberem vantagem nisso¹⁰.

Essa construção de conhecimentos conjunta, estabelecida entre profissionais de saúde e clientes, possibilita a maior autonomia dos sujeitos sobre as decisões quanto às terapêuticas, contribuindo assim para a integralidade da atenção, centrada no indivíduo, com sugestões democráticas, oportunizando o controle social e aumentando o compromisso com a cidadania⁵.

O comprometimento com a prática dos direitos e deveres de uma pessoa, em um Estado, consiste em uma das bases das DCNs³.

1.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de graduação em Medicina de 2014 (DCNs)

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) para permitir que as instituições de Ensino Superior tenham um currículo mais flexível, garantiu que a construção das grades curriculares de cada curso fossem modificadas pelos preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais, que apresentam como cerne, uma lista de competências e habilidades necessárias ao perfil profissional para cada área⁴.

As DCNs conservaram o estabelecimento de vínculos das atividades práticas desenvolvidas pelos graduandos em Medicina com os diagnósticos situacionais de saúde da população e do SUS, afirmando o planejamento de ensino estruturado por aptidões e conhecimentos necessários à profissão, com recurso de metodologias ativas de aprendizagem, em três principais eixos³:

- i. Atenção à Saúde;
- ii. Gestão em Saúde;
- iii. Educação em Saúde.

O eixo atenção é guiado por fundamentos de possibilidade de garantia de direito à saúde, como previsto na Lei 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), com equidade e integralidade, com atendimento humanizado e pautado pelas normas da bioética⁴. A gestão deve garantir o fortalecimento dos foros gestores de participação popular, com vigilância das premências locais e da região, quanto ao respeito à vida, às escolhas e determinações, de acordo com as realidades apresentadas pelas situações, às habilidades de comunicação e formação da relação profissional-paciente e do vínculo interprofissional, à capacidade de coordenar uma ação em saúde, ao incentivo da participação popular e do controle social³. A Educação em Saúde tem como escopo, a valorização do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, conhecimento técnico-científico aliado à humanização, favorecendo a autonomia e autocuidado do educando¹¹.

A partir dos dados abordados e contando com a participação dos discentes de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP) em serviços de atenção primária à saúde, este estudo foi suscitado a analisar o resultado da integração das

seguintes políticas públicas: Programa de Saúde da Família - criado em 1994 -, e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), além das políticas de participação e controle social (conselhos, conferências de saúde) e iniciativas de participação popular, através da realização da pesquisa de opinião quanto aos temas em saúde que a clientela adscrita no ABS, o qual contém duas estratégias de saúde da família tinham interesse em discutir em rodas de conversa e, após a realização do momento educativo incitado por acadêmicos de Medicina da FADIP, utilizando cartilha elaborada a partir do tema eleito pelos usuários, investigar a concepção que experienciaram sobre o momento dialógico educativo.

2. MÉTODOS

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, a mesma classifica-se como exploratória, descritiva, com abordagem quali-quantitativa.

Foi desenvolvida no ASB aberto à participação da comunidade da área de abrangência das Estratégias de Saúde da Família (ESF) Sette de Barros I e Sette de Barros II, na cidade de Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil.

De acordo com o DATASUS¹², os pacientes atendidos pelas ESF Sette de Barros I e II, são, aproximadamente, 5.562 pessoas.

O estudo foi realizado em duas etapas:

Na primeira, os dados foram coletados por meio de um questionário impresso, seguindo um roteiro semi-estruturado com 6 perguntas objetivas. Para estabelecer o tamanho da amostra para a aplicação do primeiro questionário realizou-se um cálculo de amostra finita, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, com estimativa de perda de 20%, por não atendimento aos questionários. Nos meses de setembro e novembro de 2018 foram aplicados 378 questionários. A eleição dos clientes adscritos às ESF que responderam ao questionário foi aleatória.

Na segunda etapa, após análise dos dados e realização das rodas de conversa, com tema eleito pelos usuários do ASB, fez-se uma nova coleta de dados, através de um questionário com 7 questões objetivas. Um universo de 60 pacientes participaram das rodas de conversa, com duração de 15 minutos, nos meses de março e abril de 2019, nas tardes de quarta-feira, dia da semana no qual acontecem as atividades

práticas dos discentes do terceiro período do curso de Medicina da FADIP no ASB.

Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos, alfabetizados, que frequentaram o serviço de atenção primária à saúde dos bairros Triângulo Novo, Triângulo Velho e São Judas, e que participaram livremente da pesquisa após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

O estudo foi realizado mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, com número de parecer 2.925.286, em atendimento à orientação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) uma vez que a pesquisa envolveu seres humanos.

Após coleta e tabulação dos dados, foi realizada a análise descritiva dos mesmos. As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas foram expressas como média e desvio padrão. O software utilizado foi o Epi Info versão 3.5.1.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os acadêmicos do curso de Medicina da FADIP frequentam os serviços de APS do Município de Ponte Nova, Minas Gerais, desde os primeiros períodos do curso e são distribuídos em número de seis estudantes para cada unidade básica de saúde da cidade. Na primeira etapa deste estudo, participaram 05 acadêmicos da quinta turma de Medicina da FADIP e, da segunda etapa, 06 graduandos, da sexta turma de Medicina.

A APS corresponde a uma soma de atividades práticas e encargos em saúde que abrangem a promoção, prevenção, investigação diagnóstica, tratamento e reabilitação desempenhados por meio de atuações de gestão, estabelecida de forma popular participativa e direcionadas aos principais problemas identificados¹³. Essa atenção em saúde deve ser direcionada por interdisciplinaridade, contando com o trabalho da equipe de saúde da família - multiprofissional -, direcionada às comunidades distribuídas em territórios de até 4500 pessoas, garantindo o cumprimento dos princípios: i. Universalidade; ii. Acessibilidade; iii. Continuidade; iv. Integralidade; v. Responsabilização; vi. Humanização; vii. Vínculo; viii. Equidade; iv. Participação social¹⁴.

O serviço de APS caracteriza-se por tecnologia de alta complexidade (muito conhecimento e abrangência de atuação das equipes, por ser multiprofissional e interdisciplinar) e baixa densidade (equipamentos de exames complementares reduzidos, com poucos ou nenhum exame complexo), na qual, deve ter capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde da população – resolatividade. Dessa forma, a equipagem humana é muito mais valiosa que o tecnológico.

O Estado tem, de acordo com a declaração de Alma-Ata de 1978, na conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, uma incumbência de reduzir a desigualdade social e de acesso à saúde, que só pode ser efetivada através de adequadas medidas sanitárias e sociais¹⁵.

Os cuidados primários de saúde são ações indispensáveis, que tomam como base, métodos e tecnologias práticas, com fundamentação em pesquisas científicas e acolhidas pela sociedade, disponíveis para o acesso universal de indivíduos e famílias dos territórios adscritos, de forma que a participação social seja garantida, para obtenção de autonomia e, conseqüentemente, autocuidado e corresponsabilização durante o tratamento.

Nessa linha de pensamento, foi elaborada a presente pesquisa, que na primeira etapa, a partir da aplicação do questionário, verificou com a clientela adscrita ao ASB, o nível de escolaridade, a frequência de comparecimento ao serviço de saúde, o tempo médio em que aguarda por um atendimento, e o contato com pessoas que apresentam problemas tais como: hipertensão arterial, diabetes, insônia, colesterol, depressão, câncer de mama e osteoporose. Questionou-se, além disso, o interesse desses pacientes em participar de roda de conversa, enquanto aguardam por um atendimento, na sala de espera do ABS e qual o tema de interesse para ser debatido durante o momento dialógico.

Os dados obtidos a partir da análise do primeiro questionário aplicado aos usuários da área de abrangência do ambulatório Sette de Barros, um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), no município de Ponte Nova, Minas Gerais estão representados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise do primeiro questionário aplicado aos usuários da área de abrangência do ambulatório Sette de Barros, no município de Ponte Nova, Minas Gerais.

Variável	Número de pessoas
Nível de escolaridade	
Curso primário	107
Admissão	4
Curso ginásial	52
Ensino fundamental	43
Ensino médio	138
Ensino superior	22
Pós-graduação	7
Não informou	5
Frequência de comparecimento ao ASB^a	
1 vez a cada 15 dias	41
1 vez ao mês	27
1 vez a cada 3 meses	53
2 vezes ao ano	193
1 vez ao ano	43
Não sabe	21
Tempo de espera por consulta, após a chegada ao ASB	
15 minutos	163
30 minutos	196
1 hora	19
Opinião quanto ao interesse em participar de roda de conversa durante o tempo de espera por consulta no ASB	
Tem interesse	301
Não tem interesse	77
Temas de interesse para discussão durante a roda de conversa^{bc}	
Câncer de mama	183

Depressão	292
Diabetes	187
Dislipidemia	256
Higienização de alimentos	87
Hipertensão arterial	261
Insônia	247
Osteoporose	149
Outros	63

Contato com indivíduos que apresentam algum(s) dos problemas listados abaixo^c

Hipertensão arterial	311
Diabetes	287
Insônia	289
Dislipidemia	65
Depressão	291
Câncer de mama	119
Osteoporose	63

Fonte: Autoria própria (2019). ^aASB: ambulatório Sette de Barros. ^bIndagação realizada apenas aos usuários que consideravam o momento de sala de espera oportuno para participar de roda de conversa. ^cOs entrevistados poderiam escolher mais de uma opção.

Do universo de entrevistados (378), na primeira coleta de dados, a maioria estudou até o ensino médio (138), o que demonstra uma diferença com o trabalho de Guibul et al. 2017¹⁶, o qual realizou uma pesquisa com usuários do serviço de atenção primária, maiores de 17 anos de idade, que frequentam 1541 unidades básicas de saúde (UBS) no Brasil, revelando que mais da metade dos entrevistados estudaram até o ensino fundamental. A informação obtida no presente estudo foi importante na elaboração da cartilha, distribuída para a clientela adscrita ao ASB durante as rodas de conversa. Entende-se que o planejamento da atividade pedagógica voltada para a saúde não pode restringir-se ao modelo biomédico – tecnicista - sobre o saber popular, pois, dessa forma, a maneira de apresentação da informação fica centrada no modelo cartesiano de descrição da doença e não valoriza as questões sociais e a integralidade do doente^{17,18}. E levando em conta ainda, que somente alterações na técnica de

ensino não são suficientes para alcançar as habilidades humanísticas recomendadas pelas DCNs de 2014, torna-se necessário enfatizar que a educação como prática libertária sugerida por Paulo Freire, utilizada nas rodas de conversa, pode servir de alicerce para o desenvolvimento de competências e ações direcionadas à preparação de um egresso médico crítico, reflexivo, que estabeleça critérios embasados por responsabilidade social e cidadania¹⁹.

Verificou-se ainda, que a maioria dos usuários (314), frequentam o serviço de atenção primária até 2 vezes por ano, o que significa que provavelmente o cliente que participou da pesquisa sobre o tema de preferência para o debate não participou da roda de conversa, por causa da frequência de vezes que vai no ASB. Por isso, foi necessário averiguar um tema representativo, para satisfazer a outros usuários do serviço de saúde, com expectativa de continuidade dos momentos educativos por demais turmas do curso de Medicina da FADIP, permitindo a mais clientes ouvirem sobre o assunto, a fim de que haja uma maior abrangência da Educação Popular em Saúde, proposta por esta pesquisa.

Quanto ao tempo em que esperam, em média, para o atendimento, 215 usuários do serviço de saúde aguardam durante 30 minutos ou mais, corroborando com o estudo de Gomide et al.²⁰, que demonstrou a longa espera por um atendimento na APS, em um estudo feito em cinco unidades de pronto-atendimento no município de Ribeirão Preto - SP, cuja intenção era avaliar o porquê do grande número de pessoas procurarem por ações de saúde no nível secundário e não no primário e, no qual foi verificado que a maioria dos clientes aguardam, no mínimo, uma hora, enquanto esperam por assistência da equipe multidisciplinar na APS. Sendo assim, o tempo programado para a realização das rodas de conversa, realizadas pelos acadêmicos da FADIP, com distribuição das cartilhas informativas, que consistiu em 15 minutos, foi um período que contemplou a participação do início ao final do momento educativo dialógico pela maioria dos participantes.

A maioria dos entrevistados – 301 usuários do serviço de saúde - demonstrou interesse em participar de momentos educativos, enquanto aguarda por uma consulta. Segundo Aristóteles, “Todo homem deseja naturalmente saber”, além disso, alguns estudos como o de Fraiz e Macedo²¹ comentam que nas salas de espera dos serviços de saúde, os clientes podem obter ambientes de acolhimento com ações de EPS, favorecendo os métodos de prevenção de doenças e de promoção da saúde, com

contentamento diante dos benefícios obtidos. Para reforçar essa ideia, vale a pena comentar o resultado de um estudo realizado pela Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, MG, em todas as clínicas de Odontopediatria do município mineiro, que demonstrou aprovação dos pais das crianças com consultas marcadas pelos serviços de saúde citados, ao serem questionados enquanto esperavam pelo atendimento, sobre a realização de momentos informativos de EPS naquele espaço²².

Com relação ao tema eleito para discussão durante a roda de conversa, 292 usuários escolheram a temática depressão, condição clínica que caracteriza-se por um quadro de sintomas intensos, em que, necessariamente, devem estar presentes anedonia e/ou humor polarizado para estado de tristeza e 4 ou mais dos seguintes critérios, por no mínimo, dois meses²³:

- i. Hiperfagia ou perda de apetite;
- ii. Insônia ou hipersonia;
- iii. Agitação ou lentificação psicomotora;
- iv. Fadiga ou perda de energia – astenia;
- v. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
- vi. Pensamentos de morte recorrentes e/ou ideação suicida e/ou tentativa de suicídio.

Quando tratados com antidepressivos e psicoterapia, 80% dos casos de depressão apresentam remissão dos sinais e sintomas do quadro clínico²⁴.

Pode-se afirmar que a preferência pela temática se justifica pelo fato de que a depressão em estágios mais avançados consiste, atualmente, no fator causal mais importante de inaptidão no mundo, abrangendo o quarto de dez lugares, na avaliação das doenças com maiores agravos de saúde e de acordo com as estimativas, chegará ao segundo lugar nos próximos vinte anos. Na Europa, em um estudo de 2008, foi verificado que o transtorno depressivo é igual a 6,2% dos problemas de saúde da região²⁵. No Brasil, em ESF, aproximadamente 5% a 10% da população adscrita apresenta depressão, o que demanda maior atenção voltada a este grupo de pacientes²⁶.

Todos os participantes conhecem pessoas, que apresentam algum dos acometimentos de saúde listados: hipertensão arterial, diabetes, insônia, colesterol, depressão, câncer de mama, osteoporose. A maioria dos entrevistados demonstrou ter contato com alguém que apresenta hipertensão arterial, seguido de depressão.

Na pesquisa, verificou-se que a hipertensão arterial foi a segunda temática escolhida para o debate nas rodas de conversa. Contudo, optou-se por falar em depressão, porque além de ter sido o tema de eleição, a maioria das pessoas tem a necessidade de conhecimento sobre uma doença mental, que ainda traz muito estigma, dúvidas, adquirindo um caráter desprezível e preconceituoso para grande parte dos usuários. Em contrapartida, a hipertensão é um tema mais debatido, por exemplo, nos grupos de hipertensos, nas campanhas, em materiais explicativos e meios midiáticos de divulgação de informação. Entretanto, é válido ressaltar que ambas condições clínicas – depressão e hipertensão – requerem o acompanhamento longitudinal – ou seja, ao longo do tempo, necessitando de acompanhamento por mais de um atendimento em saúde, com abordagem transdisciplinar na ESF²⁷.

A função da ESF é ser de caráter multiprofissional e interdisciplinar e responsável pela atenção integral à saúde da população adscrita, resgatando, por meio do atendimento humanizado, os vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população – que se dará, de forma mais eficaz, a partir da autonomia intelectual do paciente, tendo enfoque no fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias¹⁴.

Por isso, no segundo momento da pesquisa, foi elaborada a cartilha de depressão, cujo conteúdo apresentou, em sua etapa de sistematização, uma revisão da literatura, em protocolos do Ministério da Saúde, para assegurar respaldo científico, para ser distribuída nos momentos dialógicos no ASB, a qual foi escrita na forma de sete perguntas e repostas contendo informações quanto ao conceito, causas, sintomas, riscos e tratamento da depressão.

Os pontos positivos e negativos das rodas de conversa identificados pelos pacientes estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Pontos positivos e negativos das rodas de conversa realizadas no ambulatório Sette de Barros, no município de Ponte Nova, Minas Gerais.

Variável	Número de pessoas
Pontos positivos	
Trocas de experiências	22
Fácil entendimento	56
Respeito	13
Tempo muito curto	0
Não tiveram pontos positivos	0
Outros	1
Pontos negativos	
Ruídos no local	0
Muita mobilização de pessoas	34
Não gostariam de ter participado	0
Tempo muito curto	58
Não tiveram pontos negativos	2
Outros	0

Fonte: Autoria própria (2019). Os entrevistados poderiam marcar mais de uma opção.

Após a realização das rodas de conversa e a partir da aplicação do segundo questionário, verificou-se que todos os participantes da pesquisa ficaram confortáveis durante o momento dialógico e que a maioria teve a oportunidade de esclarecer suas dúvidas. Outro ponto positivo assinalado pelos pacientes foi o fácil entendimento – 56 pessoas -, o que possibilita concluir que os graduandos desenvolveram boas habilidades de comunicação, contribuindo para a formação de uma relação médico-paciente produtiva¹ e, demonstrando humanização na interação entre os acadêmicos da FADIP e a clientela participante da roda de conversa. Isso, porque a humanização da Medicina compreende uma série de fatores voltados a uma boa relação médico-paciente, com atenção direcionada à percepção social e psicológica - que é sempre exclusiva - das consequências da presença de um determinado agravo de saúde, sobre determinado ser humano²⁸.

Ademais, enquanto ocorria a roda de conversa, o ponto negativo do momento dialógico referido pela maioria foi o tempo muito curto. Confirmando assim, que os pacientes foram tratados com humanização pelos discentes com os quais dialogaram, o que para o Ministério da Saúde, desde 2003, com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), deve apresentar-se no processo de trabalho em saúde com consideração e respeito aos distintos atores envolvidos na produção de saúde, sejam pacientes, profissionais ou gestores; aperfeiçoamento da autonomia intelectual frente aos processos decisórios em saúde, tanto a nível individual, quanto coletivo; possibilitar ao usuário que apresente condições para o seu autocuidado; o controle social na formulação de políticas públicas que se integram no SUS; levantamento dos principais agravos de saúde da comunidade; defesa da universalidade do acesso no SUS; valorização do cuidado interdisciplinar e multiprofissional; valorização do acolhimento, com redução das filas de espera por ações em saúde e maior resolutividade; melhora dos ambientes de trabalho e de atendimento; permitir o contato dos centros de graduação em saúde e escolas técnicas com o cenários práticos dos serviços de saúde; integralidade da atenção²⁸. Essas características da humanização, somadas aos fatores bioéticos, se reforçam nas DCNs¹⁴.

Após análise dos resultados, observou-se que a integração das políticas públicas Programa de Saúde da família e PNEPS-SUS, além das políticas de participação e controle social e iniciativas de participação popular demonstrou que os atributos e funções essenciais da APS de foco na família e orientação comunitária, que correspondem às bases para o planejamento e a ação em saúde²⁹ do território foram alcançados com as rodas de conversa, uma vez que os usuários elegeram a temática a ser debatida e aprovaram a metodologia de abordagem do assunto. Além disso, a integração de políticas públicas, promovida no presente estudo, apresentou pontos positivos para a formação dos graduandos de Medicina da FADIP, participantes das rodas de conversa, como orientadores do diálogo e também distribuindo as cartilhas de depressão, porque conseguiram, por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, realizada no ASB, experienciar os três eixos sugeridos pela DCNs: Atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde³.

Ao serem indagados quanto ao autocuidado, todos os entrevistados responderam que a roda de conversa contribuiu para o melhor entendimento de como cuidar de sua

própria saúde, ou seja, a educação em saúde contribuiu para o autocuidado, demonstrando melhoria na qualidade dos serviços prestados⁸, embasados pela integralidade e bioética³.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCNs apoiam a orientação de formação de recursos humanos por meio de ações em cenários práticos, desde o início da graduação, que tenha como eixos norteadores a atenção, gestão e educação em saúde.

Para atender às propostas de integração ensino-serviço, na FADIP, desde os primeiros períodos do curso de Medicina, os graduandos do terceiro período, que frequentaram o cenário prático do ASB, tiveram oportunidade de participar da pesquisa descrita neste artigo, a qual consistiu na integração de políticas públicas no SUS - a Estratégia de Saúde da Família e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde –, através da realização de rodas de conversa, na sala de espera do ASB.

Após análise dos dados do questionário, foi verificado que as palestras dialogadas realizadas promoveram satisfação da clientela participante do momento educativo, com ampla margem para uma boa construção do vínculo médico-paciente, com conhecimento partilhado entre os dois sentidos da relação, possibilitando maior poder de decisão do usuário frente aos fatores causais, sintomatológicos, diagnósticos, terapêuticos e prognósticos da depressão, que foi o tema eleito por usuários do próprio serviço de saúde, valorizando a participação democrática dos cidadãos nas ações da política pública de saúde .

Portanto, a partir deste estudo, foi possível identificar que quando os usuários do SUS participam da construção dos momentos educativos e, sentem-se parte do processo, através do espaço acolhedor e, concomitantemente, crítico-reflexivo, a partir das demandas apuradas, a educação popular em saúde acontece de forma direcionada à legitimação e ao fomento de políticas públicas na saúde, além de promover a autonomia intelectual dos sujeitos, proporcionando melhoria no autocuidado.

REFERÊNCIAS:

1. Benevides IA. Viagem pelos caminhos do coração. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 169-205.
2. Pellegrini Filho A, Buss PM, Esperidião MA. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersectorial e políticas saudáveis. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book; 2014. p. 305-326.
3. Brasil. Resolução CNE/CES 3/2014 (2014). Diário Oficial da União, 2014. Brasília: Ministério da Saúde/ Ministério da Educação; 2014. Seção 1, pp. 8-11.
4. Adler MS, Gallian DMC. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. Rev. Bras. Educ. Med. [Internet]. 2014 jul./set; 38(3):388-396.
5. Bordenave JD. Alguns fatores pedagógicos. Brasília: Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/ supervisor da área da saúde – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS; 1994. 108 p.
6. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999. 192p.
7. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
8. Oliveira MF, Cota LGS. A pedagogia freiriana nas práticas de educação em saúde. Diversitates International Journal. 2018 jan./abr; 10(1):46-58.
9. Ministério da saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Oliveira LMP, Leite MTM. Concepções Pedagógicas. Módulo Pedagógico. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. São Paulo: UNA-SUS UNIFESP; 2011. 11p.

11. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
12. DATASUS CNES (Brasil). 2015. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>
13. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011.
14. Moretti-pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. Acta Paul Enferm 2009; 22(4):439-44.
15. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. 15p.
16. Guibul IA, Moraes JC, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcioli FA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN, Álvares J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Revista de saúde Pública; 2017; 17(2).
17. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev Lat Am Enferm. 2005 out;13(5):754-7.
18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. <http://www.dominionpublico.gov.br/download/textoue000039.pdf>
19. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997. 144p.
20. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface (Botucatu). 2018; 22(65):387-98.

21. Fraiz FC, Macedo LM. Utilização da sala de espera como um elemento complementar de condicionamento da criança. J Bras Odontopediatr Odontol Bebe 2001; 4(19):221-4.
22. Valadão MM. Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersectorial [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004. 154f.
23. Fontana AM. Manual de Clínica em Psiquiatria. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. 339p.
24. Del Porto JA. Depressões. In: Ramos OL, Rot-Schild HA. Atualização terapêutica. 16ª. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1993. p.949-951 e 1171-1172.
25. Apóstolo J, Ventura A, Caetano C, Costa S. Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2008. 46p.
26. Costa TS. Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015. 98f
27. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. São Paulo: Artmed; 2018. 2 vol.
28. Sweeney B. The place of the humanities in the education of a doctor. Br J Gen Pract. 1998; 48(427):998-1102.
29. Caetano G. Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Revista Organizações em Contexto 2007; 3(6):236-238.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constituição de 1988 propiciou a criação da política pública de saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta a recomendação de participação popular, como um de seus princípios, o que possibilitou a implementação dos Conselhos e Conferências de Saúde - espaços de projeção na relação participativa dos usuários com os setores político-administrativos. Além disso, a PNEPS-SUS de 2013 incentiva as práticas educativas em saúde, objetivando a autonomia e autocontrole dos pacientes, para que tenham maior poder de decisão quanto à terapêutica proposta e hábitos de vida.

As rodas de conversa consistem em um espaço propício para ações educativas voltadas ao cuidado e ao exercício da cidadania.

A estruturação do controle social, a partir de palestras dialógicas realizadas por profissionais da equipe interdisciplinar, dentro de um espaço participativo local de saúde, como na sala de espera de um ambulatório público, torna-se muito importante para a população, pois ampliará ainda mais a descentralização das decisões e a comunidade poderá acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas pela respectiva equipe de saúde da família, responsável pela resolutividade de 85% dos problemas da clientela adscrita.

Considerando a importância da atenção primária quanto à capacidade de resolver ou finalizar um processo, simplificando e agilizando procedimentos necessários ao bem-estar de usuários do serviço de saúde e, somando a isso a lei de criação do Programa Mais Médicos – Lei nº 12.871 de 2013 –, que foi promulgada a fim de diminuir as desigualdades do acesso em saúde pelos cidadãos brasileiros, que ocorrem em decorrência da carência de médicos em algumas regiões, nas Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de graduação em Medicina (DCNs) de 2014, o ensino-serviço foi enfatizado, além de ter sido salientado que a formação médica deve ser pautada pelos três principais eixos: (i) Atenção integral em saúde; (ii) Educação em saúde; (iii) Gestão em saúde. Com isso, o perfil do egresso médico deve ser voltado para garantir uma autonomia do paciente, na contramão do biopoder, criticado por Foucault.

O presente trabalho defende a educação popular em saúde, como forma do cliente alcançar a autonomia quanto às decisões terapêuticas. Para que isso

ocorresse, o estudo promoveu a integração de políticas públicas, no âmbito do SUS, com a participação dos estudantes da FADIP, cujo currículo está em conformidade com as DCNs de 2014.

Os resultados da pesquisa reforçaram a ideia de que a promoção da saúde, aqui representada pela PNEPS-SUS, consiste em uma categoria teórica e prática de políticas públicas, com planejamento de ações para o indivíduo e a coletividade, a partir de procura por qualidade de vida, autonomia e estímulo ao autocuidado, com ênfase na humanização do cuidado e na participação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, N.A. **Educação Médica no Brasil**. São Paulo: Cortez; 2015.

BENETTI, O. P.; PEDROSA, J. I. S.; SIQUEIRA, T. C. A. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. **Revista APS**, n. 1 v. 8, p. 49-60, 2011. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

BENEVIDES, I. de A. Viagem pelos caminhos do coração. In: VASCONCELOS, E. M.(Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 169-205.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de Outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a. 168 p

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Resolução CNE/CES 3/2014. 20 de junho de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, pp. 8-11. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 05 jun. 2019.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S/A, 2002.

GOMES, C. A. A escola de qualidade para todos: abrindo as camadas da cebola. **Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas Educacionais**, n. 48, v. 13, p. 281-306, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v13n48/27551.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. **Promoção da Saúde e seus fundamentos**: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. p. 305-326.

RODRIGUES, F. *et al.* O funcionamento e a adesão nos grupos de Hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 44-62, 2012. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/139/174>. Acesso em: 05 jun. 2019.

SANTOS, A. Des-construindo a didática. **Revista Universidade Rural**, série Ciências Humanas. Rio de Janeiro. v. 23, n. 01, jan-jun, 2001. Disponível em: <http://www.ufrjlepttrans.hpg.ig.com.Br/mdes.htm>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SIMON, E.; JEZINE, E.; VASCONCELOS, E. M.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Metodologias ativas no ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1355-1364, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1355.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação?** In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. pp. 287-302.

TEÓFILO, T. J. S.; SANTOS, N. L. P.; BADUY, R.S. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. **Interface**, Botucatu, v. 60, n. 21, p. 177-188, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0007>. Acesso em: 04 abr. 2019.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 53, n. 23, p. 6-19, 1999. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-13294>. Acesso em: 20 jun. 2019.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular**: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

WHO. **Carta de Ottawa**. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986. p. 11-18

APÊNDICE A

Produto educacional 1 - cartilha de depressão, fruto de um Projeto de Pesquisa
ligado ao PROCISA

Capa



Contracapa

Márcia Farsura de Oliveira

Pollyanna Álvaro Ferreira Spósito
Organização

60 exemplares
Tiragem

Ponte Nova, fevereiro de 2019

Sumário



Sumário de perguntas

O que é depressão?..... 4

Tristeza é sinônimo de depressão?..... 5

Quais são as causas da depressão?..... 6

Quais os sintomas da depressão?..... 7

Existe risco de suicídio?..... 8

Qual profissional de saúde devo procurar, se observar os sintomas?.... 9

A depressão tem cura?..... 10

Conclusão..... 11

Referência bibliográfica..... 12

Apresentação



Apresentação

Esta cartilha é uma conversa sobre questões básicas que dizem respeito à condição clínica depressão.

Conhecer os sinais e sintomas de um problema de saúde comum é questão de grande importância para todo mundo. Só assim poderemos evitar consequências desagradáveis, nos manter sadios e/ou ajudar alguém a quem amamos.

Na nossa conversa, responderemos perguntas comumente feitas em relação ao assunto depressão.

Convidamos você a fazer a leitura deste material.

Seja bem-vindo(a)!

As autoras.



Páginas de perguntas e respostas

O que é depressão?

4

A depressão é uma doença que sensibiliza o corpo e os pensamentos e expõe sintomas emocionais (ansiedade, angústia, tristeza e medo) e físicos (dores abdominais, mudanças do hábito intestinal, dor de cabeça e perda de apetite). Pode causar interferência na disposição para trabalhar, aprender, alimentar-se, dormir e apreciar ações antes prazerosas.



Depressão – PERGUNTAS E RESPOSTAS

Tristeza é sinônimo de depressão?

5

Não.

A tristeza é um sentimento que pode ocorrer com todos, da mesma forma que a alegria. Mas a pessoa depressiva é aquela que, constantemente, se mostra com tristeza.



Depressão – PERGUNTAS E RESPOSTAS

Quais são as causas da depressão?

**6**

Ainda não se conhece bem sobre as causas de depressão. Mas, os estudos demonstram que a redução de elementos que contribuem para o equilíbrio do humor no sistema nervoso central são os desencadeadores do surgimento tanto das manifestações emocionais, quanto físicas da depressão.

Depressão – PERGUNTAS E RESPOSTAS

Quais os sintomas da depressão?

7

Os sintomas da depressão podem ser físicos ou emocionais.

O principal sintoma é a perda da capacidade de sentir prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Mas tristeza, ansiedade, diminuição ou aumento do sono e alterações ou tendências suicidas são comuns.



Depressão – PERGUNTAS E RESPOSTAS

Existe risco de suicídio na depressão?

8

O risco de suicídio existe, principalmente, nas pessoas que têm depressão. Por isso, é importante estarmos atentos às pessoas a nossa volta para percebermos o sofrimento do outro, que muitas vezes, precisa de alguém com esse olhar diferenciado e que o ajude a buscar auxílio profissional.



Depressão – PERGUNTAS E RESPOSTAS

Qual profissional de saúde devo procurar, se observar os sintomas da depressão?

9

Ao constatar ou suspeitar de um evento depressivo, é preciso conversar com um médico ou outro profissional de saúde, como psicólogo, no posto de saúde mais próximo de sua casa. Eles são os profissionais mais indicados para identificarem, diagnosticarem e indicarem a terapêutica mais adequada para a depressão.



Depressão – PERGUNTAS E RESPOSTAS

A depressão tem cura?

10

Depressão – PERGUNTAS E RESPOSTAS

A intenção principal da terapêutica do quadro clínico depressivo é a melhora integral dos sinais e sintomas depressivos. E se for feito o tratamento adequado, a pessoa leva a vida normalmente. Mas, quase sempre, a depressão é uma enfermidade permanente, conforme diabetes e hipertensão, sendo necessário fazer acompanhamento médico ou psicológico ou psicoterapêutico por um período maior de tempo.



Conclusão

11

Depressão – PERGUNTAS E RESPOSTAS

Conclusão

A depressão é um problema de saúde que acomete pessoas de todas as idades, que se apresentam com tristeza, perda de interesse nas atividades habituais, com redução ou aumento de sono e, às vezes, pensamentos suicidas. Assim que identificados esses sintomas, a pessoa deve consultar-se com o médico do posto de saúde de seu bairro, para que seja feito o tratamento adequado e volte a levar uma vida normal.



Referência bibliográfica

Referência bibliográfica**12**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica*, n.34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

Depressão – PERGUNTAS E RESPOSTAS

APÊNDICE B

Produto educacional 2 – rodas de conversa, frutos de um Projeto de Pesquisa ligado ao PROCISA

As formas de comunicação e de divulgação da informação estão presentes no cotidiano, interferindo nas diferentes esferas da sociedade, política, econômica, cultural, entre outras. Na educação não poderia ser diferente, onde a estratégia metodológica denominada roda de conversa – metodologia ativa -, vem ganhando maior atenção, sendo considerada por diversos autores e especialistas do processo de ensino-aprendizagem, como uma ferramenta importante para os educadores, porque contribui no relacionamento e na interação entre professor e aluno e entre alunos e seus colegas, já que o aprendiz passa a ter voz, é estimulado a se comunicar, melhor contextualizando seu aprendizado.

O processo didático centrado nos métodos tradicionais de ensino, em geral, não valorizam o diálogo, ou seja, a pessoa que ensina é considerada detentora do saber. Já as rodas de conversa podem se constituir em um importante instrumento para que o educador apure os conhecimentos prévios dos discentes, permitindo a eles, a expressão de suas ideias, o desenvolvimento da imaginação e da curiosidade, superando a relação controladora que normalmente está presente nos processos educacionais tradicionais, além de fomentar conceitos de democracia, respeito, valores, regras, cidadania e facilitar a análise de condições inerentes da oratória. Assim, pode ser afirmado que a roda de conversa pode auxiliar o aluno a tornar-se mais crítico, participativo e equilibrado na sua relação social.

Com base nessas características apontadas, na segunda fase da presente pesquisa, foram realizadas rodas de conversa de 15 minutos em média, na sala de espera do Ambulatório Sette de Barros, onde foram distribuídas as cartilhas informativas sobre depressão (APÊNDICE A) no período de março a abril de 2019, nas tardes de quarta-feira, sendo coordenadas por acadêmicos da sexta turma do curso de bacharelado em Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, que realizam as suas atividades práticas no referido serviço de saúde.

Os resultados demonstraram que os 60 participantes das rodas de conversa realizadas gostaram do momento educativo, apontando pontos positivos como: (i) fácil entendimento (56); (ii) trocas de experiências (22); e (iii) respeito (13).

APÊNDICE C

Normas para referências da Revista de Políticas Públicas / Periódicos UFMA –

Diretrizes para Autores

A Revista de Políticas Públicas não cobra custos de processamento e nem de submissão de artigos.

Os trabalhos a serem aceitos pela RPP podem ser apresentados em forma de artigos ou ensaios contendo entre 14 e 20 páginas, excetuando a primeira página que deve comportar título, resumo e palavras-chave, no idioma do trabalho, o abstract e as keywords.

Artigos: resultantes de pesquisa teórica (bibliográfica ou documental), de pesquisa de natureza empírica e relatos de experiência. Devem debater ou fazer indicações para o aprofundamento e reflexão de questões relacionadas ao Dossiê Temático de cada número da RPP ou de outros temas atinentes ao campo das Políticas Públicas;

Ensaio: textos de caráter opinativo ou que apresentem reflexões para aprofundamento de questões afetas ao Dossiê Temático do volume correspondente da RPP ou de outros temas atinentes ao campo das Políticas Públicas.

O processo de avaliação do trabalho submetido será iniciado quando o texto encaminhado obedecer à Política de Seções e às demais recomendações do Periódico. Em situações fora dessas indicações, o trabalho será devolvido aos autores para as necessárias adequações às normas estabelecidas.

O autor que tiver publicado artigo nas edições regulares deve guardar um espaço temporal de doze meses para submeter nova publicação, exceto quando convidado pela Comissão Editorial para elaborar resenhas, editoriais ou comentários específicos.

As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000) e na resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

Todo e qualquer encaminhamento à RPP deve ser acompanhado por (1) Declaração de Responsabilidade e a (2) Transferência de Direitos Autorais – marcados pelo (a) autor (a) durante o processo de submissão

Os trabalhos, antes de submetidos à RPP, devem ser revisados considerando as normas gramaticais vigentes e as da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Para elaboração dos originais considerar as normas da ABNT: NBR6022 (2018), para preparação de artigos em publicações periódicas, NBR6023 (2018), para elaboração das referências; NBR10520 (2002) para citações em documentos; NBR6028 (2003), para apresentação dos resumos. Nos aspectos gráficos (imagens, figuras, tabelas e gráficos, considerar as orientações da NBR14724 (2011). Durante a edição, os trabalhos podem ser adaptados ao projeto e ao formato editorial do Periódico.

1 Formatação dos textos

Os trabalhos devem ser apresentados em formato A-4 e digitados em Word 2003, ou superior, ou ainda em RTF com:

- Fonte Times New Roman, corpo 12, para o texto e corpo; 10 para o resumo, abstract, citações de mais de três linhas e notas.
- Margens esquerda e superior de 3 cm; direita e inferior de 2 cm;
- Espaçamento entre linhas, 1,5 (um e meio) para o texto; citações com mais de três linhas, notas de rodapé, referências, resumo e abstract devem ser digitados em espaço simples;
- Recuo de 2 cm da margem esquerda para parágrafos e 4 cm para citações de mais de três linhas;
- A primeira página do texto deve conter TÍTULO, RESUMO E PALAVRAS-CHAVE, no idioma do trabalho, o ABSTRACT e as KEYWORDS.

O título do trabalho na versão do idioma do texto e em inglês, com no máximo, 15 palavras, deve ser redigido em corpo 14, negrito, centralizado; o subtítulo, se houver, separado do título por dois pontos (deve vir em redondo, minúsculo, sem negrito);

O resumo com, até, 900 caracteres com espaço, em terceira pessoa, deve apresentar, de forma clara, o objetivo, a metodologia, o plano e os aspectos relevantes do texto. Deve vir acompanhado de três a cinco palavras-chave que demarquem o foco do trabalho.

Os textos do resumo e do abstract devem ser ajustados a margem, sem parágrafos.

O corpo do trabalho deve conter as seguintes partes antecedidas por algarismos e ajustados à margem esquerda:

INTRODUÇÃO;

DESENVOLVIMENTO- exposição pormenorizada do tema escolhido, podendo ser organizado em seções e subseções usadas para hierarquizar e delimitar os conteúdos. As seções devem ser enunciadas por títulos digitados em maiúsculas e em negrito. No caso das subseções, se houver, os títulos devem vir digitados em minúsculas e em negrito. Os títulos das demais seções (terciárias, quaternárias etc.) deverão ser digitados utilizando outros recursos, tais como: redondo ou itálico, em corpo menor que o do texto. Deve-se deixar um espaço duplo entre os parágrafos que se seguem aos títulos das seções;

CONCLUSÃO;

REFERÊNCIAS;

NOTAS, se houver, com comentários e informações referentes ao texto;

No caso de os trabalhos conterem desenhos, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, tabelas e outros, estes devem ser inseridos no texto,

numerados em algarismos arábicos, acompanhados de título e fonte na parte superior da respectiva ilustração e abaixo a fonte. Observar os procedimentos éticos em relação a fotografias: fotos com pessoas, devem vir acompanhadas da permissão fotografados; fotos com crianças ou adolescentes, devem respeitar a legislação vigente. Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, devem-se mencionar o título, a fonte e o crédito. Cabe à RPP garantir a padronização de tabelas, gráficos e ilustrações.

Citações: Devem ser elaboradas em conformidade com o disposto na NBR 10520, da ABNT, de agosto de 2002. As citações devem vir apresentadas pelo sistema autor-data. Aquelas com até três linhas devem ficar no corpo do texto, entre aspas, em fonte igual à do texto. As com mais de três linhas, devem ficar fora do corpo do texto, em fonte 10, espaço simples, recuada para a linha do parágrafo na margem esquerda e margem direita igual à do texto. As citações devem ser indicadas pelo sobrenome do autor, seguido da data da publicação (citação indireta) e da página consultada (citação direta), de modo que, quando o nome do autor fizer parte da sentença, somente a data e a página aparecem entre parênteses. Ex.: Silva (1997, p. 32). Se o nome do autor não estiver incluído na sentença, este é mostrado no final da frase, em caixa alta, entre parênteses. Ex: (SILVA, 1997, p. 78). Quando o trabalho citado pertencer a dois ou três autores, o sobrenome dos dois é indicado separadamente, utilizando o ponto e vírgula. Ex.: (SILVA; COSTA, 1997, p. 34). Nas situações em que o trabalho tiver mais de três autores, o sobrenome do primeiro é indicado seguido da expressão et al. (Ex.: FERNANDES et al., 1998, p. 3). No caso de trabalho sem autoria, a chamada é feita pela primeira palavra do título, em maiúsculas, seguida de reticências, data e página. Ex.: (COMUNIDADE..., 1997, p. 89).

Referências, De acordo com a NBR 6023, de agosto de 2002, no sistema autor-data. Considerar apenas os documentos citados no texto. Utilizar somente o negrito como forma de destaque tipográfico. Exemplos de Referências:

- Livros (obra completa): OFFE, Claus. Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- Capítulo (volume, fragmento e outras partes de uma obra com autor próprio): TELLES, Vera. Transitando na linha de sombra, tecendo as tramas da cidade (anotações inconclusas de uma pesquisa). In: OLIVERIA, Francisco; RIZEK, Cibele Saliba (Orgs.). A era da indeterminação. São Paulo: Boitempo, 2007. P.195-220.
- Legislação: BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27834-27841.
- Periódicos – Revistas: FARIAS, F.B. Paris na era do imperialismo global: o jornal, a rua e o supermercado. Revista de Políticas Públicas, São Luís, v. 19, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015.
- Dissertação e tese: SITCOVSKY, Marcelo. Bolsa família e reprodução da força de trabalho no Brasil: implicações socioeconômicas e políticas. 2010. 222 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

- Evento (congressos,encontros...): SILVEIRA Jr., Adilson Aquino. A Assistência Social no Brasil – o estado da arte. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 12., 2010, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010, p.6-7

- Entrevista: FALEIROS, Vicente de P. A violência contra a pessoa idosa. São Luís, 2014. Revista de Políticas Públicas, São Luís, v. 19, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015. Entrevista concedida a Jacira do Nascimento Serra.

- Documento eletrônico: SANTOS, B. de S. Carta Aberta ao STF. [S. l.: s. n.], 2012.Disponível em:<<http://www.ihu.unisinos.br/noticias/508612-cartaabertaaostf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

Página da revista com a submissão



CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #11658 > **Avaliação**

#11658 Avaliação

RESUMO **AValiação** EDIÇÃO

Submissão

Autores	Márcia Farsura de Oliveira, Pollyanna Álvaro Ferreira Spósito
Título	AUTONOMIA E AUTOCUIDADO POSSIBILITADOS PELA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE
Seção	Artigos - Dóssie Temático
Editor	Francinara Brasil

Avaliação

Rodada 1

Versão para avaliação	11658-24951-1-RV.DOCX 2019-06-20
Iniciado	2019-07-23
Última alteração	2019-07-23
Arquivo enviado	Nenhum(a)

Decisão Editorial

Decisão	—
Notificar editor	Comunicação entre editor/autor Sem comentários
Versão do editor	Nenhum(a)
Versão do autor	Nenhum(a)
Transferir Versão do Autor	Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado Transferir

R. Pol. públ.
ISSN 2178-2865 (online)

OPEN JOURNAL SYSTEMS
[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO
Logado como:
mmfarsura

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

AUTOR
Submissões

- [Ativo \(1\)](#)
- [Arquivo \(1\)](#)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA
Selecione o idioma
Português (Brasil) [Submeter](#)

CONTEÚDO DA REVISTA
Pesquisa
Escopo da Busca
Todos [Pesquisar](#)

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE
A⁺ A A⁻

INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)

CAPA	SOBRE	ACESSO	CADASTRO	PESQUISA	ATUAL	ANTERIORES	##NOTÍCIAS##	##CONTATO##
------	-------	--------	----------	----------	-------	------------	--------------	-------------



DIVERSITATES International Journal

APÊNDICE E

Normas para referências da Revista de APS – Diretrizes para Autores

Os trabalhos devem obedecer à seguinte sequência de apresentação:

- a) Título em português e inglês; deve ser conciso e explicativo, representando o conteúdo do trabalho. Não deve conter abreviaturas.
- b) A identificação dos autores, filiação institucional e contato devem ser digitadas no SEER, cadastro dos autores. O manuscrito (documento original) deve ser submetido sem autoria.
- c) Resumo do trabalho em português, em que fiquem claros: a síntese dos propósitos, os métodos empregados e as principais conclusões do trabalho.
- d) Palavras-chave em português – mínimo de três (3) e máximo de cinco (5) palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL: <http://decs.bvs.br/>
- e) Abstract – versão do resumo em inglês.
- f) Keywords – palavras-chave em inglês, de acordo com DeCS.
- g) O texto do artigo propriamente dito, de acordo com a estrutura recomendada para cada tipo de artigo, citados no item 1.
- h) Figuras (gráficos, desenhos, tabelas) devem ser enviadas no corpo do texto, no local exato de inserção definido pelos autores dos autores.
- i) Referências – devem estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos” conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed> (inglês) e <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (português).

Não são aceitas notas de rodapé. Seus conteúdo devem ser inseridos no corpo do artigo.

Citações no texto – as citações de autores e textos no corpo do manuscrito devem ser numéricas, de acordo com ordem de citação, utilizando o estilo “Vancouver” ou “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos”.

Ex:

Citando autor: Vasconcelos1:

Citando texto: “A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população.”1:243 (indica-se o nº da referência : e a pagina)

Todas as referências citadas no texto, incluindo as de quadros, tabelas e gráficos, deverão fazer parte das referências apresentadas em ordem numérica no final do artigo.

Regras para entrada de autores – ver em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed&part=A32352>

A seguir são apresentados alguns exemplos de referências:

Artigo de Periódicos

Com até seis autores:

Motta MG. Programa Médico de Família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica. Rev APS. 2005 jul./dez; 8(2):118-22.

Najar AL, Peres FF. A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. Ciên Saúde Coletiva. 2007 maio/jun;12(3):675-82.

Aquino NMR, Sun SY, Oliveira EM, Martins MG, Silva JF, Mattar R. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres. Rev Saúde Pública. 2009 dez; 43(6):954-60.

Com mais de seis autores

Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, Schulman CI, Manning RJ, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. J Am Coll Surg. 2005 Jun; 200(6):869-75.

Livro

Autoria própria

Birman J. Pensamento freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994. 204p.

Oguisso T, Schmidt MJ, organizadores. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Sem autoria

Análise do desempenho hospitalar: III Trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC; 1987. 295p.

Capítulo de Livro

Vasconcelos EM. Atividades coletivas dentro do Centro de Saúde. In: Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 1997. cap.9, p.65-9.

Dissertação e Tese

Caldas CP. Memória dos velhos trabalhadores [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993. 245f.

Teixeira MTB. Sobrevida de pacientes com câncer de estômago em Campinas, SP [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. 114f.

Trabalhos de Congressos, Seminários, Simpósios, etc.

Mauad NM, Campos EM. Avaliação da implantação das ações de assistência integral à saúde da mulher no PIES/UFJF. In: 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000, Salvador. Resumos. Salvador: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2000. p.328, ref.1101.

Publicações governamentais:

Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Universidade Federal de Minas Gerais. Normas gerais de pós-graduação. Belo Horizonte: UFMG; 1997. 44p.

Documentos Jurídicos

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 maio 2006. N. 84, Sec. 1, p.17888.

Minas Gerais. (Brasil). Decreto n. 17.248 de 4 de julho de 1975. Minas Gerais, Belo Horizonte, 1975. jul. 5, p. 5.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. [Citado em: 20 maio 2007b] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>.

Artigo de Jornal

Sá F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras mas campanha de informação a turistas começa domingo. Jornal do Brasil (JB Ed.) 1999 abr. 15, Primeiro Caderno, Cidade, p.25. (col.1)

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Referência de documentos de acesso em meio eletrônico

Base de Dados

Online Archive of American Folk Medicine [Internet]. Los Angeles: Regents of the University of California. 1996 - [cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://www.folkmed.ucla.edu/>.

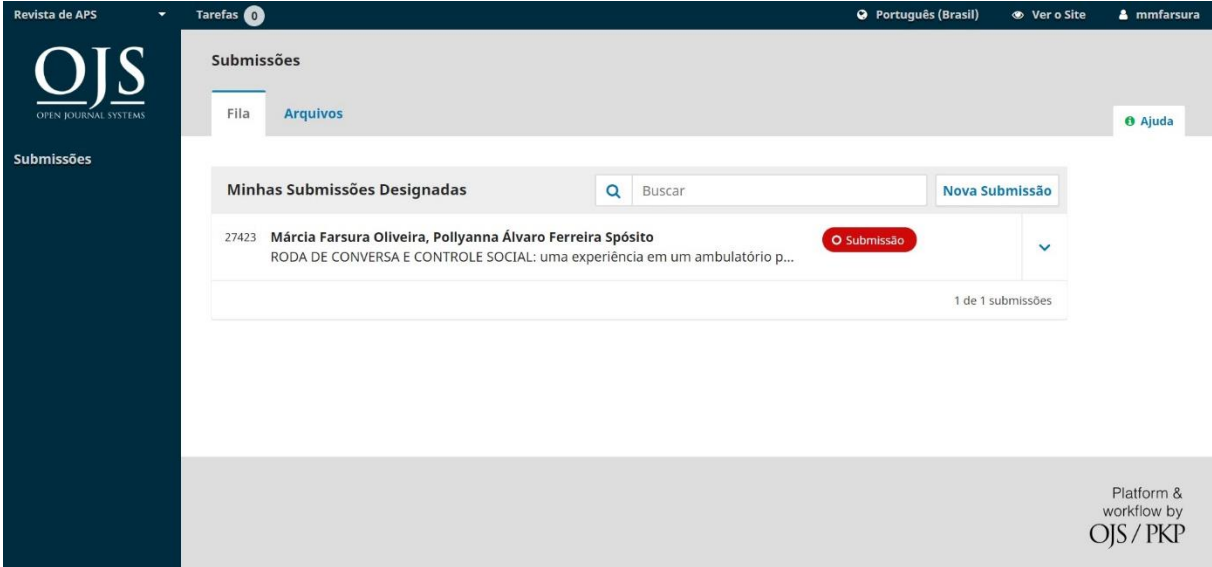
B. Homepage Institucional

The American Academy of Pain Medicine: The Physician's Voice in Pain Medicine [Internet]. Glenview (IL): The Academy; c2007 [cited 2007 Feb 22]. Available from: <http://www.painmed.org/>.

Artigos de periodicos online

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, Rasmus D, Gerds N, Ross A, Katz L, Herwaldt LA. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2006 Jan [cited 2007 Jan 5];27(1):34-7. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

Página da revista com a submissão



The screenshot displays the OJS submission interface. At the top, the header includes 'Revista de APS', 'Tarefas', and language/site options. The left sidebar shows the 'OJS' logo and 'Submissões'. The main content area is titled 'Submissões' and has tabs for 'Fila' and 'Arquivos'. Below this, a section 'Minhas Submissões Designadas' contains a search bar and a 'Nova Submissão' button. A table lists the user's submissions, showing a submission ID of 27423 for the article 'RODA DE CONVERSA E CONTROLE SOCIAL: uma experiência em um ambulatório p...' with a status of 'Submissão'. The footer indicates the platform is by OJS / PKP.

APÊNDICE F

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

FACULDADE DINÂMICA DO
VALE DO PIRANGA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENSINO-SERVIÇO E REALIZAÇÃO DA SALA DE ESPERA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ EVANGELISTA PINHEIRO

Pesquisador: Pollyanna Álvaro Ferreira Spósito

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 88580218.2.0000.8063

Instituição Proponente: SESP SOCIEDADE EDUCACIONAL SUPERIOR DE PONTE NOVA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.925.286

Apresentação do Projeto:

Antecedentes sobre o assunto e justificativa para realização do estudo "Ensino-Serviço e realização da sala de espera na unidade básica da família José Evangelista Pinheiro" atendem ao disposto na Res. 466/12 III.1.d e III.2.a, c, f. O projeto enquadra-se em um Dissertação de Mestrado.

E, o presente protocolo foi enquadrado como pertencente à área temática "Ciências da Saúde". Conforme o resumo apresentado no formulário online:

O Projeto de pesquisa intitulado como "Ensino-Serviço e realização da sala de espera na unidade básica da família José Evangelista Pinheiro" Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quanti-qualitativa. Será desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jose Evangelista Pinheiro aberta à participação da comunidade da área de abrangência da ESF Jose Evangelista Pinheiro, na cidade de Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil. O estudo contará com a participação dos estudantes do segundo período do curso de medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga que frequentam a Unidade de Saúde Jose Evangelista Pinheiro e da professora que realiza o acompanhamento destes na UBS (a presente autora do projeto). Os alunos do segundo período, que realizam as atividades práticas da disciplina MED112 nesta UBS, nas tardes de segunda-feira, correspondem aos acadêmicos membros da equipe de pesquisa. A participação dos estudantes na UBS já faz parte da grade curricular da Instituição, sendo que a cada semestre letivo a equipe de acadêmicos se renova. Na primeira etapa será realizado o levantamento do principal tema de saúde eleito pelos moradores do território de abrangência da ESF a partir da aplicação de

Endereço: Rua G, 205

Bairro: PARAISO

CEP: 35.430-302

UF: MG

Município: PONTE NOVA

Telefone: (31)3817-2010

E-mail: cep@faculdaadedinamica.com.br

FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA



Continuação do Parecer: 2.925.286

questionário impresso, seguindo um roteiro semi-estruturado com perguntas fechadas. Pretende-se recrutar 435 usuários da área. Na segunda etapa, após análise dos dados, os estudantes do curso de medicina realizarão as rodas de conversas com os pacientes, com tema eleito pela clientela adscrita. Pretende-se recrutar nesta etapa 218 usuários. Com o objetivo de verificar a opinião da população com relação a utilização do tempo de espera na UBS por um serviço, para a discussão em grupo de um tema de saúde será aplicado um novo questionário. Em ambas as etapas, só irão se submeter aos questionários aqueles que declararem ter ciência dos objetivos da pesquisa, dos riscos, dos benefícios e de suas garantias ao aceitarem participar da pesquisa. A declaração de aceitação da participação voluntária se firmará através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas com os pacientes serão realizada em um espaço reservado, na UBS, bem com as rodas de conversa. As questões propostas nos questionário estão baseadas em estudos anteriores, como os principais agravos de saúde atendidos na Atenção Primária à Saúde, conforme comentado por Gusso (2012), além do controle social em saúde a partir da EPS (CECCIM, 2004). Após a coleta e tabulação dos dados, será realizada a análise descritiva dos mesmos, utilizando o software Epi Info versão 3.5.1.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores o objetivo primário do projeto é Investigar na sala de espera da ESF Jose Evangelista Pinheiro os temas em saúde que os usuários tem maior interesse de discutir em rodas de conversa. E, como objetivos secundários: •Realizar rodas de conversa na sala de espera da ESF a partir dos principais temas elencados pelos usuários; •Verificar quais foram as percepções dos usuários da ESF Jose Evangelista Pinheiro sobre a roda de conversa. •Verificar se após a participação em rodas de conversa na sala de espera, os usuários da ESF Jose Evangelista Pinheiro, julgam ter maior autonomia e compreensão de autocuidado promovida a partir de temas elencados pelos próprios usuários. •Permitir ao acadêmico de medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga relacionar-se com o processo saúde-doença da comunidade do território de abrangência da ESF Jose Evangelista Pinheiro e tomar decisões, que contribuem para promoção da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apresentam no formulário online os seguintes riscos:

Informamos que os riscos em participar da pesquisa podem ser considerados o desconforto, stress e/ou constrangimento em responder ao questionário. Ainda assim, o (a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga desconforto, interromper o preenchimento do questionário e também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso

Endereço: Rua G, 205

Bairro: PARAISO

UF: MG

Telefone: (31)3817-2010

Município: PONTE NOVA

CEP: 35.430-302

E-mail: cep@faculdaadedinamica.com.br

FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA



Continuação do Parecer: 2.925.286

lhe cause qualquer prejuízo. Caso o(a) Sr.(a), necessite de acompanhamento para minimizar os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa, este lhe será assegurado a partir do serviço especializado do Sistema Único de Saúde (SUS). A sua participação é voluntária, portanto, não haverá pagamento por sua colaboração bem como o Sr.(a) não terá nenhum custo. Apesar disso, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. As suas despesas e de seus acompanhantes (se for o caso), serão cobertas a partir da compensação integral em dinheiro pela equipe de pesquisa. Além disso, o Sr.(a) tem assegurado também o direito à indenização e à assistência imediata e integral pelo tempo que o profissional de saúde julgar adequado, para atendimento de eventuais complicações e danos decorrentes direta ou indiretamente da pesquisa.

E os seguintes Benefícios:

Serão a contribuição à pesquisa, uma vez que as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento sobre educação popular em saúde

Avaliação:

Após análise foi constatado que houve descrição de riscos e benefícios.

Conforme Res. 466/12 IV 3.g, h/ V.1.a,b.

Os métodos que afetam os sujeitos da pesquisa, estão em conformidade com previsto na Res. 466/12 III.1.b, c / III.2 / V.1.a, b

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto tem por objetivo garantir, através da educação popular em saúde realizada na sala de espera, que os pacientes da área de abrangência da ESF Jose Evangelista Pinheiro, tenham maior autonomia e compreensão de autocuidado, através de uma perspectiva interdisciplinar de ensino médico, em que os estudantes da graduação em medicina devem preparar as palestras dialógicas, com base em temas

eleitos pela população adscrita. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. Será desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jose Evangelista Pinheiro e contará com a participação dos estudantes do curso de medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga e da professora que realiza o acompanhamento destes UBS. Na primeira etapa será realizado o levantamento do principal tema de saúde eleito pelos moradores do território de abrangência da ESF a partir da aplicação de questionário e na segunda etapa, após análise dos dados, os estudantes do curso de medicina realizarão as rodas de

Endereço: Rua G, 205

Bairro: PARAISO

UF: MG

Município: PONTE NOVA

Telefone: (31)3817-2010

CEP: 35.430-302

E-mail: cep@faculdaledinamica.com.br

FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA



Continuação do Parecer: 2.925.286

conversas com os pacientes, com tema eleito pela clientela adscrita. Com o objetivo de verificar a opinião da população com relação a utilização do tempo de espera na UBS por um serviço, para a discussão em grupo de um tema de saúde será aplicado um novo questionário. Em ambas as etapas, só irão se submeter aos questionários aqueles que declararem ter ciência dos objetivos da pesquisa, dos riscos, dos benefícios e de suas garantias ao aceitarem participar da pesquisa. A declaração de aceitação da participação voluntária se firmará através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas com os pacientes serão realizada em um espaço reservado, na UBS, bem com as rodas de conversa. As questões propostas nos questionário estão baseadas em estudos anteriores, como os principais agravos de saúde atendidos na Atenção Primária à Saúde, conforme comentado por Gusso (2012), além do controle social em saúde a

partir da EPS (CECCIM, 2004). Após a coleta e tabulação dos dados, será realizada a análise descritiva dos mesmos, utilizando o software Epi Info versão 3.5.1. Espera-se, ao final do levantamento dos dados que, através da educação popular em saúde realizada na sala de espera, os pacientes da área de abrangência da ESF Jose Evangelista Pinheiro, tenham maior autonomia e compreensão de autocuidado, através de uma perspectiva

interdisciplinar de ensino médico, em que os estudantes da graduação em medicina tenham preparado as palestras dialógicas, com base em temas eleitos pela população adscrita. Ademais, por se tratar de um projeto que será desenvolvido no âmbito de um programa de mestrado profissional, pretende-se também proceder com a confecção de uma cartilha informativa a ser distribuída aos pacientes contendo informações sobre o tema de saúde eleito para ser discutido nas rodas de conversa do PSF do Santo Antônio. Dessa forma, acredita-se que ocorrerá o melhor atendimento de um dos princípios do SUS, a integralidade, na ESF Jose Evangelista Pinheiro.

Após a análise considera-se que:

Há descrição sobre o local de realização das várias etapas e qual a infraestrutura necessária. Conforme exposto na Res. 466/12 III.2.h

Há descrição das medidas de proteção à confidencialidade, conforme o disposto na Res. 466/12 III.2.i / IV.3.e

Há descrição de ressarcimento de gastos, conforme o exposto na Res. 466/12 IV.3.g / V.7.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Pesquisadores apresentaram os seguintes documentos:

1 – Carta de anuência

2 – TCLE

Endereço: Rua G, 205

Bairro: PARAISO

UF: MG

Município: PONTE NOVA

Telefone: (31)3817-2010

CEP: 35.430-302

E-mail: cep@faculdaadedinamica.com.br

FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA



Continuação do Parecer: 2.925.286

Após a análise destes, foi considerado:

O Projeto exige autorização e ela atende aos requisitos:

- a) Papel timbrado ou carimbo que identifique a Instituição, e o local onde será realizada a pesquisa.
- b) O nome da Pesquisa foi inserido corretamente.
- c) Foi assinada pelo responsável pela instituição e há discriminado o nome e o cargo de quem autorizou.
- d) TCLE apenas todas as etapa do projeto
- e) Folha de Rosto devidamente assinada pelo responsável da Instituição

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado está de acordo com o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1114572.pdf	31/08/2018 22:13:29		Aceito
Outros	Autoriza_B.jpg	31/08/2018 22:07:23	Pollyanna Alvaro Ferreira Spósito	Aceito
Outros	Autoriza_A.jpg	31/08/2018 22:00:29	Pollyanna Alvaro Ferreira Spósito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MF_Projeto_Mestrado.doc	31/08/2018 21:50:34	Pollyanna Alvaro Ferreira Spósito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_E.pdf	31/08/2018 21:43:14	Pollyanna Alvaro Ferreira Spósito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_D.pdf	31/08/2018 21:42:56	Pollyanna Alvaro Ferreira Spósito	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	26/04/2018 20:53:28	Pollyanna Alvaro Ferreira Spósito	Aceito

Endereço: Rua G, 205

Bairro: PARAISO

UF: MG

Município: PONTE NOVA

CEP: 35.430-302

Telefone: (31)3817-2010

E-mail: cep@faculdaadedinamica.com.br

FACULDADE DINÂMICA DO
VALE DO PIRANGA



Continuação do Parecer: 2.925.286

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTE NOVA, 28 de Setembro de 2018

Assinado por:

**Lucas Pazolini Dias Rodrigues
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua G, 205

Bairro: PARAISO

CEP: 35.430-302

UF: MG


Município: PONTE NOVA

Telefone: (31)3817-2010

E-mail: cep@faculdaadedinamica.com.br

APÊNDICE G

Questionário da primeira fase da pesquisa



QUESTIONÁRIO

1) Qual a última série (ano) o sr.(a) completou?

☐ Curso primário

☐ admissão

☐ curso ginásial ou ginásio

☐ 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau

☐ 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau

☐ 3º grau ou curso superior

☐ pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)

☐ nunca estudou

☐ não sabe

☐ não quis informar

2) O(a) senhor(a) vem com que frequência à Unidade Básica de Saúde da Família Sette de Barros?

☐ 1 vez a cada 15 dias ☐ 1 vez ao mês ☐ 1 vez a cada 3 meses ☐ 2 vezes ao ano ☐ 1 vez ao ano ☐ Não sabe

3) Depois de sua chegada à Unidade de Saúde, quanto tempo leva, em média, para ser atendido?

☐ 15 minutos ☐ 30 minutos ☐ 1 hora

4) Durante o tempo em que aguarda sua consulta, acha que seria um momento oportuno para realização de palestras?

☐ SIM ☐ NÃO

A Faculdade Dinâmica é uma instituição de Ensino Superior séria e comprometida com a qualidade dos cursos oferecidos!
Rua G, 205 - Bairro Paraíso - Ponte Nova - MG - CEP 35.430-302 - Fone: (31) 3817-2010
E-mail: contato@faculdaadedinamica.com.br - Site: www.faculdaadedinamica.com.br

5) Se a resposta à questão 4 foi SIM, qual dos temas abaixo seria do seu interesse?

- ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Insônia
☐ Colesterol ☐ Depressão ☐ Câncer de mama
☐ Osteoporose ☐ Higienização de alimentos (frutas e verduras)
☐ Outros: _____

6) Toma algum medicamento de controle?

- ☐ SIM ☐ NÃO ☐ não sei
☐ não quis responder

7) Conhece alguém que tenha algum desses problemas?

- ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Insônia ☐ não sei
☐ Colesterol ☐ Depressão ☐ Câncer de mama
☐ Osteoporose

A Faculdade Dinâmica é uma instituição de Ensino Superior séria e comprometida com a qualidade dos cursos oferecidos!

Rua G, 205 - Bairro Paraíso - Ponte Nova - MG - CEP 35.430-302 - Fone: (31) 3817-2010
E-mail: contato@faculdaadedinamica.com.br - Site: www.faculdaadedinamica.com.br

APÊNDICE H

Questionário da segunda fase da pesquisa

QUESTIONÁRIO

- 1) O(a) senhor(a) achou interessante participar desta roda de conversa, enquanto aguardava a sua consulta?
() SIM () NÃO
- 2) O(a) senhor(a) teve suas dúvidas esclarecidas a respeito do assunto da roda de conversa?
() Totalmente esclarecidas () Parcialmente esclarecidas () Não sei () Não esclareceu
- 3) O(a) senhor(a) teve oportunidade de fazer perguntas aos acadêmicos?
() SIM () NÃO
- 4) Como se sentiu enquanto ocorria a roda de conversa?
() Confortável () Com ansiedade () não sei
() Com medo () Com timidez
Me senti de outra forma. Como? _____
- 5) Os pontos negativos da roda de conversa seria(m): (pode marcar mais de uma opção)
() ruídos no local () muita mobilização de pessoas
() não gostaria de ter participado () tempo muito curto
() Não tiveram pontos negativos
() Outros: _____
- 6) Os pontos positivos da roda de conversa seria(m): (pode marcar mais de uma opção)
() troca de experiências () fácil entendimento
() respeito () tempo muito curto
() Não tiveram pontos positivos
() Outros: _____
- 7) O(a) senhor(a) acha que a roda de conversa contribuiu para o seu melhor entendimento de como cuidar de sua própria saúde?
() SIM () Parcialmente () NÃO

A Faculdade Dinâmica é uma instituição de Ensino Superior séria e comprometida com a qualidade dos cursos oferecidos!

Rua G, 205 - Bairro Paraíso - Ponte Nova - MG - CEP 35.430-302 - Fone: (31) 3817-2010
E-mail: contato@faculdaadedinamica.com.br - Site: www.faculdaadedinamica.com.br