

Joab Gomes da Silva Sousa
Irene Custódia da Silva
Eduarda Maria Duarte Rodrigues
Henrique dos Santos Gomes
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda



EDUCAÇÃO EM SAÚDE **SOB A PERSPECTIVA** **DOCENTE**

DA TEORIA À PRÁTICA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Joab Gomes da Silva Sousa
Irene Custódia da Silva
Eduarda Maria Duarte Rodrigues
Henrique dos Santos Gomes
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda



EDUCAÇÃO EM SAÚDE
SOB A PERSPECTIVA
DOCENTE
DA TEORIA À PRÁTICA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

© 2024 – Editora MultiAtual

www.editoramultiatual.com.br

editoramultiatual@gmail.com

Autores

Joab Gomes da Silva Sousa

Irene Custódia da Silva

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

Henrique dos Santos Gomes

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

Editor Chefe: Jader Luís da Silveira

Editoração e Arte: Resiane Paula da Silveira

Capa: Freepik/MultiAtual

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Ma. Heloisa Alves Braga, Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais, SEE-MG

Me. Ricardo Ferreira de Sousa, Universidade Federal do Tocantins, UFT

Me. Guilherme de Andrade Ruela, Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF

Esp. Ricael Spirandeli Rocha, Instituto Federal Minas Gerais, IFMG

Ma. Luana Ferreira dos Santos, Universidade Estadual de Santa Cruz, UESC

Ma. Ana Paula Cota Moreira, Fundação Comunitária Educacional e Cultural de João Monlevade, FUNCEC

Me. Camilla Mariane Menezes Souza, Universidade Federal do Paraná, UFPR

Ma. Jocilene dos Santos Pereira, Universidade Estadual de Santa Cruz, UESC

Ma. Tatiany Michelle Gonçalves da Silva, Secretaria de Estado do Distrito Federal, SEE-DF

Dra. Haiany Aparecida Ferreira, Universidade Federal de Lavras, UFLA

Me. Arthur Lima de Oliveira, Fundação Centro de Ciências e Educação Superior à Distância do Estado do RJ, CECIERJ

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Educação em Saúde sob a Perspectiva Docente: da Teoria à Prática na Atenção Primária
S725e / Joab Gomes da Silva Sousa; Irene Custódia da Silva; Eduarda Maria Duarte Rodrigues, et al. – Formiga (MG): Editora MultiAtual, 2024. 116 p. : il.

Outros autores
Henrique dos Santos Gomes; Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-6009-071-2
DOI: 10.29327/5394279

1. Educação em Saúde. 2. Teoria e Prática. 3. Atenção Primária. I. Sousa, Joab Gomes da Silva. II. Silva, Irene Custódia da. III. Rodrigues, Eduarda Maria Duarte. IV. Título.

CDD: 614
CDU: 614

Os artigos, seus conteúdos, textos e contextos que participam da presente obra apresentam responsabilidade de seus autores.

Downloads podem ser feitos com créditos aos autores. São proibidas as modificações e os fins comerciais.

Proibido plágio e todas as formas de cópias.

Editora MultiAtual
CNPJ: 35.335.163/0001-00
Telefone: +55 (37) 99855-6001
www.editoramultiatual.com.br
editoramultiatual@gmail.com
Formiga - MG

Catálogo Geral: <https://editoras.grupomultiatual.com.br/>

Acesse a obra originalmente publicada em:
<https://www.editoramultiatual.com.br/2024/04/educacao-em-saude-sob-perspectiva.html>



**EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DOCENTE:
DA TEORIA À PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Joab Gomes da Silva Sousa

Irene Custódia da Silva

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

Henrique dos Santos Gomes

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

SUMÁRIO

Introdução	7
SUS: Atenção Primária e Políticas Públicas	11
Considerações breves sobre a atenção primária a saúde	11
Atenção primária: estratégia de organização de todos os níveis de atenção em saúde	12
Política nacional de promoção a saúde	15
Educação em Saúde: Aspectos Históricos e Modelos Implantados na Teoria e na Prática	20
Aspectos Históricos	20
Modelos de educação em saúde	21
Reflexões Sobre a Abordagem Conceitual da Educação Popular em Saúde	24
Educação em Saúde Identificada no Âmbito das Universidades	27
PERCURSO METODOLÓGICO	31
2.1 Tipo de Estudo	31
Aspectos Éticos e legais	36
RESULTADOS	37
Perfil Sociodemográfico dos Participantes do Estudo	37
Educação em Saúde: Teoria e Prática	39
Bases Conceituais que Fundamentam a Prática da Educação em Saúde	41
2.5 Diferenças Conceituais e Práticas entre Educação Popular e Educação em Saúde Indicadas Pelos Docentes	45
ANÁLISE DAS CATEGORIAS	50
3.1 Análise do Perfil Sociodemográfico dos Participantes do Estudo	50
Análise da Ênfase da Educação em Saúde no Processo de Formação (Graduação e Pós-Graduação dos) dos Docentes	59
Análise das Bases Conceituais que Fundamentam a Prática da Educação em Saúde	67
Fatores Facilitadores e Dificultadores para a Prática da Educação em Saúde	79
Fatores Facilitadores e Dificultadores para a Prática da Educação em Saúde	80
Análise da Diferença Conceitual entre Educação Popular e Educação em Saúde Abordada Pelos Participantes da Pesquisa	82
Análise dos Fatores Facilitadores e Dificultadores para a Prática da Educação em Saúde	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	95
ANEXOS	110
Os autores	114

Introdução

A prática da educação em saúde não é algo contemporâneo, remete-o ao século XVII. No século XVIII na Europa já eram realizados almanaques objetivando divulgar cuidados higiênicos, configurando-se como uma prática de educação em saúde. Nas últimas décadas, ou seja, no século XX e XXI. Destaca-se a implementação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas práticas, nos três níveis de atenção vêm se desenvolvendo de forma expressiva/ressaltando as desigualdades locais, a exemplo da... Atualizar essa informação, destacando a atenção primária em saúde como ambiente prioritário para realização das mesmas frente às evidências em ações de prevenção e promoção em saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Conjuntamente a educação em saúde está atrelada, ou, dito ousadamente, à promoção em saúde a qual agêcia a participação da população na busca de qualidade de vida, distanciando-se de um modelo clientelista cada vez mais de um cuidado meramente curativo para um ato social, ambiental, político e educacional (SALCI et al., 2013).

Este enfoque favorece a concretização da autonomia e exercício da cidadania estabelecido na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Entre os debates realizados, discutiu-se os avanços conseguidos com a Declaração de Alma Ata para os Cuidados Primários em Saúde, que estabeleceu o documento da Organização Médica de Saúde (OMS) garantindo a saúde como um direito universal para todos (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Em 2018 realizou-se outra conferência denominada de Astana, buscando atualizar assuntos referentes a Atenção Primária à Saúde (APS), bem como trazendo a importância da educação em saúde para o sistema de saúde (Giovannella et al., 2019).

A criação do SUS, permitiu a implementação de ações de promoção da saúde, o que levou o Ministério da Saúde (MS) a criar o Programa Saúde da Família (PSF) que posteriormente, em 2006, passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF veio trazendo consigo princípios do SUS como o cuidado na pessoa, na família e na comunidade, o vínculo, a integralidade, a coordenação da atenção, a articulação das estratégias com as demais Redes de Atenção à Saúde (RAS), a participação popular e atuação intersetorial (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

A ESF representa a estratégia essencial para a efetivação dos princípios da Atenção Primária em Saúde (APS). Por se tratar de uma estratégia e também a porta de entrada do SUS, as ações da Atenção Primária podem influenciar na melhoria da qualidade de saúde do usuário, através da identificação dos problemas, elencando intervenções e soluções e aderindo às práticas de saúde que auxiliarão o profissional e compreender a complexidade dos diagnósticos, e, posteriormente, traçar metas mais eficazes (MOREIRA et al., 2018).

Destarte, a Atenção Primária, segundo Starfield (2002) emerge como uma estratégia que permite promover o primeiro contato com o paciente, através de ações continuadas, de promoção da saúde e prevenção de agravos e elencando os principais problemas de saúde, intervindo na família e/ou na comunidade quando necessário.

No contexto da APS, a promoção da saúde, uma estratégia que permite aos profissionais de saúde visualizar os fatores de risco e os agravos à saúde da população e, assim, traçar ações individuais e coletivas de combate às desigualdades históricas de saúde (BUSS, 2000).

Convém destacar por similaridade entre atenção primária e a promoção a saúde no território, a Educação em Saúde (ES) se configura como uma estratégia que impulsiona a Promoção da Saúde (PS/Atenção/APS), contribuindo para o empoderamento das pessoas, e, conseqüentemente, sendo um parceiro que garante a corresponsabilidade dos usuários no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença (FALKENBERG et al., 2014)

A Educação em Saúde (ES) é uma estratégia que impulsiona a Promoção da Saúde (PS), contribuindo para o empoderamento das pessoas, e, conseqüentemente,

sendo um parceiro que garante a corresponsabilidade dos usuários no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença (FALKENBERG et al., 2014).

Essa abordagem de saúde solicita do enfermeiro, em especial, a prática de uma educação participativa e dialógica que ultrapasse apenas o repasse de informações e de normas vindas de cima para baixo, ou seja, ordens hierarquizadas, e passe a apresentar uma assistência horizontalizada (BRASIL, 2008; COELHO et al., 2012; FREIRE, 1996).

Neste sentido, ressalta-se a discussão do assunto educação em saúde no ensino de graduação enfermagem. Este vem sendo objeto de estudo desde 2003, em que aponta que as ações educativas executadas pelos profissionais necessitam de reorganização do ensino, capacitação dos enfermeiros (as) para desempenhar o papel educador. Assim como a necessidade de mudanças no processo de trabalho educativo desempenhado pelo enfermeiro, conhecimento da base conceitual que fundamenta a prática deste, especialmente quando se trata do docente. Contudo, o enfoque revolucionário de educação em saúde, objetiva promover a autonomia das pessoas e comunidade, representando um grandioso instrumento de transformação social. (BRASIL, 2008).

Por estar inserida no ramo da saúde coletiva, a educação em saúde é prática fundamental a ser trabalhada na atenção primária tendo em mente que essa estratégia busca compreender o contexto em que o usuário está inserido, seja através de conversas informais ou de expressões populares, permitindo a este profissional aderir às boas práticas de saúde e melhorar a assistência à saúde. Buscar ouvir o usuário mediante a escuta ativa, assim buscando entender seus questionamentos promovendo a melhoria nas condições de saúde, sendo a educação em saúde a grande facilitadora desse processo (JÚNIOR et al., 2017).

Partindo da premissa de que os profissionais de saúde durante os encontros com a população transformam e são transformados em sujeitos de construção dos cuidados em saúde, entende-se a prática da educação em saúde como geradora do vínculo de continuação e complementaridade entre os ensinamentos teóricos e a práticos. Esta envolve consequentemente a ciência e as técnicas como um produto social, historicamente fundado e conectado entre si, acatando assim, uma concepção de sociedade transformadora, em que profissionais e população deixam de ser objeto e são transformados em sujeito históricos, sociais e políticos na edificação de uma sociedade mais justa, igualitária e fraterna (BRASIL, 2008).

Na concepção de Paulo Freire deve embasar também a prática da educação em saúde nos diálogos horizontalizados dos profissionais de saúde com a população, através da troca de conhecimento científico e o popular numa realidade vivenciada pelos usuários, seja individual e ou coletivamente. Diante da importância da educação em saúde na solução de problemas que dificultam o enfrentamento pleno de todos os determinantes sociais, acredita-se que conhecer a realidade vivenciada pela comunidade é essencial para a realização de práticas participativas e transformadoras das condições de saúde (MOREIRA et al., 2018).

Esta pesquisa configura-se relevante para a saúde, já que a prática da atividade de educação em saúde promove o empoderamento do usuário sobre as informações de saúde, promovendo autonomia do indivíduo e fornecendo subsídios para o seu autocuidado. Do mesmo modo, sua importância também se dá na interação entre profissional e usuário, seja no contexto individual e/ou coletivo facilitando a assistência. Destaca-se ainda a relevância social por meio do usuário, observando suas condições econômicas, culturais e seu estilo de vida.

Outro fator relevante desenvolvido na pesquisa são os indicadores elevados de morbidade de internação hospitalar e os indicadores de internações hospitalares por condições sensíveis a Atenção Primária no município, que apresentam patologias que podem ser evitadas com a prática da educação em saúde na ESF.

Assim, ressalta-se que a mudança de paradigma- para uma educação em saúde voltada ao processo de transformação, empoderamento e emancipação das pessoas, visando a promoção da saúde- agencia novas estratégias para o processo de formação de profissionais de saúde, em especial o enfermeiro (a) com a inclusão de práticas de educação em saúde na plenitude da base curricular, objetivando concretizar um dos princípios do SUS – a integralidade da assistência rumo à construção da cidadania.

SUS: Atenção Primária e Políticas Públicas

Considerações breves sobre a atenção primária a saúde

Em meados do século XX, aconteceram grandes feitos para o setor saúde. O sistema que estava em predomínio era o modelo campanhista, no qual se apresentavam campanhas de combate a doenças endêmicas e rurais devido à grande incidência de doenças infecciosas e parasitárias predominantes na época. Ressalta-se como paralelo os aspectos pandêmicos: A Revolta da Vacina em 1904, a criação das caixas de aposentadorias e pensões através da Lei Elói Chaves em 1923, a criação do Ministério da Saúde em 1953 e a Ditadura Militar em 1964 a 1985 (ALBUQUERQUE, 2015).

Ademais, Kashiwakura, Gonçalves e Silva (2016) abordam que as questões inerentes a Atenção Primária a Saúde, só começaram a ser discutidas em meados de 1970, um modelo contra hegemônico a assistência médica fragmentada da época, o que promoveu questionamentos a respeito da assistência à saúde. Outro fator importante foi a divergência encontrada na assistência entre países desenvolvidos quando comparada aos países em desenvolvimento relacionada à acessibilidade da população aos serviços de saúde.

Como marco histórico de desenvolvimento menciona-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 1986, tornou-se um grande marco para as mudanças das políticas públicas no país resultante de grandes pressões no governo da época, procurando trazer os princípios básicos a serem trabalhados na Atenção Primária a Saúde, fundamentando e promovendo a como doutrina, isso com base no que foi discutido na Conferência Internacional de Alma Ata em 1978 (ALBUQUERQUE, 2015).

Com base na evolução dessas políticas surge a Reforma Sanitária, que se caracterizou como um marco para promoção das questões de saúde no país, que através de políticas públicas sociais e econômicas, definiram a saúde como um dever

a ser ofertado pelo estado a toda população, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Por volta de 1990, o Brasil escolheu aderir ao termo Atenção Básica (AB), por apresentar um caráter diferente da proposição preventista e por se aproximar do contexto do qual está inserido o processo de adoecer. Atualmente, o Ministério da Saúde utiliza os termos Atenção Básica e Atenção Primária como sinônimos (KASHIWAKURA; GONÇALVES; SILVA, 2016).

Assim, com a promulgação das Leis nº8.080 e nº8.142, em 1990, obtiveram-se políticas públicas direcionadas para a Atenção Primária a Saúde, fortalecendo e aprimorando o sistema de saúde, bem como aplicando os princípios e diretrizes do SUS. Essas políticas vieram para mudar os modelos de atenção e gestão existentes nos municípios, de forma articulada, adotando medidas de financiamento e promovendo uma melhor estruturação e organização dos serviços (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Nessa conjuntura, a APS define sua relevância para a saúde devido ao acesso de primeiro contato, da abrangência das ações de saúde voltadas para a prevenção e promoção, e por buscar olhar o indivíduo integralmente, avaliando os determinantes e condicionantes de saúde, considerando o meio de abordagem familiar e orientações a comunidade na qual está inserida como estratégia metodológica (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Dessa maneira a AB é fortalecida e com seu avanço atrelado a abrangência da Estratégia Saúde da Família, houve uma grande cobertura e aumento das ações de serviços de saúde trazendo melhorias para a saúde da população com destaque para a redução da mortalidade infantil e a redução do número de hospitalizações por causas sensíveis a atenção primária.

Atenção primária: estratégia de organização de todos os níveis de atenção em saúde

Em decorrência de vários acontecimentos históricos, a Atenção Primária a Saúde foi se moldando, e adotando características como a oferta de uma assistência ambulatorial sem a necessidade de uma especialidade. Essa assistência é realizada nas unidades de saúde através de atividades que não exijam uma tecnologia sofisticada, tendo-se o predomínio das tecnologias leves e leve-duras (LAVRAS, 2011).

A saber, as tecnologias leves se referem tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, acolhimento. Já as tecnologias leve-duras se referem ao conhecimento estruturado, científico, capaz de produzir o serviço em saúde. É indiscutível que tais tecnologias estejam inerentes aos serviços de saúde, sobretudo no que se trata da Atenção Primária. Dessa maneira, ressalta-se que é na Atenção Primária onde o usuário tem o primeiro contato com o sistema de saúde, devendo esta ser resolutiva na maioria dos problemas apresentados (GRABOIS, 2011).

Isto é perceptível na fala de Starfield (2002, p.208), que define a Atenção Primária como porta de entrada dos sistemas de saúde:

“A ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada”.

Assim, sendo a APS a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, atua de diversas formas, seja individual ou coletivamente, utilizando os princípios de promoção da saúde e prevenção de agravos. No decorrer da assistência na Atenção Primária, o cliente passa pelos processos de diagnóstico, tratamento, reabilitação e continua em constante cuidado, permitindo assim, uma avaliação fiel de sua condição de saúde (MASOCHINI; FARIAS; SOUSA, 2018). No entanto, a equipe de saúde deve estar atenta aos diversos diagnósticos, cuja as queixas muitas vezes podem não estar relacionadas a um diagnóstico clínico preciso, implicando em mudanças tanto no cuidado a ser ofertado quanto na eficácia do tratamento (STARFIELD, 2002).

Lavras (2011) aponta que devido as grandes mudanças ocorridas no quadro epidemiológico do país, através do envelhecimento populacional e como consequência o surgimento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT'S) e com as mudanças demográficas resultantes do processo de urbanização, as necessidades de saúde da população se tornaram cada vez mais complexas, exigindo dos sistemas de saúde uma maior articulação e prestação de serviços.

Embora haja baixo investimento governamental no sistema de saúde em relação as necessidades apresentadas pela população assistida, o SUS apresenta em seus contornos gerais preparo para atender essas necessidades mediante ações que envolvam o manejo clínico das condições agudas e crônicas das doenças promovendo práticas de autocuidado realizadas por meio de uma equipe

multiprofissional, garantindo assim a continuidade do cuidado a ser ofertado através das redes de atenção (LAVRAS, 2011).

Tendo em mente este fato, de acordo com a Portaria 2.488/116, a Atenção Primária a Saúde passa a ser organizadora das Redes de Atenção à Saúde, promovendo atenção integral através de serviços de saúde articulados, integrados e organizados através de unidades de saúde funcionais, com apoio diagnóstico e terapêutico, cujo os procedimentos apresentam baixa densidade tecnológica, desenvolvidos através de um sistema de apoio e gestão dos quais buscam realizar o cuidado centralizado na pessoa, família e comunidade, abordando os princípios de integralidade, equidade e universalidade (LAVRAS, 2011; MACEDO; MARTIN, 2014).

Esse sistema de organização tem a Atenção Primária como coordenadora do cuidado, ordenadora e articuladora das RAS, permitindo a superação do modelo biomédico, fragmentado, onde se olha somente a doença e não o contexto do qual está inserido o indivíduo. Para que fosse firmado o compromisso da APS em se articular com as RAS, no Brasil, foi criado o Pacto pela Saúde através dos gestores do Sistema Único de Saúde, que buscaram ressaltar a importância de se articular o sistema em redes e de confirmar os princípios do SUS (BRASIL, 2010).

Isso se torna possível através de outros três pactos elencados: O Pacto Pela Vida, que aborda o compromisso com as questões prioritárias de saúde da população; O Pacto em Defesa do SUS, que busca reafirmar e consolidar o embasamento político e os princípios do SUS elencados na constituição; e, o Pacto de Gestão, que aborda os princípios e diretrizes do SUS: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, participação social, programação pactuada e integrada, e gestão do trabalho e da educação em saúde, permitindo que tanto a federação, quanto os estados e os municípios tenham suas responsabilidades de saúde pactuadas (BRASIL, 2010).

Existem no SUS vários sistemas que compõem a RAS: Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Cuidado a Pessoas com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde e Pessoas com Doenças Crônicas, Ações de Prevenção e Controle do Câncer, entre inúmeras outras que buscam trabalhar de forma articulada e ordenada garantindo assistência de qualidade a população.

Neste contexto, as políticas públicas estão inseridas em diversos setores na APS. Apesar de suas variáveis conceitos e definições, as políticas públicas acabam

sendo administradas pelo Poder Público, que definem como serão articuladas de acordo com cada governo. O direito a saúde é uma garantia prevista em lei, ordenada pelas três esferas do poder executivo e executadas através das políticas públicas governamentais. Com a criação do SUS, essa execução passou a ser articulada e planejada a nível de governo federal e desenvolvida a nível municipal (GUINZANI; FELÍCIO; MUELLER, 2016).

No entanto, este sistema ordenado e articulado está ameaçado por conta da Emenda constitucional 95 promulgada pelo congresso, ou PEC (Proposta de Emenda Constitucional) 55 como é definida no Senado, que define em suas propostas o congelamento de gasto para a saúde e a educação por 20 anos. Esse congelamento trará prejuízo para a qualidade das ações e serviços públicos que são atualmente ofertados, principalmente no que se trata do setor saúde trazendo graves consequências para a população, deixando de promover o acesso a determinados programas e uma assistência à saúde de qualidade, permitindo que os profissionais de saúde não sejam valorizados, implicando assim, em um desserviço para as questões das políticas públicas e dos serviços de saúde (ALESSI, 2016; GUINZANI; FELÍCIO; MUELLER, 2016).

Mediante tais fatos, percebe-se que as RAS são imprescindíveis no atendimento integral e acesso a APS, permitindo que sejam acolhidas as necessidades de saúde do usuário de acordo com o grau de complexidade que sua condição clínica apresenta. AAPS é o nível que permite que esse usuário transite pela rede, sempre buscando referenciar quando necessário e recebe-lo de volta (contra referência) quando suas necessidades forem atendidas. Isso permite que o cuidado seja continuado e que uma assistência à saúde de qualidade seja garantida não apenas a uma comunidade, mas a toda nação.

Política nacional de promoção a saúde

Em 1960, vários países se reuniram para entender as questões de saúde e tentar superar o modelo de saúde existente na época, cujo foco se dava na enfermidade, trazendo benefícios salubres insuficientes para as nações. O Canadá foi o país que deu início a essa questão, realizando o primeiro movimento de promoção a saúde que culminou em vários outros como: A Carta de Ottawa, ainda no Canadá

em 1986; a Declaração de Adelaide na Austrália, em 1988; a Declaração de Sundsvall na Suécia, em 1991; a Declaração de Bogotá na Colômbia, em 1992; a Declaração de Jacarta na Indonésia, em 1997; o Relatório da Conferência do México em 2000; a Carta de Bangkok na Tailândia, em 2005; a Carta de Nairóbi no Kenya, em 2009 e a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas, em Helsinque no ano de 2013 (DIAS et al., 2018).

No Brasil, o desenvolvimento da política de promoção da saúde se deu através da 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde. O SUS busca olhar o indivíduo através dos seus determinantes e condicionantes de saúde, o que fez com que essa política seja aplicada. Ela teve seu início na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro 1990 (MALTA et al., 2016).

No entanto, sua institucionalização como política só se deu posteriormente através do Ministério da Saúde, na qual juntamente com a Secretaria de Políticas da Saúde e com a participação da Política das Nações Unidas, ocorrido em 1998/1999, foi desenvolvido um projeto intitulado: “Promoção da saúde, um novo modelo de atenção”. Esse projeto serviu de base para criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), no mesmo período, o que permitiria a ampliação de outras parcerias e a disseminação do que seria os determinantes sociais (DIAS et al., 2018).

Promover saúde está relacionado com ações que buscam desenvolver o autocuidado dos sujeitos, garantindo-lhes autonomia suficiente para atender as suas necessidades de saúde. Tavares et al (2011, p.301), traz ainda a promoção da saúde como:

“[...]uma estratégia de articulação transversal que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas”.

Percebe-se o quanto a política de promoção da saúde é importante, garantindo a oferta de uma assistência que tenha como base os determinantes sociais de saúde (DSS) a saber: idade, sexo, fatores hereditários, estilo de vida, redes sociais e comunitárias, condições socioeconômicas, culturais e ambientais, e que garanta ao indivíduo, família e comunidade, uma melhoria na sua qualidade de vida.

Esta política se difere do modelo biologicista, por olhar o indivíduo como um todo e não somente na doença que este indivíduo apresenta. Promover saúde relaciona-se a elencar estratégias e intervenções que busquem eliminar, ou minimizar, os problemas de saúde e identificar as vulnerabilidades conforme apresentadas na figura 1.

FIGURA 1- Determinantes Sociais de Saúde.



Fonte: SUS: A Saúde do Brasil. Determinantes Sociais da Saúde segundo Dahlgren e Whitehead.

Com isso, a política promove ações como o enfrentamento do tabagismo, do uso abusivo de álcool, ações de mobilidade segura e sustentável, promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, alimentação adequada e saudável, prática corporal/atividade física, promoção do desenvolvimento sustentável, enfim, estratégias que busquem avaliar as vulnerabilidades da sociedade e trabalhá-las de forma a promover saúde e melhorar a qualidade de vida (MALTA et al., 2018).

A PNPS aborda a necessidade de uma gestão compartilhada que por meio da intersetorialidade com vários setores e serviços buscando o cuidado integral e universal, culmine em mudanças no processo de produção do conhecimento e das práticas do campo da saúde e das políticas públicas, permitindo estratégias de saúde que busquem melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Essas ações apresentam-se atreladas a clínica, saúde coletiva, atenção e ao processo de gestão, permitindo que sejam elaboradas estratégias de promoção da saúde e garantindo a eficácia da assistência (TAVARES et al., 2011).

A PNPS deve trabalhar atrelada às demais políticas do sistema como: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP- SUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBT (CONAS, 2014).

Portanto, pode-se destacar que a PNPS foi criada com o intuito de melhorar as ações nos serviços de saúde, e que tem por objetivos garantir a resolutividade do sistema com qualidade, eficácia, eficiência e maior segurança nas ações de promoção da saúde; promover ações que tragam novidades aos usuários, que promovam a inclusão e que contribuam para a melhoria das ações de promoção a saúde e buscando a valorização dos espaços públicos promotores de saúde (CONCEIÇÃO; MORAES; FRANCHINI, 2014).

Os autores supracitados apontam que isso tudo é possível graças a Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008, que trouxe a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, objetivando as ações da atenção básica, inserindo a estratégia saúde da família nos processos de territorialização, regionalização e na rede de serviços, além de promover dentro de suas diretrizes a ação interdisciplinar, ou seja, a adoção de outros profissionais de saúde promovendo, assim, uma assistência humanizada e holística.

Pode-se concluir que as políticas públicas evoluíram e trouxeram consigo mudanças significativas no setor saúde. Atualmente existem várias políticas trabalhadas no sistema de saúde: Política de Atenção Integral a Saúde da Criança, Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher, Política de Atenção Integral a Saúde do Homem, Política de Atenção Integral a População LGBT, Política de Atenção Integral a Saúde Mental da População Indígena, Política de Atenção Integral a População Negra, Política de Atenção Integral a Saúde do Idoso, Política de Atenção Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, Política de Atenção integral a População de Rua, Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e Política de Atenção Integral a Saúde Mental.

Todas essas políticas visam aprimorar e definir os objetos de trabalho durante a assistência, seguindo um fluxo de cuidado contínuo e prestando um cuidado articulado com a humanização e a integralidade.

Educação em Saúde: Aspectos Históricos e Modelos Implantados na Teoria e na Prática

Aspectos Históricos

A educação em saúde teve seu início no Brasil por volta de 1860, quando a exportação de café estava a todo vapor se tornando o maior produtor mundial. As atividades em saúde eram voltadas para a economia, o que tornava necessário o controle de enfermidade e o saneamento dos portos utilizados para exportação e que detinham de grande público. Em 1950 então houve uma transição demográfica e o país passava por um processo de modernização devido a migração da população do campo para a cidade, o que permitiu a mudança do processo de exportação para uma economia gerada através das indústrias (SOUSA et al., 2010).

Com a evolução da Medicina Preventista, em meados de 1940, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) apresentava estratégias de educação em saúde com base no autoritarismo e nos modelos tecnicistas e biologicistas, onde a população era tida como passiva e incapaz de ter iniciativa, sendo responsabilidade do Estado a realização de campanhas sanitárias. Este processo gerou na população grandes reações em massa, acontecendo o surgimento de movimentos de resistência. Esses movimentos permitiram a reorientação do papel da educação em saúde tornando-a transformadora, que não causasse nenhum tipo de opressão, o que permitiu a sua valorização e o estabelecimento de uma relação entre o saber popular e acadêmico (FALKENBERG et al., 2014; SOUSA et al., 2010).

Em 1960 surge então a Medicina Comunitária, na qual se tinha a participação da comunidade na resolução dos problemas relacionados as questões de saúde e cujo o trabalho saía da individualidade para a coletividade. Com o surgimento da Ditadura Militar em 1964, houve o rompimento de ações em saúde caracterizadas adequadas pela elite política e econômica da época para ações de emergência em

saúde, criadas através de experiências de práticas educativas, o que levou a conformação da educação em saúde ou educação para a saúde (REIS et al., 2013).

Ainda de acordo os autores supracitados, com a evolução dessas ações, nas décadas de 1970 a 1980, Paulo Freire ganha grande destaque devido sua influência sobre a participação popular nas questões envolvendo a educação, através da exposição dialogada de seus conteúdos e cuja a participação estava de acordo com os princípios do SUS. Isso permitiu grandes mudanças nas práticas educativas na saúde, por meio de ações educativas que envolvessem a população e a interação do saber científico com o saber popular, criando o movimento da Educação Popular em Saúde, que veio confrontar a educação bancária, através de uma educação problematizadora e dialógica.

Toda a evolução das práticas de educação em saúde teve como base princípios políticos e econômicos, que permitiram a adesão das atividades de promoção da saúde levando a transformação da relação entre profissional e cliente. Essa evolução permitiu à enfermagem sua transformação no contexto da educação em saúde, compreendendo os avanços e o panorama das intervenções na saúde pública, permitindo a reflexão sobre os determinantes de saúde e as políticas de saúde (SOUSA et al., 2010).

A educação em saúde se caracteriza como um mecanismo que tem a finalidade de socialização dos saberes em saúde, permitindo a autonomia e a melhoria da qualidade de vida da população. Nesse contexto, toda prática educativa, seja ela realizada consciente ou instintivamente, apresenta uma dimensão política, por apresentar pressupostos e princípios que servem de base para a realização dessa atividade, passando a ser vista como estratégias que promovem uma transformação social, por estar relacionado a lutas sociais e devendo ser realizada pelas Equipes de Saúde da Família (COSTA, 2012).

Modelos de educação em saúde

Assim, a Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, traz em seu conteúdo que a Política Nacional de Educação Popular em Saúde deve ser orientada com base nos princípios de Diálogo, que busca o encontro de conhecimentos históricos e culturais através da ampliação do senso crítico dos sujeitos sobre a realidade.

Inicialmente, na Amorosidade, que busca a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e nas ações educativas permitindo uma troca de emoções; e, na sensibilidade e problematização, que busca a existência de relações dialógicas e a construção de práticas de saúde com base na leitura e análise crítica da realidade (BRASIL, 2013).

Esta conta ainda com outros princípios como a Construção Compartilhada de Conhecimento, que se caracteriza como processo de comunicação e pedagógicos entre pessoas, grupos e culturas sociais diferentes buscando transformar as ações de saúde teóricas, políticas e práticas. Ainda a emancipação, que consiste na libertação e superação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência presentes na sociedade, e o Compromisso com a Construção do Processo Democrático Popular, que busca reafirmar o compromisso de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa, construída através das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil (BRASIL, 2013).

Além disso, a PNEPS apresenta eixos estratégicos que devem ser trabalhados como a participação, o controle social e a gestão participativa; a formação, comunicação, e a produção de conhecimento; o cuidado em saúde e a intersetorialidade e os diálogos multiculturais (BRASIL, 2013).

Sua inserção no SUS tem o propósito de garantir metodologias e tecnologias inovadoras além do fortalecimento do sistema. Isso se dá através da promoção de saúde e prevenção de agravos, reabilitação e recuperação, tendo como base os diversos saberes trazidos pela população e que estão inseridos no SUS. Seu objetivo geral é garantir a participação popular, o controle social, uma gestão participativa, a promoção do cuidado, a formação e a adoção de práticas educativas em saúde (BRASIL, 2016).

No entanto, atualmente, boa parte destas políticas não são postas em prática. Problemas relacionados a gestão, administração e entre outras questões políticas e econômicas fazem com que as ações que deveriam ser realizadas através destas políticas deixam de ser realizadas, fazendo com que a população perca direitos e ações de saúde que são de direito dos cidadãos, principalmente no que se trata a Educação Popular em Saúde, onde cada indivíduo tem o seu saber e o seu conhecer sobre saúde e que muitas vezes não é valorizado pelos profissionais, fazendo com que o cuidado seja apenas verticalizado e não horizontalizado.

No que concerne às práticas de educação em saúde, estas apresentam como base dois grandes modelos: o modelo tradicional e o modelo dialógico. O modelo tradicional apresenta forte influência sobre as práticas de educação em saúde, e tem como base a mudança de atitudes e comportamentos individuais dos sujeitos, com ênfase no modelo objetivo da saúde como ausência de doenças (DANTAS, 2010).

O modelo tradicional de educação em saúde, o mais predominante nos dias atuais, trabalha com a prevenção de doenças, afirmando que o indivíduo é o responsável pela sua condição de saúde. Tem a finalidade de culpar o indivíduo pela sua condição além de considerar o saber científico superior ao saber popular e ao coletivo. Tem a vantagem de funcionar em grupos de abrangência nacional ou mundial, onde não é possível a interação dos profissionais com a população (GUIMARÃES et al., 2016).

Já a educação dialógica apresenta uma relação entre educador e educando, caracterizando uma relação bilateral entre ambos, estando apoiada na saúde como um bem e um direito social, considerando a influência dos diversos determinantes sociais, da cultura sobre as questões de saúde e doença, tendo como esteio ideológico apoiada os ensinamentos de ideias de Paulo Freire que considera a problematização como fator que pode transformar a realidade e desenvolver a autonomia dos sujeitos (COSTA, 2012).

O modelo dialógico aborda o indivíduo como um todo, considerando sua cultura e seu saberes como importantes no processo de saúde. Tem a vantagem de fazer com que o indivíduo tenha a autonomia de mudar sua condição de saúde, sendo a mais recomendada para ser trabalhada na Atenção Primária (GUIMARÃES et al., 2016).

Estes modelos têm como propósito promover a autonomia e o empoderamento dos sujeitos. O modelo tradicional está mais voltado para a educação “bancária”, tendo como propósito o depósito de informações sem que o sujeito possa dar algum retorno sobre e como aprendeu determinada informação. A educação dialógica, no entanto, tem a finalidade de promover um feedback entre educador e educando, ou seja, tem a finalidade de promover uma troca de saberes inerentes a ambos os envolvidos no processo de ensino e aprendizagem.

Reflexões Sobre a Abordagem Conceitual da Educação Popular em Saúde

A educação popular em saúde é entendida como um processo que procura compreender os problemas de saúde mediante a cultura e os saberes de cada indivíduo, tendo como base as teorias de Paulo Freire, e constituída em 1970 através de movimentos de classe estudantil, professores, trabalhadores da saúde, universitários, alguns segmentos de Igreja e movimentos sociais, promoveram o rompimento de prática hegemônicas de Educação em saúde, que tinham como base a biomedicina e apresentava um caráter preventista (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014).

Com a promulgação da Lei 5.962 de 11 de agosto de 1971, houve a inserção da prática de educação em saúde nos currículos de primeiro e segundo graus, adequando a educação aos determinantes econômicos da época. Em 1980 com o processo de redemocratização, a educação ganha forte crítica de pedagogia libertadora de Paulo Freire, tendo ênfase na dimensão política da educação (VERMELHO; SOUSA, 2017).

Todos esses movimentos tornaram a Educação Popular um movimento que atua junto a população e que tem a finalidade de promover soluções para os problemas da população, reorientando as práticas de saúde e superando o modelo biologicista fragmentado. Isso permite uma nova concepção entre trabalhadores de saúde e usuários, promovendo o controle social e permitindo a participação da população na construção do sistema de saúde (COSTA, 2012).

No processo histórico de criação da Educação Popular em Saúde intelectuais como Paulo Freire e Víctor Valla tiveram grande contribuição para construção desse sistema, assim como os movimentos sociais populares que permitiram a formulação dessa política e sua inserção no SUS, inovando e conceituando a prática da educação na saúde (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que por se tratar de um campo teórico-metodológico e de prática social, a Educação Popular apresenta desafios a saúde em relação a adoção de uma democracia participativa. No entanto esta objetiva afirmar que o SUS é a verdadeira garantia de acesso da população as ações de saúde, através de uma assistência integral e humanizada. Isso torna-se evidente em 2003, quando o Governo Lula e a Rede de Educação Popular em Saúde apresentaram uma carta de intenção ao

Ministério da Saúde que resultou na articulação da Educação Popular em Saúde com a Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2014).

Após esses feitos, em 2009 foi instituído o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) através da Portaria MS/GM nº 1.256 em 17 de junho, e, quatro anos depois, em 2013, a Política Nacional de Educação Popular foi instituída através da Portaria nº 2.761 em 19 de novembro, tendo aprovação do Conselho Nacional em Saúde e sendo pactuada mediante a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT). Somente em 2017, através da Resolução nº 15 de 30 de março, foi que a PNEPS foi implementada, através de um Plano Operativo, no Sistema Único de Saúde, inovando e conceituando a educação no âmbito da saúde (BRASIL, 2016).

A educação popular tem a finalidade de promover a emancipação dos sujeitos por meio de ações que garantam sua autonomia, que promovam a formação de uma consciência crítica e reflexiva, que garanta a participação de todos os cidadãos e que busque eliminar, ou minimizar, as desigualdades sociais. E a PNEPS tem a finalidade de garantir a autonomia e a liberdade os sujeitos por intermédio de práticas educativas, da horizontalidade entre os saberes técnicos- científicos e populares, da garantia ao respeito, e a cidadania. Essas ações são essenciais para promover a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos permitindo, assim, que não sofram com a violência, o preconceito e certas formas de opressão (BRASIL, 2012).

Esta política traz ainda alguns objetivos que são essenciais para a promoção da cidadania e que fortalecem a importância da educação em saúde com abordagem conceitual de educação popular em saúde:

I - Promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras;

II - Fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS;

III - Reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde;

IV - Fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde;

V - Incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde (BRASIL, 2013).

Dando continuidade à referida política, esta elenca nos seus parágrafos 6º ao 11º ações relativas ao apoio a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento de experiências relacionados ao saber e a cultura da população: a contribuição através da implementação das estratégias e ações de comunicação em saúde, considerando a realidade, a linguagem e a cultura; a contribuição para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas, referenciadas na Educação Popular em Saúde; o apoio as ações de Educação Popular na APS. Assim, promovendo o fortalecimento da gestão compartilhada entre trabalhadores e a comunidade, tornando o território um espaço para a formulação de políticas públicas; contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, e, assegurar a participação popular nas ações de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da política de educação popular no SUS.

Deduz-se então, mediante a citada política, que o indivíduo tem direitos e deveres que devem ser assegurados e que são essenciais para o desenvolvimento de sua cidadania, garantindo ao cidadão sua vida plena em sociedade, ou seja, ela está relacionada com o direito que o cidadão tem de usufruir de políticas públicas advindas do Estado, de escolher os seus governantes e o direito de ir e vir, por exemplo. Tudo isso foi possível através da Declaração Universal dos Direitos Humanos promulgada em 1948 e que é um importante documento para a proteção dos cidadãos e dos direitos humanos (STOODI, 2019).

No entanto, a Educação em saúde atualmente busca muito mais em sentido teórico do que prático, assegurar o empoderamento e a autonomia dos sujeitos, que são essenciais para o desenvolvimento de sua cidadania, esta que garante ao indivíduo sua vida plena em sociedade. Porém, existem situações como a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, a demanda do serviço, entre outros fatores, contribui para que a educação em saúde não seja realizada ou simplesmente seja realizada individualizada e destinada a um público ou caso específico (SALCI et al., 2013).

Atualmente, a sociedade vive entorpecida quando se fala de cidadania. Direitos e deveres que são destinados aos cidadãos trabalhadores, são negados quase que diariamente e ainda assim existe pouca reivindicação a respeito. Esses direitos também são negados quando se trata de saúde. Quando não se oferta atendimento de qualidade ou ao negar uma simples orientação.

Ressalta-se que a cidadania está atrelada à educação popular, que por sua vez está ligada à educação em saúde e que juntas têm o poder de transformar o indivíduo através de ações em saúde, orientações em saúde, empoderando e garantindo sua autonomia e conseqüentemente melhorando seu entendimento sobre o processo saúde-doença.

Para que esse processo ocorra os profissionais de saúde, principalmente o profissional enfermeiro (a) que está à frente na linha de cuidado, estes apresentam um papel fundamental no que se refere a concretização da cidadania, buscando envolver o sujeito no seu processo de adoecer, fazendo com que o paciente deixe de ser um mero espectador do seu processo de saúde, e passe a ser o protagonista das suas ações de saúde, garantindo assim a sua autonomia.

Assim, destaca-se que a universidade desempenha papel fundamental na construção de um profissional com pensamento crítico-reflexivo, desenvolvedor de assistência humanizada, sobretudo no que se refere a ações de educação em saúde.

Educação em Saúde Identificada no Âmbito das Universidades

A sociedade contemporânea se revela complexa, inconstante e conflitante, pressionada por duas forças: uma liberal e conservadora e outra combatente das desigualdades sociais, econômicas e políticas provocadas pelas políticas conservadoras.

Dentro desse panorama está incluso a classe trabalhadora e, em especial os docentes do Curso de Enfermagem, que diuturnamente são chamados pelos discente (e comunidade) a apresentar suas decisões sobre suas concepções de sociedade, de educação fincada nas ideias de saúde como direito humano e dever do Estado, como estratégia de enfrentamento da lógica neoliberal de destruição dos direitos sociais dos cidadãos, objetivando evitar a sustentação e a sua reprodução.

Diante desse contexto, pode-se inferir que a educação refere-se a um processo de mudanças provocada no indivíduo, através de ações e estímulos que o coloquem como protagonista de suas ações e cujo processo tem o poder de influenciar e capacitar este sujeito para se relacionar com o meio do qual está inserido. Caracteriza-se como uma conduta transformadora do indivíduo, fazendo atuar em sociedade de

acordo com os conhecimentos e habilidades adquiridos durante este processo (CALLEJA, 2008).

Almeida, desde 2009, afirma que o papel da educação está atrelado historicamente ao processo de evolução do homem como algo que tem por objetivo levar a um caminho, uma direção, estando atrelado naquele que aprende, ou seja, no educando, como algo que perpassa o simples fato de aprender, causando mudanças significativas nesses sujeitos.

No contexto das universidades, a educação se dá como um processo do qual se realizam atividades que envolvam a promoção da saúde, abrangendo um espaço importante na sociedade através de ações tecnológicas, científicas e pedagógicas com intuito de desenvolver habilidades e competências nos estudantes, indispensáveis para o desenvolvimento de técnicas que visem à autonomia, responsabilidade, e a melhoria da qualidade de vida, com vistas à efetivação dos processos educacionais (FERREIRA; BRITO; SANTOS, 2018).

Neste aspecto, o papel exercido pelas universidades se caracteriza através da construção de práticas pedagógicas que envolva aspectos como educação, treinamento e pesquisa, tornando-se a base para o processo de inovação e criatividade do educando. Inclui ainda aspectos que busquem desenvolver um processo de aprendizagem efetivo com todas as disciplinas ministradas, servindo como princípio norteador no desenvolvimento de competências e habilidades dos sujeitos, garantindo que este passe por experiências que o auxiliem no seu desenvolvimento profissional e pessoal (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

A educação em saúde é trabalhada nas universidades, principalmente aquelas da área da saúde, em especial o curso de enfermagem, de acordo com algumas políticas públicas. A título de exemplo há a Política Nacional de Humanização, que traz em suas diretrizes o trabalho em saúde de forma humanizada; Política Nacional de Promoção da Saúde que visa à promoção de ações e processos de saúde, com o intuito de promover a autonomia dos sujeitos; Lei 8.080/90 que traz princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde, e em seu capítulo I, parágrafo II trata do desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação a saúde; Política de Educação Permanente e, Política Nacional de Educação Popular em Saúde (CONDORI, 2015; CNS, 2020).

Essa se confirma como uma ação que busca desenvolver um processo de integração, servindo de mecanismo para o controle de determinadas ações que por

ventura ameacem o equilíbrio dos sujeitos. Está voltada diretamente para atividades de promoção da saúde, tendo como base os indivíduos e a coletividade, provocando nesses sujeitos comportamentos que levem ao empoderamento, pensamento crítico-reflexivo, dialógico, de acordo com sua realidade e com as questões de saúde vivenciadas (ALMEIDA, 2009).

No curso de enfermagem, a prática da educação em saúde é tida como de importância fundamental para a prática de cuidado com os indivíduos, tendo em vista a sua relevância para a sociedade. Essas ações têm por objetivo promover uma prática de emancipação dos sujeitos, através da identificação dos determinantes sociais, indispensáveis na identificação do processo saúde doença (ALMEIDA; SOARES, 2011).

Dessa maneira, a presença das universidades na sociedade tem o papel de promover políticas públicas que visam à concretização de diagnósticos situacionais, ou seja, tem o papel de identificar as possíveis situações presente nas comunidades em seu entorno, promovendo condutas de enfrentamento dos possíveis problemas existentes e, conseqüentemente, aplicando intervenções que visem a prevenção e a promoção da saúde (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Mediante isto, a Universidade Regional do Cariri (URCA/ UDI), também trabalha com esses requisitos. Durante as aulas do curso de enfermagem observar-se a inserção constante da prática da educação em saúde, assim como durante a prática em estágios. A educação em saúde é trabalhada pelo professor de forma a promover o pensamento crítico dos educandos, e estes devem aplicar os conhecimentos adquiridos em prática durante os referidos estágios.

Ressalta-se que os estudos no curso de enfermagem voltados para atividades educativas devem ser realizados logo no início da graduação, tendo em vista a sua importância na formação de profissionais humanizados que promovam uma assistência qualificada. Essas atividades estão voltadas para aspectos metodológicos que envolvam ações de educação para a saúde e, técnicas efetivas de comunicação, promovendo assim, a oportunidade de o educando colocar em prática seus conhecimentos e habilidades (ALMEIDA; SOARES, 2010).

Assim, o profissional de enfermagem tem a capacidade de realizar atividades de educação em saúde nos ambientes de Atenção Básica e hospitalar, cujas orientações a serem repassadas aos pacientes têm o intuito de prevenção e promoção à saúde. Já no que se refere à sala de aula, o docente universitário deve possuir

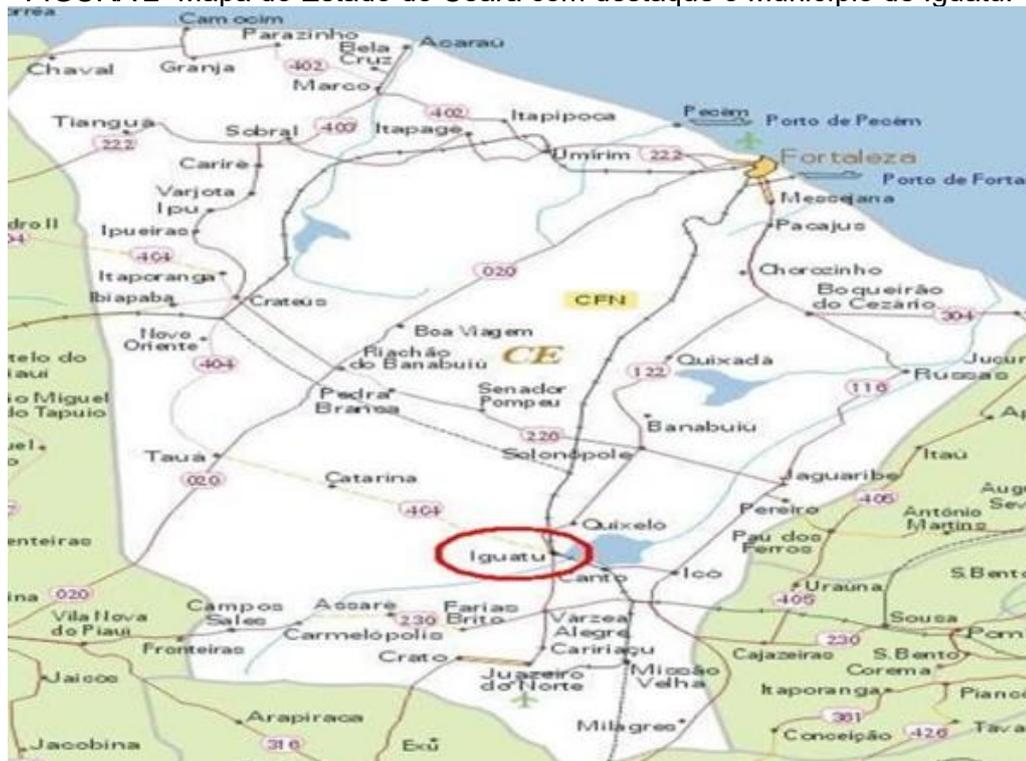
aptidões específicas de acordo com sua área de atuação, ter domínio para trabalhar com questões políticas e apresentar aplicação de práticas pedagógicas eficazes (MAIA, 2012).

PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Estudo

Para se alcançar o objeto deste estudo, tornou-se necessário a utilização de um estudo de natureza descritiva, com caráter exploratório numa abordagem predominantemente qualitativa, que tem por objetivo analisar as percepções dos docentes do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri- URCA do município de Iguatu, a respeito da atividade de educação em saúde, suas teorias e práticas. O estudo foi realizado no município de Iguatu, no período de agosto de 2019 a junho de 2020. Este município está localizado na região Centro-Sul do estado do Ceará, com uma área territorial de 1.029.214km², a distância da capital Fortaleza é de aproximadamente 365km. Iguatu apresenta um clima tropical e temperatura anual de 32°C. De acordo com os dados do Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa de habitantes no ano de 2019 é de 102.498 pessoas. No último censo, em 2010, a estimativa era de 96.495 pessoas, e a densidade demográfica, para o mesmo ano, era de 93,76 hab./km². Iguatu encontra-se na lista dos 299 municípios mais populosos do país, e no ranking do estado do Ceará ocupa a nona posição (IBGE, 2017).

FIGURA 2- Mapa do Estado do Ceará com destaque o Município de Iguatu.



Fonte: Iguatu. Mapa do Ceará (Localização de Iguatu no Estado).

O município de Iguatu pertence a 18ª Regional de Saúde do Estado, e encontra-se integrado à macrorregião do Cariri, onde estão inclusas mais quatro regiões de Saúde: Icó, Brejo Santo, Crato, e Juazeiro do Norte. Em relação a microrregião, fora Iguatu, tem-se a incorporação de mais nove municípios: Acopiara, Cariús, Deputado Irapuã Pinheiro, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Quixelô e Saboeiro. Iguatu é classificado como um município polo da Região Centro-Sul, por assumir a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios, devido sua disponibilidade para os serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), garantindo, assim, uma maior resolutividade na assistência (CEARÁ, 2014; IBGE, 2017).

FIGURA 3- Localização e Composição da 18ª Região de Saúde do Município de Iguatu. Estado do Ceará, 2017.



Fonte: Secretaria da Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde.

O referido município conta com 31 equipes da Estratégia Saúde da Família, divididas em 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), encontrando-se 13 estratégias inseridas na zona rural e 18 na zona urbana. A diferença de estratégias e unidades se dá devido a implantação de duas ou mais estratégias por vez em determinadas localidades. Por exemplo: o bairro Cocobó em sua UBS abrange também a Estratégia do bairro Altiplano e as Estratégias dos bairros Flores, Paraná e Brasília que se encontram inseridas no bairro Flores (IGUATU, 2018).

Os equipamentos de saúde do município abrangem: O Hospital Regional Público, o Hospital e Maternidade Filantrópico, dois Hospitais Particulares, o Centro Microrregional de Saúde Sexual e Reprodutiva (CEMEAR), a Residência Terapêutica, a Unidade de Acolhimento Infanto- Juvenil (UAI), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Centro de Reabilitação, a Farmácia Popular, o Centro de Especialidades Médico de Iguatu (CEMI), uma Policlínica, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i), CAPS III e CAPS AD (Álcool e outras Drogas) (IGUATU, 2017).

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) a quantidade de profissionais enfermeiros presentes no município para o ano de 2015 era de 82 profissionais de saúde para cada 1.000 habitantes, correspondendo a uma taxa de 0,8 por cento. Em se tratando da Região de Saúde do qual Iguatu faz parte, o mesmo apresentava 219 enfermeiros (0,7%), a Macrorregião de Saúde do Cariri mostrava um quantitativo de 1.145 enfermeiros (0,8%) e, com relação a quantidade

de profissionais do Estado do Ceará, o mesmo apresentava um quantitativo de 7.469 (0,8%) enfermeiros (CEARÁ, 2016).

Esses resultados nos mostram que Iguatu, no ano de 2015, apresentava uma taxa padrão adequado no que se referia a quantidade de profissionais atuantes no município.

No que se refere aos indicadores de morbidade de internação hospitalar, para o mesmo ano, apresentaram alguns indicadores como: doenças infecciosas e parasitárias que corresponderam a 680, (13,9%); 511 casos de doenças do aparelho circulatório, (10,4%); 922 casos do aparelho respiratório, (18,8 %); 675 doenças do aparelho digestivo, (13,8%); 535 casos correspondentes a lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas, (10,9%) e, 1.576 correspondem as demais causas (32,2%). Todos esses valores correspondem um total de 4.899 internações hospitalares, excluindo os casos de gravidez, parto e puerpério (CEARÁ, 2016).

No tangente à taxa de morbidade relacionada a internações hospitalares por condições sensíveis a atenção primária correspondeu a 1.062 casos de internações, com um percentual de 21,7% (CEARÁ, 2016).

Destaca-se que Iguatu tem até a presente data (07 de dezembro de 2020) 4.535 casos confirmados de COVID-19, dos quais 698 casos ativos, 469 casos seguem em investigação, 3.741 estão recuperados e 96 óbitos registrados. No enfrentamento deste período de pandemia pelo coronavírus existem no município de Iguatu 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 10 no Hospital Regional de Iguatu e 10 no Hospital São Vicente, para atender os casos mais graves, dos quais são habilitados para atendimento no SUS. Acredita-se que ante esta situação a educação em saúde torna-se importante no sentido de ampliação do isolamento social e evitarmos internações e mortes, evitáveis com o seguimento das orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (CEARÁ, 2020; INTEGRASUS, 2020).

Nesse sentido, torna-se relevante a prática da educação em saúde da população de Iguatu para que sigam as orientações da OMS de isolamento social, higiene das mãos, uso do álcool gel, conhecer os sintomas e a rede de assistência do município.

Diante desse contexto, apresenta-se a relevância em abordar a prática da atividade de educação em saúde, pois os indicadores descritos acima estão relacionados com doenças que podem ser evitadas (principalmente as relacionadas às causas sensíveis a atenção primária), caso o paciente receba alguma orientação a

respeito do seu desenvolvimento, o ajudando a ter autonomia, a compreender como a doença se desenvolve e apresentando informações necessárias que irão auxiliar no seu autocuidado, o ajudando a ter uma melhor qualidade de vida.

Fizeram parte da pesquisa 20 docentes do Curso de Enfermagem, pertencente às várias disciplinas do curso, como: Estágio Supervisionado I, realizado na Atenção Básica, e Supervisionado II, realizado em ambiente Hospitalar; Educação em Saúde; Semiologia e Semiotécnica; Saúde da Mulher, Criança, Adulto, Mental e do Trabalhador; Gestão dos Serviços de Saúde; Saúde Coletiva I e II; Microbiologia, Parasitologia, Exames e Nutrição; Tópicos Especiais em Enfermagem, Oncologia, Bioquímica, Farmacologia e Embriologia; História da Enfermagem e Bases Teóricas e Metodológicas em Enfermagem.

Em relação à amostragem foram utilizados critérios de inclusão e exclusão para obtenção de uma melhor amostra. O critério de inclusão empregado foi atuar como docente há, pelo menos, um ano ou mais na instituição e, como critério de exclusão, aqueles que porventura não responderem o questionário eletrônico dentro do prazo estipulado.

O questionário foi enviado em uma primeira vez sem a estipulação de um prazo para devolução. No entanto, esperou-se 15 dias da data do qual foi enviado, sendo enviado novamente com o prazo estipulado de 15 dias para devolução. Ao final do prazo estipulado, obteve-se uma amostra de 20 questionários respondidos, fazendo-se necessário marcar no Google Forms a opção de não receber mais respostas fora desse período.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2020, por meio de um questionário eletrônico, com perguntas objetivas e subjetivas sobre o objeto desse estudo, enviados por e-mail ao participante.

Nesse respeito, Marconi e Lakatos (1999) definem o questionário como um instrumento desenvolvido cientificamente, contendo um conjunto de perguntas que apresentam uma ordem determinada, devendo ser respondido sem a presença do entrevistador, e, cujo objetivo é coletar dados de um grupo do qual foi interrogado.

O questionário é tido como uma técnica investigativa formada por um número mais ou menos elevado de questões mostradas por escrito às pessoas tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas entre outros, servindo como técnica para coletar as informações da realidade (CHAER; DINIZ; RIBEIRO, 2011).

Os questionários de modo geral são utilizados para obtenção de grandes quantidades de dados, geralmente utilizados nas pesquisas com análise qualitativa. As questões que formaram o questionário foram cuidadosamente elaboradas facilitando o entendimento de quem iria responde-las. Um questionário pode apresentar questões objetivas (fechadas) e subjetivas (abertas), no qual a pergunta subjetiva é mais fácil de elaborar e não restringe a resposta. Já as perguntas objetivas apresentam uma certa dificuldade de elaboração, pois o pesquisador, além da pergunta, deve elaborar as possíveis respostas, forçando quem vai responder a escolher uma resposta (MOYSÉS; MOORI, 2007).

Foi encaminhado aos docentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), juntamente com o questionário, explicando os objetivos do presente estudo.

Este projeto foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mediante cadastro na Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o Parecer de Número 3.933.212.

Aspectos Éticos e legais

A pesquisa respeitou todos os critérios da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata dos direitos e deveres dos participantes da pesquisa e seus pesquisadores, que envolvem seres humanos e seus princípios, respeitando todas as questões éticas.

“A presente resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, a comunidade científica e ao Estado” (BRASIL, 2012, p. 2).

Foram seguidos, também, os postulados da Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana do indivíduo (BRASIL, 2016).

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico dos Participantes do Estudo

Do exame das respostas dos 20 participantes surgiram as seguintes categorias: Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo; Ênfase da ES no processo de formação de graduação e pós-graduação dos participantes do estudo; Bases conceituais que fundamentam a prática de educação em saúde; Diferença conceitual entre Educação Popular e Educação em Saúde abordada pelos participantes da pesquisa e Fatores facilitadores e dificultadores para a prática da Educação em Saúde.

Todas as categorias seguiram uma explanação tendo por base os objetivos específicos da pesquisa.

A primeira categoria refere-se aos dados sociodemográficos dos participantes, descritos no Quadro 01.

QUADRO 01- Perfil sociodemográfico dos docentes participantes do estudo, Iguatu, 2020.

CATEGORIAS EMPIRICAS	DISTRIBUIÇÃO				
	24 A 27 ANOS	28 A 32 ANOS	33 A 36 ANOS	38 A 39 ANOS	43 A 47 ANOS
IDADE	05	09	02	02	02
SEXO	FEMININO 14		MASCULINO 06		
ESTADO CIVIL	SOLTEIROS 11	CASADOS 08		UNIÃO ESTÁVEL 01	
FORMAÇÃO	BIOMEDICINA 01	FARMÁCIA 01		ENFERMAGEM 18	
TEMPO DE DOCÊNCIA	1 A 5 ANOS 16	5 A 10 ANOS 03		10 A 20 ANOS 01	
CURSO DE PÓS- GRADUAÇÃO (LATU SENSU)	ESPECIALIZAÇÃO 06				
CURSO DE PÓS- GRADUAÇÃO (STRICTO SENSU)	MESTRADO 13		DOUTORADO 01		

FONTE: DADOS DA PESQUISA

De acordo com o quadro, a idade predominante do grupo pesquisado é de 28 a 32 anos, com a presença de nove participantes. O sexo predominante é o feminino (14), a maioria (11) se declara solteiro (a), e a formação prevalente é a Enfermagem (18). A formação em Biomedicina e em Farmácia apresentam um participante cada. O tempo de docência de boa parte dos participantes é de 1 a 5 anos (16). Os demais, apresentam tempo de docência de 5 a 10 anos (três) e de 10 a 20 anos (um). Com relação ao curso de pós-graduação, a maioria são mestres (13), um doutor, e os demais são especialistas (seis).

A segunda categoria refere-se as disciplinas ministradas pelos participantes do estudo, encontrando-se descrita no Quadro 02.

QUADRO 02 - Disciplinas ministradas pelos participantes do estudo, Iguatu, 2020.

DISCIPLINAS	DISTRIBUIÇÃO			
BASES BIOLÓGICAS E SOCIAIS DA ENFERMAGEM	Microbiologia/ Parasitologia/ Exames e Nutrição 01	Saúde Coletiva I e Saúde Coletiva II 01	Bioquímica/ Farmacologia e Embriologia 01	Oncologia 01
FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM	História da Enfermagem 01	Bases Teóricas e Metodológicas em Enfermagem 02	Semiologia e Semiotécnica 02	
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	Saúde do Trabalhador 01	Saúde Mental 02	Saúde da Mulher 02	Cuidar do Adulto 01
	Saúde da Criança 01		Tópicos Especiais em Enfermagem 01	
ADMINISTRAÇÃO DE ENFERMAGEM	Gestão dos Serviços de Saúde 02			
CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS	Educação em Saúde 01			
ESTÁGIO CURRICULAR	Estágio Supervisionado I (Atenção Básica) 07		Estágio Supervisionado II (Hospitalar) 04	

FONTE: DADOS DA PESQUISA

O Quadro anterior nos mostra que as disciplinas ministradas pelos professores se dividem em cinco categorias: Bases Biológicas e Sociais de Enfermagem,

Fundamentos, Assistência, Administração e Ensino em Enfermagem, e Estágio Curricular. A predominância de docentes (sete) se dá na disciplina Estágio Supervisionado I realizado na Atenção Básica, onde deve ser colocado em prática as atividades de Educação em Saúde aprendidas em sala de aula; assim como a disciplina de Estágio Supervisionado II, realizado em ambiente Hospitalar, cuja predominância é de quatro preceptores, e cuja as atividades de E.S também devem ser realizadas.

Vale destacar, que nessa distribuição dos docentes por disciplinas, existem alguns professores que administram mais de uma disciplina, por exemplo: o (a) docente da disciplina Saúde da Criança também administra a disciplina de Oncologia, assim como o (a) docente de Educação em Saúde, que administra a disciplina de Saúde do Trabalhador.

Educação em Saúde: Teoria e Prática

Este tópico visa a discussão das principais respostas dos participantes em busca de identificar a teoria e a prática da atividade de educação em saúde elencado como objetivo principal do estudo.

Ênfase da educação em saúde no processo de formação graduação e pós-graduação dos participantes do estudo

Esta categoria buscou identificar através das respostas dos participantes como se deu o processo de Educação em Saúde durante a graduação e a pós-graduação.

Ênfase na graduação

Dos 20 participantes, 17 apontaram que tiveram na graduação e na pós o enfoque na Educação em Saúde. Destes, dois relataram terem pouca ênfase da ES em sua graduação, e apenas um relatou não ter nenhuma ênfase.

Esses 17 informaram que a ênfase na educação em saúde era abordada como uma visão social, uma tecnologia leve/relacional, na disciplina de saúde coletiva, em projetos de extensão e em ações de prevenção e promoção em saúde.

“Em minha formação a educação em saúde já era abordada na perspectiva da promoção da saúde, caracterizando-se como uma ferramenta para empoderamento e autonomia dos indivíduos e comunidades, mediada por processos inclusivos e participativos” (ATOR SOCIAL 3).

“Sempre que eram abordados conteúdos de saúde coletiva, voltada a perspectiva social e comunitária. Raramente era abordada de modo específico por disciplina ou público alvo” (ATOR SOCIAL 6).

“Uma ferramenta essencial de trabalho da enfermagem para o desenvolvimento de ações e promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (ATOR SOCIAL 8).

“Falava-se em educação em saúde nas disciplinas de saúde coletiva e estágio supervisionado I. Algumas ações de educação em saúde eram desenvolvidas nos estágios. Mas eram ações pontuais. Não havia aprofundamento no tema” (ATOR SOCIAL 9).

“A educação em saúde era enfatizada como uma tecnologia leve/relacional, que se utiliza de recursos mínimos e/ou relativamente baratos (baixo custo), mas que são capazes de impactar positivamente na saúde da população” (ATOR SOCIAL 14).

“Prevenção de doenças, a promoção da saúde e o engajamento da população, e sua participação, em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida, através de ações educativas” (ATOR SOCIAL 15).

“A educação em saúde era associada e implementada em projetos de extensão desenvolvidos, atividades de monitoria, atividades de educação em saúde comunitárias, capacitações com membros da equipe de saúde durante os estágios como os Agentes Comunitários de Saúde, atendimentos a usuários realizados nos estágios das disciplinas como ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação, quando pertinente, orientações para autocuidado considerando as condições evidenciadas nos atendimentos e nas necessidades de saúde da comunidade” (ATOR SOCIAL 20).

Ênfase na pós-graduação

Neste tópico, a ênfase da educação em saúde na pós-graduação se deu através do questionamento: “Na sua pós-graduação foi trabalhada a estratégia de educação em saúde?”

“Sim. Estive em especialização por meio de residência multiprofissional e a educação em saúde era uma das ferramentas de cuidado mais utilizadas pelos residentes, estando diariamente

presentes em suas atividades. Já no mestrado, foram abordados aspectos teórico referentes a educação em saúde, tais como andragogia, educação popular em saúde e uso de metodologias ativas de ensino- aprendizagem” (ATOR SOCIAL 3).

“Sim, na perspectiva emancipatória, de empoderamento social e participação ativa dos envolvidos” (ATOR SOCIAL 4).

“Foi trabalhada mais especificamente da pós em saúde pública com ênfase em Saúde na Família, visto que é neste cenário onde a utiliza de forma mais proeminente. Na pós voltada para assistência hospitalar e no mestrado acadêmico, ocorreu abordagem de forma indireta, superficial e com ênfase menor, tendo em vista a menor utilização/exploração da educação em saúde nestes cenários” (ATOR SOCIAL 14).

Dos 20 participantes, 12 informaram que a Educação em Saúde na pós-graduação teve sua ênfase voltada para a educação popular, metodologias ativas, na perspectiva de emancipação e empoderamento das pessoas e comunidade, e também na assistência hospitalar, porém com pouco enfoque. Já os outros sete informaram que não foi trabalhada a Educação em Saúde na sua pós-graduação, e apenas um descreveu que foi trabalhado muito pouco a ES.

Bases Conceituais que Fundamentam a Prática da Educação em Saúde

A fundamentação dessa categoria se dá de acordo com quatro perguntas essenciais feitas no questionário: “Quais as ações de educação em saúde que fazem parte do planejamento de sua aula?”, “Em quais conceitos que se baseiam as atividades de educação em saúde que você desenvolve durante suas aulas?”, “Existe correlação entre a sua formação e as atividades de educação em saúde vivenciadas na sua prática?” e, “Qual a sua opinião sobre a realização das atividades de educação em saúde em todas as disciplinas do curso de enfermagem?”.

Primeiro questionamento: “Quais as ações de educação em saúde que fazem parte do planejamento de sua aula?”

“Ações educativas que englobem promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e participação ativa do indivíduo e comunidade. Ex: rodas de gestantes através da discussão de temas referentes a saúde gestacional e aplicação de tecnologias educativas para integração de teorias e práticas” (ATOR SOCIAL 6).

“Procuro enfatizar a educação em saúde com foco na formação de recursos humanos para a enfermagem. Além disso, apresento-a como importante estratégia assistencial para promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, pautada no empoderamento e desenvolvimento da autonomia dos usuários” (ATOR SOCIAL 14).

“As Teorias de Enfermagem seguem (em sua grande parte) a linha de Prevenção, Proteção e Promoção da Saúde, e neste sentido as minhas ações buscam orientar principalmente a implementação de tecnologias leves de saúde no processo de cuidar, haja vista que a versatilidade destes mecanismos favorecem toda e qualquer estratégia dentro da vertente de educação” (ATOR SOCIAL 18).

“Atividades de educação em saúde individuais, familiares e coletivas articuladas aos conteúdos ministrados nas disciplinas ou as necessidades identificadas nos atendimentos dos usuários e família. Nos estágios são planejadas atividades de capacitação da equipe de saúde, orientações em cada consulta e procedimento realizado, palestras educativas com os usuários, ações comunitárias e nas instituições de ensino na área adscrita, com vistas a articular educação e saúde. Nas aulas teóricas ou teórico-práticas busca-se instigar o aluno a desenvolver plano de cuidados, incluindo educação em saúde voltada a promoção da saúde, prevenção de agravos e melhoria da qualidade de vida dos usuários. Em ambos os contextos enfatizo a necessidade de considerar as necessidades de saúde identificadas, os contextos de inserção dessas pessoas e verificando a compreensão das informações pelo usuário, adaptando a linguagem quando necessário” (ATOR SOCIAL 20).

Nesta questão, observa-se que os participantes referem que desenvolvem ações de Educação em Saúde durante as aulas de acordo com ações de promoção, prevenção de doenças e agravos, na capacitação de recursos humanos, e na realização de palestras e ações com base nas teorias de Enfermagem. Já nos estágios supervisionados são planejadas atividades educativas, aplicadas à promoção de saúde e prevenção de doenças.

Segundo questionamento: “Em quais conceitos que se baseiam as atividades de educação em saúde que você desenvolve durante suas aulas?”

“Promoção de saúde Qualidade de vida” (ATOR SOCIAL 1).

“Adoto uma concepção de educação em saúde ancorada nos campos teóricos e práticos da saúde coletiva, da promoção da saúde e da aprendizagem significativa” (ATOR SOCIAL 3).

“Principalmente nos conceitos desenvolvidos na Declaração de Alma Ata e na Carta de Ottawa” (ATOR SOCIAL 4).

“As ações educativas se baseiam em dois aspectos fundamentais, no contexto da saúde se baseia no referencial teórico do Competencies Health Promotion (CompHP) pois, a partir das ações desenvolvidas,

quero que os meus alunos desenvolvam competências para se tornarem promotores de saúde. No âmbito educacional/pedagógico, trabalhamos com a perspectiva da prática libertadora, criativa, integrando as crenças, experiências, desejos e cultura dos usuários nas nossas ações, tanto no planejamento (ao ouvir o que eles querem saber/aprender) como durante as ações quando promovemos o diálogo e a troca” (ATOR SOCIAL 5).

“Conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos” (ATOR SOCIAL 6).

“Utilizo as concepções de Paulo Freire, Educação Popular em Saúde, Política de Humanização e Educação Permanente em Saúde” (ATOR SOCIAL 7).

“Promoção, prevenção e recuperação da saúde, numa perspectiva emancipatória e de empoderamento do indivíduo” (ATOR SOCIAL 8).

“Nos conceitos de promoção da saúde, e nos pressupostos da educação popular em saúde” (ATOR SOCIAL 12).

“Educação popular em saúde porque não tem como trabalhar algo subjetivo como o mental, a não ser dessa maneira” (ATOR SOCIAL 13).

“Acredito que uma ação de educação em saúde deve ser sustentada por uma boa comunicação e pela percepção do outro enquanto um indivíduo singular. É importante focar na saúde, na preservação dela e empoderamento do paciente fortalecendo a ideia de que ele é o protagonista dos cuidados com a sua própria saúde” (ATOR SOCIAL 16).

“As atividades pautam-se nos conceitos de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, cuidados culturalmente congruentes. Busca-se planejá-los conforme as necessidades dos usuários, comunidade e indicações de saúde evidenciados na literatura científica ou pela análise da situação de saúde prévia, quando possível” (ATOR SOCIAL 20).

Nesta questão, os participantes, em sua maioria, fundamentam a ES nos construtos seguintes: promoção da saúde e qualidade de vida, na perspectiva da emancipação e empoderamento das pessoas, na teoria e prática da saúde coletiva, nos conceitos da Conferência de Alma Ata e Carta de Ottawa, nos referenciais do *Competencies Health promotion* (Competências para a Promoção da Saúde) e nos conceitos de Educação Popular de Saúde segundo Paulo Freire.

Dos participantes da pesquisa, três docentes referenciaram trabalhar o conceito de Educação Popular em Saúde durante suas aulas e, apenas dois, não responderam essa pergunta, um deles alegando não a ter compreendido.

Terceiro questionamento: “Existe correlação entre a sua formação e as atividades de educação em saúde vivenciadas na sua prática? ”

“Certamente. A minha formação universitária possibilitou-me um olhar diferenciado no contexto de formação em saúde com aplicabilidade prática em território, visando contribuir positivamente para a adoção de novos hábitos, olhares, pensamentos” (ATOR SOCIAL 7).

“Sim, pois durante a graduação e pós-graduação realizava atividades educativas, e essa experiência reflete nas minhas condutas profissionais atuais, repassando a importância das orientações, e da aproximação com a população atendida para a prevenção e promoção da saúde” (ATOR SOCIAL 12).

“Sim. Ao longo da formação, elementos/técnicas pedagógicos e didáticos aprendidos aperfeiçoaram as habilidades para a condução destas atividades” (ATOR SOCIAL 14).

“Sim. As atividades educativas realizadas na formação acadêmica e profissional contribuíram para nortear as práticas que hoje desenvolvo nas aulas, acompanhamento de estágios e projetos de iniciação científica, extensão, monitoria e orientações que desenvolvo” (ATOR SOCIAL 20).

Dentre os 20 participantes da pesquisa, 19 afirmaram que existe correlação entre a aprendizagem da educação em saúde durante a sua fase de graduação e a sua atual prática como docente e, apenas um, relatou não apresentar correlação entre sua formação e as atividades de educação em saúde vivenciadas em sua prática.

Quarto e último questionamento: “Qual a sua opinião sobre a realização das atividades de educação em saúde em todas as disciplinas do curso de enfermagem?”

“Penso que seria de bom grado, considerando a necessidade de articulação teórico prática em toda a formação em enfermagem” (ATOR SOCIAL 4).

“A Promoção da saúde é um tema transversal para no contexto da saúde, uma vez (deve) perpassa(r) todas as disciplinas. Sendo a educação em saúde uma estratégia para se alcançar a PS, sim, todas as disciplinas deve(riam) promover atividades educativas em saúde” (ATOR SOCIAL 5).

“Considero de suma importância, uma vez que o princípio do cuidado em saúde parte da atenção primária e suas inúmeras possibilidades educativas, sendo uma forte aliada para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população” (ATOR SOCIAL 6).

“Particularmente vejo que temos avançado bastante nesse objetivo de uns 5, 6 anos para cá. Isso é importante e necessário para um "pensar e fazer" coletivo, inclusive com a adoção de estratégias educacionais diferenciadas como as metodologias ativas” (ATOR SOCIAL 7).

“Muito importante, pois é na educação em saúde que será realizada a sensibilização do público alvo e assim a busca pela mudança de estilo de vida” (ATOR SOCIAL 10).

“Acho de grande relevância, a educação em saúde deve dar ênfase a educação permanente, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais ações direcionadas ao processo de trabalho em saúde considerando, o meio, a realidade local, valorizando o saber popular” (ATOR SOCIAL 11).

“Uma proposta interessante e necessária, que exigirá a adequação de técnicas/estratégias e temáticas para que a adesão e efeitos sejam positivos” (ATOR SOCIAL 14).

“É uma proposta interessante e desafiadora, tanto para os alunos como para os professores. Temos um modelo de ensino bem engessado e infelizmente ações de educação em saúde e promoção da saúde não são o centro da formação de enfermagem. Acredito que deveria ser, porém a realidade é outra. Então seria muito bom repensar isso” (ATOR SOCIAL 16).

“Acho essencial, considerando que o modelo de saúde do país é centrado em prevenção e promoção de saúde, sendo a APS porta de entrada para o SUS” (ATOR SOCIAL 18).

“Essencial. a educação em saúde proporciona, sem dúvida, uma melhoria na saúde e na qualidade de vida da população assistida” (ATOR SOCIAL 19).

“Não posso afirmar como isso ocorre em disciplinas apenas teóricas, visto que depende do planejamento docente e eu particularmente ministro disciplinas teórico-práticas. Contudo, percebo que nas disciplinas que articulam teoria e prática há oportunidade e possibilidade para discutir em âmbito teórico e implementar as ações de educação em saúde nas atividades práticas e estágios, o que facilita o desenvolvimento de habilidades e competências para a promoção da saúde na formação em saúde” (ATOR SOCIAL 20).

Os 20 participantes afirmaram a importância a prática da ES em todas as disciplinas, enfatizando que essa prática transversal contribuiria para a melhoria da qualidade de vida e que o curso de enfermagem tem procurado avançar nessa concepção.

2.5 Diferenças Conceituais e Práticas entre Educação Popular e Educação em Saúde Indicadas Pelos Docentes

Esta categoria buscou identificar através das respostas dos participantes como os docentes conceituam a diferença entre Educação em Saúde e Educação Popular.

“A educação popular em saúde nasce das demandas da comunidade e utiliza-se das ferramentas e atores desta comunidade para sanar estas demandas, envolvendo os indivíduos em um processo crítico de questionamentos e lutas sobre a realidade que vivenciam. Acredito que ambas, educação em saúde e educação em popular em saúde, quando pensadas e organizadas de modo amplo e adequado, contemplam as premissas da promoção da saúde, não estando uma mais adequada que a outra nesse processo” (ATOR SOCIAL 3).

“Corresponde a uma modalidade de educação que considera as características culturais e as peculiaridades da comunidade, reconhecendo inclusive suas práticas cotidianas e hábitos sociais. As duas se harmonizam com os ideias de promoção e prevenção” (ATOR SOCIAL 4).

“Pergunta 1 –[.]. A Educação em Saúde refere-se a uma prática político-pedagógica que se apresenta como uma importante estratégia para promoção da saúde. A educação em saúde objetiva, dentre outros aspectos, estimular a participação social nos processos decisórios em saúde; desenvolver na pessoas o senso de responsabilidade consigo e com o outro/comunidade; estimular e promover o diálogo entre os diferentes saberes; despertar nos indivíduos o senso "crítico" acerca das suas necessidades de saúde e dos determinantes que impactam sobre ela; promover melhorias na qualidade de vida e saúde do indivíduo/família/comunidade, etc. Pergunta 2 - Ambas (EPS e ES) se ancoram na perspectiva da prevenção de agravos e promoção da saúde, sendo assim, no cenário atual (de pandemia pelo COVID-19) se apresentam como importantes aliadas para o enfrentamento da doença, uma vez que, a partir do compartilhamento de informações em saúde, favorece o exercício da autonomia tanto para o autocuidado, como para a participação nos processos decisórios” (ATOR SOCIAL 5).

“Penso que a educação popular em saúde seja uma prática voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde, partindo sempre do diálogo entre os inúmeros saberes, inclusive saberes populares, além de incorporar a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS, por meio de encontros entre trabalhadores e usuários, entre equipes de saúde e os espaços das práticas populares de cuidado e entre o cotidiano dos conselhos e dos movimentos populares. Como a educação em saúde que ultrapassa uma mera relação de ensino/aprendizagem e envolve participação ativa, construção de processos de trabalho, ou seja, é uma prática social, participativa e construtiva por meio dos vários atores presentes” (ATOR SOCIAL 6).

“A educação em saúde compreende uma atividade de promoção de um olhar crítico, reflexivo que visa promover autonomia às pessoas para melhoria de sua saúde e conseqüente qualidade de vida. A educação popular em saúde é o reconhecimento do saber popular como gerador de práticas de cuidado valorizando, portanto, os movimentos sociais, comunidades locais em prol de melhorias na saúde de uma dada população” (ATOR SOCIAL 7).

“A educação popular em saúde parte de uma prática de promoção, proteção da saúde levando em conta os saberes, conhecimentos de

uma população, os saberes adquiridos e sua aplicabilidade no meio. A educação em saúde se dá por um processo pautado na construção de um espaço de educação visando um espaço para a construção de novos conhecimentos. Diante do cenário atual, considero a combinação das duas formas para a valorização tanto do saber científico, como do conhecimento popular” (ATOR SOCIAL 8).

“Há uma diferença conceitual em ambas. Educação popular em saúde visa a promoção da saúde com base na participação da comunidade e gestão participativa. A educação em saúde é uma prática que visa promover a saúde através da educação, informação e desenvolvimento de habilidades da população. Para o atual cenário das políticas públicas, a que mais se harmoniza é a educação popular em saúde. Ou pelo menos deveria ser a que mais se harmoniza” (ATOR SOCIAL 9).

“Educação popular em saúde busca além da consciência sanitária que pode reverter um quadro de saúde de uma determinada população, busca também a participação popular na construção das políticas públicas. A educação em saúde, trabalha a prevenção de doenças promovendo saúde, melhorando a vida das pessoas através de educação em saúde. A que se harmoniza com os ideais de prevenção e promoção em saúde é a educação em saúde” (ATOR SOCIAL 11).

“A educação em saúde é fundamental para a prevenção e promoção da saúde, contribuindo para o atendimento do princípio da integralidade, inerente ao SUS. É importante que esta prática considere o compartilhamento de saberes e o contexto de vida da população, considerando o saber popular, não se limitando a um processo verticalizado da transmissão de informações” (ATOR SOCIAL 12).

“A Educação Popular em Saúde está relacionada a uma articulação de classe/população com vistas ao processo de formação e capacitação desta, com intuito de sua reformulação, empoderamento, formação de conjunto de valores, etc. Já a educação em saúde objetiva trazer aspectos conceituais/teóricos e repassar/compartilhar para um grupo, com o intuito de modificar práticas em saúde para melhorar situação em saúde e qualidade de vida. Ambas são possíveis de serem adequadas às políticas públicas atuais do SUS. Entretanto, tendo em vista a eminência de políticas públicas em prol de "minorias" (que visam alcançar maior e melhor representatividade), a educação popular em saúde pode-se adequar melhor neste contexto” (ATOR SOCIAL 14).

“As práticas de Educação Popular em Saúde são mais centralizadoras, e elas possibilitam fielmente o encontro dos trabalhadores junto aos usuários, seja dentro das próprias equipes de saúde ou dos espaços de práticas populares (como os conselhos, movimentos populares, associações, etc.). Já a Educação em Saúde possui um sentido mais amplo, tratando de um conjunto de atividades que sofrem influências de conjectura - principalmente - sociais e culturais, sempre em benefício da melhoria da qualidade de vida dos sujeitos assistidos. Acredito que a harmonização deve ser mútua, apesar de que a EPS tem uma influência mais significativa diante das

massas populacionais, levando em consideração a sua metodologia de implementação” (ATOR SOCIAL 18).

“Educação popular é ser empático, é respeitar os princípios, a cultura, a crença e os costumes da comunidade. A educação em saúde parte do pressuposto de fornecer subsídios para que a população possa por si só criar meios e se empoderar sobre a importância do autocuidado em saúde” (ATOR SOCIAL 19).

“A educação popular em saúde visa a articulação entre saberes, conhecimentos e práticas entre usuários e profissionais de saúde, considerando seu contexto individual, social e familiar podendo ocorrer em distintos locais, não restringindo-se a estrutura física do serviço de saúde. A educação em saúde relaciona-se a ações individuais e comunitárias direcionada a indivíduos, sejam eles usuários ou profissionais de saúde que utilizem estratégias voltadas a promoção da saúde, prevenção de agravos e qualidade de vida. Essas atividades precisam ser planejadas conforme o contexto de abordagem e participantes. Ambas podem atingir as proposições das políticas públicas do SUS a depender da forma que ocorre sua operacionalização e implementação prática. Salienta-se que a educação popular fortalece a implementação do princípio de participação comunitária” (ATOR SOCIAL 20).

De acordo com os participantes, a Educação Popular em Saúde se caracteriza como uma prática que tem por objetivo atender as demandas da comunidade e está voltada para ações de promoção, proteção e recuperação, considerando os saberes populares, os movimentos sociais, a comunidade e a gestão participativa, além de promover consciência sanitária e a participação da população na formulação de políticas públicas, e na promoção de ações de empoderamento e formação de valores.

Já a Educação em Saúde é caracterizada pelos participantes como uma atividade que considera a cultura e as peculiaridades de cada comunidade através das práticas cotidianas e dos hábitos dos indivíduos. É tida também como uma prática pedagógica que leva a ações de promoção da saúde e a participação social, desenvolvendo um senso de responsabilidade individual e coletiva, que ultrapassa a relação de ensino e aprendizagem, e promove a autonomia e a criticidade dos sujeitos estimulando uma mudança nos hábitos de saúde e de vida dos sujeitos.

Os participantes afirmaram ainda que a ES tem por objetivo repassar informações, desenvolver habilidades, prevenir doenças, através de conceitos teóricos que possam modificar práticas de saúde e promover uma melhor qualidade de vida, fornecendo subsídios para a realização de ações individuais e coletivas, tanto por usuários quanto por profissionais de saúde.

No que se refere à harmonização dessas duas práticas (Educação Popular e Educação em Saúde) com as políticas públicas atuais, dois participantes destacaram que a prática que mais se harmoniza com o cenário atual das políticas públicas é a educação popular, um destacou que é a educação em saúde que mais se harmoniza com as políticas públicas e oito destacaram que tanto a educação popular quanto a educação em saúde se harmonizam com relação as políticas públicas.

Dos 20 participantes, 15 deles abordam que tanto a Educação Popular em Saúde quanto a Educação em Saúde são organizadas de modo amplo, atuando de acordo com as premissas de prevenção e promoção da saúde, favorecendo a autonomia e o poder de decisão dos indivíduos, e podendo atingir o que propõe as políticas públicas, conforme são inseridas e operacionalizadas.

ANÁLISE DAS CATEGORIAS

Nesse tópico, será realizado a análise de cada categoria de acordo com as respostas dos participantes apresentado nos resultados.

3.1 Análise do Perfil Sociodemográfico dos Participantes do Estudo

De acordo com a descrição dos dados no quadro, a distribuição das idades se encontra da seguinte forma: de 24 a 27 anos temos cinco participantes; de 28 a 32 anos, apresentou maior predominância, com nove participantes; de 33 a 36 anos foram dois participantes, assim como as idades de 38 a 39 anos e 43 a 47 anos, também com dois participantes.

Em concordância, dados do IBGE, no ano de 2016, apontam o nível de instrução da população entre 25 e 44 anos apresentava uma proporção de 15,6 (2,2%) de homens com ensino superior completo, e uma proporção de 21,5 (1,6%) de mulheres com ensino superior completo. Já na população de homens com 45 anos ou mais com nível superior completo, para o mesmo ano, a proporção é de 11,6 (2,3%), e o de mulheres com 45 anos ou mais a proporção é de 12,9 (1,8%) (IBGE, 2016).

Com relação ao gênero, a pesquisa conta com 14 (70%) docentes do gênero feminino e seis (30%) do gênero masculino.

Em consonância com tais dados, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) aborda em seu último censo sobre educação superior em 2016, que 57,2% dos estudantes matriculados nos cursos de graduação eram mulheres. Um aumento significativo quando se comparado ao ano de 2006, cuja taxa era de 56,4% de mulheres matriculadas (INEP, 2018).

Ainda de acordo com dados do censo da educação superior para o ano de 2016, no Brasil, tanto as redes de ensino superior públicas e privadas, apresentavam cerca de 397 mil docentes dos quais 45% são representados por mulheres. No entanto sua formação está mais voltada para áreas de ensino infantil, como a pedagogia,

enquanto os homens apresentam grande predominância em cursos da área da saúde, como a psicologia (FUNDAÇÃO TELEFONICA VIVO, 2018).

Dados do censo da educação superior de 2018 aponta que existiam aproximadamente mais de 397 mil docentes atuantes no país, dos quais 215 mil (83,3%) atuavam na rede particular de ensino e 183 mil (16,7%) na rede pública. Destes, 213.814 compreendiam os docentes do sexo masculino e 184.079 do sexo feminino. Com relação ao Nordeste o número de docentes nas instituições de ensino superior era de 90.499, divididos em 46.020 docentes do sexo masculino e 44.479 do sexo feminino. Em relação ao Estado do Ceará, os docentes das instituições superiores compreendiam cerca de 13.452, divididos em 7.191 docentes do sexo masculino e 6.261 do sexo feminino (INEP, 2018; EDUCA MAIS BRASIL, 2019).

Ainda de acordo com dados do censo descritos acima, com relação a rede pública de ensino, o estado do Ceará contava com a presença de 6.763 docentes, dos quais 3.875 eram homens e 2.888 eram mulheres. Com relação a rede particular de ensino, essa apresentava 6.689 docentes dos quais 3.316 eram homens e 3.373 eram mulheres.

Nesse aspecto, Idoeta (2019) aborda que, de acordo com dados estatísticos publicados pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), 25% das mulheres brasileiras com idade entre 25 a 34 anos tinham ensino superior enquanto os homens, na mesma faixa etária, apresentavam uma porcentagem apenas de 18%. No entanto, as médias da OCDE eram de 38% para homens e 51% para mulheres, segundo dados do ano de 2018. Já em relação ao mercado de trabalho, as mulheres com faixa etária de 25 a 34 anos com ensino superior apresentavam uma taxa de 82% de empregabilidade, caindo para 63% a empregabilidade de mulheres com nível técnico e para 45% para mulheres sem nenhuma formação.

De acordo com a autora supracitada, com relação à empregabilidade masculina, as taxas apresentavam um significativo aumento, considerando a mesma faixa etária de 25 a 34 anos. Homens com ensino superior apresentavam uma taxa de empregabilidade de 89%, caindo para 76% com curso técnico e, a mesma porcentagem para homens sem nenhuma formação. Essa disparidade de empregabilidade com relação a homens e mulheres pode estar relacionada a escolha de cursos superiores diferentes entre ambos, nos quais homens são mais representados em cursos como tecnologia da informação e engenharia, enquanto as

mulheres estão mais presentes em cursos voltados para a educação e ciências sociais, trazendo uma diferença no que se refere tanto na contratação quanto na renda.

Estes dados mostram que mesmo com as mulheres conquistando cada vez mais seu espaço no mercado, os homens, com a mesma ou com nenhuma formação, ainda conseguem se sobressair. Isso é consequência de uma sociedade machista e sexista, predominada pelo patriarcado, que tem a mulher como um ser inferior, feita somente para as atividades domésticas, que mesmo com todas as conquistas como votar, dirigir e estudar, ainda enfrenta grandes desafios, principalmente quando relacionados ao mercado de trabalho. Ao se analisar os dados relativos à idade descritos anteriormente, percebe-se uma semelhança entre eles e a três faixas etárias de idade dos docentes da URCA/UDI. A primeira é de 24 a 27 anos com cinco docentes, dos quais dois são do sexo feminino e três do sexo masculino; a segunda é de 28 a 32 anos com nove participantes, dos quais sete são do sexo feminino e dois do sexo masculino; e a terceira de 33 a 36 anos com dois participantes do sexo feminino.

Observa-se dentro dessas três faixas etárias a predominância de 11 docentes do sexo feminino e cinco docentes do sexo masculino, o que confirma a prevalência das mulheres em áreas voltadas para as ciências sociais e para a educação.

Em se tratando da participação masculina em todas as áreas da saúde, essa representação chega a uma taxa de 15% quando se comparado somente ao curso de enfermagem. A participação masculina em atividades que envolvia o cuidar, teve seu início durante as guerras e os surtos de doenças, representando um período chamado de pré-profissional, cuja presença era predominantemente masculina, baseada em cuidados militares e a presença de homens representantes da Igreja. Com tudo, com a inserção do modelo nightingaleano, a enfermagem passou a ser uma profissão predominantemente feminina, causando sua feminização e perdurando até os dias de hoje (COSTA; FREITAS; HAGOPIAN, 2017).

A predominância das mulheres nas áreas da saúde, principalmente na enfermagem, se dá pelo fato de essa profissão ter como essência o cuidado. Esse cuidado é tido como uma aptidão que está intimamente ligado às mulheres perante a sociedade, seja ao se realizar atividades domésticas, seja na sua área de atuação profissional (LOMBARDI; CAMPOS, 2018).

Percebe-se que, assim como outras instituições que também ofertam o curso de enfermagem, a URCA/ UDI apresenta a característica definida como feminização da enfermagem, ou seja, a grande maioria dos docentes são mulheres. Esse fato se dá devido a todo contexto histórico e ao protagonismo de Florence Nightingale, Ana Neri, entre tantas outras mulheres que revolucionaram a enfermagem. No entanto, é importante enfatizar sobre a presença masculina nos cursos da área da saúde, principalmente o de enfermagem, que se encontra em constante crescimento.

Com relação ao estado civil, 11 se declararam solteiros, oito se declaram serem casados e um declarou encontrar-se em união estável.

Já no que se refere a formação, dos 20 docentes da URCA/UDI participantes do estudo, 18 declararam serem formados em Enfermagem e dois em Biomedicina e Farmácia.

Nesse sentido, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 80% dos trabalhadores de enfermagem no país era composto por técnicos e auxiliares e 20% por enfermeiros. O quantitativo de profissionais que trabalhavam na área da saúde compreendia cerca de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais 1,7 milhão (50%) atuavam na enfermagem. No estado do Ceará, atuavam aproximadamente, 56 mil profissionais dos quais 75% dos profissionais de saúde era composto por técnicos e auxiliares e 25% por enfermeiros, que atuavam em serviços públicos (71,3%), privados (21,7%), filantrópicos (8,8%) e em atividades de ensino (7,5%) (COFEN, 2015).

Paulo Freire (1996, p.25), destaca que o ato de ensinar vai além da transferência de conhecimentos, ou seja, o docente deve estar intimamente aberto para ouvir e compreender os questionamentos trazidos pelos discentes, abordando alguns aspectos a considerar:

“Quando entro em uma sala de aula devo estar sendo um ser aberto a indagações, à curiosidade, às perguntas dos alunos, a suas inibições; um ser crítico e inquiridor, inquieto em face da tarefa que tenho— a de ensinar e não a de transferir conhecimento”

Complementar a isso, Souto et al. (2016), abordam que o docente é caracterizado como um agente transformador, que através do repasse de seus conhecimentos consegue transformar (e ser transformado) o cotidiano das pessoas através da comunicação e produzir grandes efeitos com relação a formação de novos profissionais, principalmente os profissionais da saúde, reconhecendo a importância

da qualidade de vida como aspecto transformador do indivíduo através de ações que busquem compreender o cotidiano, as singularidades e as individualidades de cada um, considerando a percepção destes sobre o que seria qualidade de vida.

Ainda de acordo com os autores acima, o cotidiano dos docentes se caracteriza como um grande fator no que se refere à qualidade de vida. Quanto mais tempo se dedicam ao trabalho, menos tempo sobra para que possam realizar outras atividades relacionadas a seu cotidiano familiar como estar com a família, cuidar da casa, entre outros aspectos, o que pode gerar uma sobrecarga grande de preocupação, acúmulo de tarefas e principalmente o estresse, trazendo problemas de saúde futuros.

Conseguir conciliar cotidiano com trabalho não é uma tarefa fácil, mas que necessita que o docente dê total atenção para que assim, consiga ministrar seus afazeres e manter uma boa qualidade de vida.

A Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961 é alterada pela Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, trazendo em seu inciso segundo características referentes as atribuições relativas a Câmara de Educação Superior como a análise e emissão de parecer, sugestões para o Plano Nacional de Educação, e a deliberação de: recursos, autorização, credenciamento e credenciamento das instituições superiores; de estatutos e regimentos das universidades e demais instituições de educação superior; de relatório de reconhecimento da oferta de cursos de mestrado e doutorado, além de analisar questões relativas a legislação da educação superior e assessorar o Ministério da Educação e do Desporto (BRASIL, 1995).

Quanto o processo de pós-graduação dos 20 docentes da URCA/UDI participantes da pesquisa, seis (30%) são especialistas, 13 (65%) são mestres e um (5%) doutor.

O surgimento dos cursos de pós-graduação remonta desde 1930, no governo de Getúlio Vargas, pelo Ministro da Educação e da Saúde na época. 16 anos depois, em 1946, através do decreto nº 21.321, tem-se a aprovação do Estatuto da Universidade no Brasil. No mesmo ano, o presidente Dutra cria o Conselho Nacional de Pesquisa (CNP), conhecido atualmente como Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (CASTRO, 2012).

Ainda de acordo com o autor supracitado, a pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) tem por objetivo buscar formar estudantes voltados para a pesquisa, ou seja, formar pesquisadores que possam contribuir com a ciência através

do desenvolvimento de novas pesquisas e estudos, enquanto as especializações e graduações tem seu foco direcionado para o ensino.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), em 2018, lançou dados referente ao número de pós-graduandos no Brasil. Neste ano, o número de estudantes de pós-graduação era de 122.295, divididos em 76.323 que cursavam mestrado, 4.008 que cursavam mestrado profissional e de 41.964 que cursavam doutorado. Quando comparado ao ano de 1996, o número de pós-graduandos no país era de 67.820, dos quais 45.622 eram do mestrado e 22.198 do doutorado. Em 2003, esses números eram de

112.237 estudantes que cursavam pós-graduação, dos quais 66.959 eram do mestrado acadêmico, 5.065 do mestrado profissional e 40.213 do doutorado (BRASIL, 2018).

Ainda de acordo com os dados acima emitidos pela CAPES, nos últimos oito anos, registrou-se um aumento de 9% ao ano na aprovação de cursos de pós-graduação. As áreas que concentram a maior demanda de alunos são os cursos de ciências humanas e engenharia, ciências da computação e ciências da saúde.

Nos últimos anos, pode se perceber um avanço exponencial de estudantes que procuraram, e procuram, realizar algum curso de pós-graduação. Isso se deve ao fato dos profissionais que concluem a graduação quererem se aperfeiçoar cada vez mais, melhorando seu currículo profissional, adquirindo cada vez mais experiência e atendendo as exigências do mercado de trabalho da área saúde, seja para aqueles que querem seguir na docência, como para aqueles que irão para a assistência.

Outrossim, segundo informações do site Educa + Brasil, publicado em 06 de janeiro desse ano (2020), a qualificação de professores do ensino superior, para o ano de 2018, apresentou um aumento significativo de 80%, alcançando os objetivos da meta 13 do Plano Nacional de Educação (PNE) que estipulava um aumento de mais de 75% de docentes, de instituições públicas e privadas, com mestrado e doutorado. Destes, 50,1% dos docentes de instituições privadas possuíam mestrado e 25,9% doutorado, e da rede pública essa porcentagem era de 25,5% para docentes com mestrado e 64,3% de docentes com doutorado.

O objetivo do PNE é melhorar a qualidade da educação superior através da titulação dos docentes, ou seja, o plano busca promover um aumento significativo de professores com mestrado e doutorado (75%), nas instituições públicas e privadas, sendo esses compostos por, pelo menos, 35% de docentes com doutorado. Essas

metas, tinham o objetivo de serem alcançadas até o ano de 2024, no entanto já se obteve alguns resultados parciais. O primeiro resultado data de 2016, quando o país conseguiu atingir a meta com 78,2% dos docentes com titulação acadêmica (mestrado ou doutorado), e o segundo resultado, do mesmo ano, com 39% dos docentes do país, com titulação em doutorado (OPNE, 2018).

Destaca-se que a Unidade Descentralizada de Iguatu, apresenta em seus cursos os pilares de ensino, pesquisa e extensão, fundamentais para a formação de profissionais qualificados. No ensino, conta com projetos de monitoria como por exemplo monitoria para as disciplinas de saúde coletiva I e II, visando incentivar e aprimorar no discente seu caminho para se tornar um futuro docente.

Na pesquisa, apresenta grupos que visam a inserção do discente no mundo da pesquisa, os incentivando a investigar e a solucionar possíveis problemas existentes, utilizando de técnicas adequadas e de pensamento crítico. Um dos exemplos de grupo de pesquisa é o Grupo de pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Já os projetos de extensão vão além dos muros da universidade, buscando desenvolver no discente sua autonomia e criticidade para atuar na comunidade, empoderando-a e emancipando-a para transformar sua realidade. Um dos exemplos de projetos de extensão existentes na universidade é o projeto Saúde e Segurança do Paciente: O papel (trans) formador da Universidade.

Com relação ao tempo de docência, um participante apresenta tempo de docência de 10 a 20 anos, três de 5 a 10 anos de docência, e 16 participantes apresentam um tempo de docência de 1 a 5 anos. Esse tempo de docência concorre para desenvolvimento do docente e da formação do aluno.

O Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2017-2021, da Universidade Regional do Cariri, aponta que o corpo docente que compunha a URCA/ UDI possuía, em 2017, 39 docentes dos quais um (3%) era efetivo e 38 (97%) temporários. Dos 39 docentes, 13 (33%) eram mestres, 24 (62%) eram especialistas e 2 (5%) eram apenas graduados. Dos 13 mestres, 12 (93%) eram temporários e um (7%) efetivo (PDI, 2017).

De acordo com dados fornecidos pela Coordenação do Curso de Enfermagem da Unidade de Iguatu, o curso em questão conta, atualmente, com a presença de 45 docentes que compõem o colegiado de enfermagem, dos quais 7(16%) são docentes cedidos dos outros cursos como Direito, Economia e Educação Física, e os outros 38 (84%) são exclusivamente do Curso de Enfermagem.

Com relação a formação desses profissionais, na URCA/UDI existem um (2%) docente graduado, oito (18%) especialistas, 34 (76%) mestres e dois (4%) doutores. Dos 45 docentes atuantes no curso de enfermagem da Unidade de Iguatu, apenas um (2%) é efetivo, os outros 44 (98%) são temporários.

Os docentes temporários são regidos pela Lei nº8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação, por tempo determinado, de profissionais para atender possíveis necessidades excepcionais, dentre eles a admissão de professores substitutos e visitantes, presente em seu parágrafo IV Art. 2º, e, em seu parágrafo V do mesmo artigo, retrata sobre a admissão de professor e pesquisador estrangeiro (BRASIL, 1993).

Este tipo de ingresso de docentes substitutos de dois em dois anos representa uma forma de burlar os direitos dos trabalhadores que se vem submetidos a exames equiparados aos grandes concursos para efetivos, exames rigorosos, cansativos, causando estresse, frustração ante os resultados e o receio de perder seu sustento.

Nesse sentido, Nuñez et al. (2009) destacam sobre a necessidade dos professores em conseguir agir criticamente, através de ações que permitam repensar suas atividades, e o papel que ocupam na sociedade, na escola e perante os alunos. Para que isso ocorra, é importante que este tenha condições adequadas de trabalho, de tempo, e de organização do espaço escolar em que atua, estabelecendo assim, uma relação íntima com quem este profissional é, com o que faz, o que pensa e sua opinião sobre determinadas questões, respeitando seu espaço e o tempo cotidiano que dedica em seu trabalho.

Para que o docente possa realizar uma prática educativa eficaz, é necessário que este tenha boas condições de trabalho, valorização salarial e profissional, e esteja procurando sempre se capacitar e melhorar seus conhecimentos e habilidades. Isso é necessário para que o professor possa, em sua prática profissional, promover ações que desenvolvam a capacidade de pensar dos alunos, envolvendo teoria e prática como ferramentas essenciais para uma educação de qualidade, que seja transformadora, e que provoque a emancipação e a autonomia dos sujeitos e da sociedade (GAMA, 2020).

Em se tratando das disciplinas ministradas pelos docentes que participaram da pesquisa, as disciplinas de: Microbiologia/ Parasitologia/ Exames e Nutrição, Saúde Coletiva I e II, Educação em Saúde, Tópicos Especiais em Enfermagem, Cuidar do

Adulto, Saúde da Criança e Oncologia, Bioquímica/ Farmacologia e Embriologia e História da Enfermagem, contam com a participação de um docente.

Nessa vertente, Paes e Paixão (2016) trazem que a educação e a saúde são alicerces que apresentam uma correlação com questões econômicas, sociais, culturais, ambientais, científicas e tecnológicas, buscando identificar as iniquidades sociais presente na sociedade. Isso significa que a Educação em Saúde é fundamental para o processo de transformação do educando e do docente, pois ambos aprendem com os saberes de cada um, permitindo que o aluno desenvolva durante sua formação pensamento crítico, principalmente, sobre os determinantes e condicionantes de saúde, essenciais para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, tanto para sua própria saúde, como para a melhoria das condições de saúde da comunidade em que vive.

Ainda de acordo com os autores supracitados, o professor é aquele capaz de desenvolver, no indivíduo e no coletivo, competências e habilidades que fortaleçam o elo existente entre o sujeito e a sociedade. Essas competências se darão através da adoção de ações que tenham como base o conhecimento científico, adquiridos através da realização de práticas que envolvam a educação e a saúde, considerando as particularidades existentes em cada ser humano.

Em se tratando das disciplinas de Gestão dos Serviços de Saúde, Semiologia e Semiotécnica, Saúde Mental, Saúde da Mulher e Bases Teóricas e Metodológicas de Enfermagem, estas contemplam a participação de dois docentes em cada uma das disciplinas.

As disciplinas que apresentam mais contingente de docentes são: Estágio Supervisionado I (Atenção Básica) com sete participantes, e Estágio Supervisionado II (Hospitalar) com quatro participantes.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) através da Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, instituiu as diretrizes curriculares nacionais do Curso de Enfermagem, abordando em seu Artigo 6º os conteúdos a serem ministrados na graduação, compreendendo as seguintes áreas: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais, e as Ciências da Enfermagem (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com o CNE, os incisos primeiro e segundo do mesmo artigo, tratam a respeito das competências intelectuais e habilidades que devem ser desenvolvidos no discente, no âmbito acadêmico e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades da população. Já em seu Artigo 7º aborda os aspectos

relacionados a realização de estágio em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, atenção básica e na comunidade, durante os dois últimos períodos do curso.

A disciplina de Educação em Saúde se encaixa no parágrafo II, do Art. 6º das diretrizes curriculares, que trata sobre Ciências Humanas e Sociais, e diz respeito sobre a relação do indivíduo e da sociedade, identificando os fatores biopsicossociais, os determinantes sociais de saúde, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, essenciais na compreensão do processo saúde-doença dos usuários e da comunidade.

Análise da Ênfase da Educação em Saúde no Processo de Formação (Graduação e Pós-Graduação dos) dos Docentes

Ao se analisar as respostas dos participantes, pode-se perceber que a Educação em Saúde trabalhada na Graduação dos docentes que atuam na URCA/UDI era abordada nas disciplinas de Saúde Coletiva, Estágio Supervisionado I (realizado na Atenção Básica), em projetos de extensão, atividades de monitoria e capacitações, estando ancorada nos princípios de promoção da saúde e prevenção de doenças, abordada como uma tecnologia leve, capaz de provocar o empoderamento e a autonomia dos indivíduos e da comunidade.

Desde o século XX, vêm-se discutindo ações que envolvem o desenvolvimento de práticas educativas na área da saúde, apresentando uma relação estreita com questões políticas e econômicas, levando a um controle social que tinha por objetivo satisfazer o interesse da classe dominante na época (ALMEIDA; SOARES, 2011).

Com o passar dos anos, os aspectos relacionados à educação e à saúde foram se estruturando e ganhando cada vez mais espaço, permitindo a capacitação e a qualificação dos profissionais de saúde para realizar ações de promoção e prevenção, visando a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e da sociedade.

A educação em saúde teve sua origem nos Estados Unidos da América (EUA) em 1909, associada a saúde pública, baseada nos pressupostos de prevenção das doenças, como o combate aos problemas de saúde, devendo esses ser prevenidos individualmente e como um acordo relacionado aos hábitos de vida que eram transmitidos pelos profissionais. A falta de informação das pessoas seria a origem das doenças, levando a comunicação na educação em saúde ser realizada por meio de

conteúdos neutros e puramente técnicos e médicos. Assim concebiam a população como responsáveis por seus problemas de saúde, levando o sistema saúde da época a trabalhar voltado mais para a transmissão de regras de comportamento (ALVES; AERTS, 2011).

De acordo com os autores supracitados, até início dos anos 80, a ES tinha como missão reduzir a ignorância da população sobre as causas das doenças sem nenhum envolvimento com as culturas das comunidades, adotando uma abordagem individualista, higienista, autoritária e assistencialista.

Para Colomé e Oliveira (2012), a educação em saúde é dividida em duas vertentes: a educação em saúde tradicional, realizada com o objetivo de persuasão, ou seja, aquela que busca, através de fundamentos científicos, mostrar ao indivíduo determinados comportamentos como influenciadores no processo saúde-doença, ancorando-se no conceito de saúde como ausência de doença, e a educação em saúde radical, que busca compreender a saúde no seu contexto ampliado, trabalhando não só individualmente, mas sim, coletivamente, estando ancorada nos princípios de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Percebe-se que os docentes da Unidade de Iguatu, durante sua graduação, tiveram a Educação em Saúde trabalhada na perspectiva da Educação em Saúde radical, ou seja, através dos princípios de promoção e prevenção. Isso é perceptível em suas respostas, nas quais promoção e prevenção são as palavras mais utilizadas.

Visando fortalecer a qualidade do ensino Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018, através da aprovação do parecer técnico 28/2018 que traz as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de bacharelado em enfermagem, em sua Seção III da Educação em Saúde, Art. 15, aborda que a educação em saúde deve estar direcionada para ações educativas dos indivíduos, família e comunidade, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado e contribuir na formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2018).

Essa mesma resolução apresenta, ainda, algumas competências que compreendem: o reconhecimento dos sujeitos no processo de formação; a capacidade de considerar o conhecimento prévio dos sujeitos e conseqüentemente aprender com eles; realizar ações que visem a promoção e a prevenção considerando as particularidades de cada um e o seu papel perante a sociedade; considerar a cultura do indivíduo como uma estratégia na realização das ações educativas;

reconhecer o trabalho do enfermeiro como integrante da rede de saúde, considerando sua valorização e a formação de novos profissionais, promovendo ações de educação que sejam capazes de detectar as necessidades dos indivíduos, através de metodologias ativas e pedagógicas que sejam adaptadas para o público em questão.

Mesmo sendo uma resolução atual, percebe-se que o conteúdo nela abordado, apresenta as mesmas características trazidas pelos docentes participantes do estudo, na qual a Educação em Saúde é abordada na perspectiva de emancipação dos sujeitos, através do desenvolvimento de ações educativas e atividades em grupos, como abordado pelo Ator Social 20, cuja as atividades de educação em saúde eram realizadas na comunidade.

A educação em saúde busca o empoderamento e a apropriação da população no que se refere ao conhecimento sobre as questões de saúde como uma prática social e comunitária, visando atender as necessidades da comunidade, buscando envolver o controle social e as políticas públicas do setor saúde e em contrapartida promover a inclusão social e desenvolver a autonomia nas questões inerentes a saúde da população. Para que seja realizada de força efetiva, é necessário que esteja atrelada a educação popular, levando em consideração o conhecimento prévio da população sobre o processo saúde-doença (PINAFO et al., 2011).

Ainda de acordo com o autor supracitado, a atenção básica é o elo chave da educação em saúde com a população, tendo em vista seu contato direto e através da realização das ações de promoção e prevenção realizados pelos profissionais de saúde que nela atuam. Todos devem trabalhar de forma organizada e articulada, com o objetivo de atender as possíveis demandas existentes e desenvolver ações educativas que envolva toda a comunidade.

Nesse sentido, existe a conexão entre a saúde e a educação, como um direito social, em que o cidadão através do olhar crítico sobre a realidade, torna-se capaz, pelo acesso ao conhecimento, de intervir e transformar sua realidade, levando em consideração a importância de ações de promoção e prevenção, que permitem a atuação tanto a nível individual como coletivo, tornando a ES relevante no que se refere ao processo de alargamento da cidadania pelo empoderamento e emancipação da população.

Deve-se reforçar também, que os princípios da Promoção da Saúde têm seus eixos de sustentação e desenvolvimento embasados na Educação em Saúde, servindo de alicerces para consolidação do nosso sistema de saúde. O SUS, como

uma política de Estado, estabelece um sistema universal, integral, justo e democrático, através de ações intersetoriais, como os setores da saúde e da educação pertencentes em cada território através das ações desenvolvidas tanto nas unidades de saúde quanto nas universidades, visando atingir resultados por meio de ações políticas dos indivíduos e comunidade, tendo como sustentáculo a percepção da educação e da saúde em suas diferentes e múltiplas dimensões, sejam elas sociais, culturais, epidemiológica, ecológicas, éticas e científicas.

Diante deste contexto, percebe-se que a maior ênfase da educação em saúde dos docentes da URCA/UDI durante o seu período de graduação estava relacionada com a perspectiva da promoção e prevenção à saúde, abordada durante os estágios da atenção básica, sendo o campo de primeiro contato com a população e permitindo, assim, a realização várias atividades educativas com a comunidade.

Destarte, Moreira et al. (2018) abordam que as tecnologias em saúde são organizadas em leves, duras e leve-duras. As tecnologias leves são tidas como aquelas que abordam as relações entre os indivíduos e as coletividades, ou seja, relaciona-se com ações que tem por objetivo promover saúde. Junto a essa classificação de tecnologias, tem outra que é a tecnologia na saúde, dividida em três tipos: Tecnologia educacional, gerencial e assistenciais. As tecnologias assistenciais são aquelas que envolvem saberes técnico científicos, levando em consideração as experiências dos profissionais e dos clientes, desenvolvendo assim, ações capazes de promover uma assistência humanizada em todas as dimensões do indivíduo.

A educação em saúde se caracteriza como uma tecnologia leve, relacional, que tem por objetivo a autonomia dos sujeitos, e o seu entendimento a respeito dos determinantes envolvidos em seu processo de saúde. Nesse contexto, a fala do Ator Social 14 apresenta no tópico referente a ênfase da educação em saúde na graduação, abordou que a educação em saúde era desenvolvida na perspectiva de uma tecnologia leve, que se utiliza (ou não) de baixo investimento, mas que tem a capacidade de promover um impacto positivo na saúde da população, e conseqüentemente promover uma melhor qualidade de vida.

Diante do exposto, deve-se considerar a saúde coletiva como campo de atuação da educação em saúde, levando em consideração os determinantes sociais, as necessidades de saúde e os saberes da população, realizadas através de um processo denominado Processo de Construção Compartilhada de Conhecimento, que tem por objetivo promover nos sujeitos sua independência e autonomia, adquirindo

um poder de decisão no que se refere às questões de saúde e de qualidade de vida (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

Esse processo de construção compartilhada de conhecimento, que é a base da educação em saúde, pode estar presente durante as atividades de monitoria e dos projetos de extensão realizados pelos discentes, tendo em vista que estas ações propiciam ao estudante a oportunidade de desenvolver ações educativas que envolvam outros estudantes, os docentes, os profissionais de saúde e principalmente a comunidade, permitindo o compartilhamento de conhecimentos e promovendo o feedback positivo entre aqueles que promovem ações de educação, e aqueles que recebem essas informações.

Diante do exposto, é necessário considerar a educação em saúde como uma ação a ser desenvolvida no sentido da promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo em vista que essa está relacionada com ações pontuais, ou seja, está relacionada com a proteção dos indivíduos sobre determinadas doenças, inibindo ou evitando sua prevalência e incidência na população, e na promoção da saúde, que visa a adoção de escolhas saudáveis por parte da população, provocando mudanças na qualidade de vida e atingindo uma grande proporção de pessoas (DEMARZO, 2011).

Ambas, promoção e prevenção, estão atreladas à educação em saúde no sentido de promover o empoderamento, a autonomia, e o protagonismo dos sujeitos no que se refere aos aspectos relacionados a sua saúde, permitindo que estes possam compreender, identificar e atuar ativamente no seu processo saúde-doença através de ações que busquem avaliar suas necessidades, seu contexto social, cultural, suas relações com a família, comunidade e no trabalho, garantindo assim, que esse processo de transformação e emancipação seja eficaz para todos os envolvidos, seja individual ou coletivamente.

Em consonância a isso, tem-se a necessidade de ampliação da autonomia, através da adesão de ações desenvolvidas mediante os conceitos ensinados por Paulo Freire e pela maior participação da sociedade civil, por meio das redes sociais de articulação de conselhos e fóruns, todos envolvidos pelos princípios e estratégias do SUS e demais conquistas no campo da saúde coletiva.

Os princípios de promoção da saúde robustecem o aparecimento da maior participação popular dos usuários do SUS em que as abordagens verticais, hierarquizadas, normativas e higienistas começaram a ser questionadas.

Consequentemente, surge a necessidade de maior autonomia dos usuários, respeitando seus saberes e a sua participação na sociedade, o que se caracteriza como eixos importantes para efetivação da promoção da saúde.

Em relação a ênfase da Educação em saúde na pós-graduação, os docentes da UDI afirmaram que era trabalhada na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no Mestrado e na Pós em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família, estando ancorada nos princípios da andragogia (arte de ensinar adultos), educação popular em saúde, metodologias ativas, emancipação e empoderamento dos sujeitos.

Desde 1975 têm-se instituído no país as residências multiprofissionais em saúde e em área profissional da saúde através da Lei nº 11.129, regulamentada em 2005, e através da Resolução CNS nº287/1998, que institui as profissões de atuação da residência como: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998; BRASIL, 2005).

De acordo com a lei supracitada, o cenário de atuação das residências multiprofissionais em saúde da família deve ser realizado nas Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como foco principal, formando profissionais humanizados, que sejam capazes de atender as necessidades dos usuários, das famílias e da comunidade.

Já os cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) e *latu sensu* (que compreende as especializações), tem estabelecido as normas para seu funcionamento através da regulamentação da Resolução CNE/CES Nº 1, de 3 de abril de 2001 (BRASIL, 2001).

A ênfase da educação popular em saúde está ancorada nos princípios da educação em saúde, onde ambas se complementam, permitindo assim, que os sujeitos compreendam as causas de determinadas doenças e possam mudar seus hábitos de vida, considerando o conhecimento adquirido (seja ele técnico, científico ou empírico) ao longo da vida (GOMES; MERHY, 2011).

Relacionado a isso, temos a educação em saúde como aliada na condução de metodologias ativas, tendo em vista que os docentes necessitam adotar estratégias e recursos metodológicos que estejam alinhados com a educação. As metodologias ativas compreendem uma gama de recursos essenciais para a obtenção da formação de um pensamento crítico-reflexivo, capazes de promover nos indivíduos o

entendimento sobre questões como saúde, educação, economia e política (ALVES et al., 2017).

O ensino na saúde, vem paulatinamente passando por várias discussões, visando preparar os profissionais para um agir diferente na solução de problemas de saúde, seja no âmbito individual como no coletivo. Essas buscas de reformulação do ensino tradicional, promovem no aluno e no docente a oportunidade de expressarem suas opiniões, atendendo as necessidades, e promovendo o direito de acesso a novos conhecimentos surgidos dessa parceria entre o saber do professor e do aluno, conduzindo ao docente a adoção de práticas inovadoras como as metodologias ativas e ao discente a melhoria no processo de ensino aprendizagem.

Nesse respeito os docentes da URCA/UDI adotam as metodologias ativas como estratégias de ensino para ministrarem tanto suas aulas teóricas quanto para auxiliar os discentes durante as práticas nos campos de estágio, seja no contexto da atenção básica, seja nas unidades hospitalares. Tendo por objetivo a busca em desenvolver nos discentes a autonomia, o senso crítico para a resolução de determinadas problemáticas, a emancipação e o empoderamento destes, permitindo assim, que possam ser agentes ativos de transformação e continuar realizando a prática de educação em saúde ao longo de sua formação, e posteriormente enquanto profissionais.

Em se tratando da atenção hospitalar, esta permite a realização de ações de promoção e prevenção visando o reestabelecimento da saúde, através da oferta de serviços de média e alta complexidade, e a oferta do serviço móvel de urgência, elencados na política de atenção hospitalar. As redes de hospital do Brasil possuem uma gama de serviços heterogêneos e de assistência tecnológica, levando a uma quantidade de recursos e de pessoal significativo (BRASIL, 2017).

Com relação a abordagem da educação em saúde no âmbito hospitalar, Rigon e Neves (2011) destacam que os enfermeiros (as) que atuam nesses ambientes estão mais voltados para atividades de gerenciamento e ações assistenciais tecnicistas e biologicistas, não sobrando tempo para atividades que envolvam a educação em saúde.

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, o enfermeiro do contexto hospitalar tem a capacidade e a autonomia de realizar ações que possam transpor seus conhecimentos, mudando o contexto daquele que se encontra doente em um leito de hospital, realizando ações em saúde que possam ir além do tratamento, como

simples orientações, tendo em vista que este paciente, que agora se encontra doente, irá retornar para a sua rotina diária e necessita ser orientado quanto a sua saúde para que este não retorne ao ambiente hospitalar novamente.

Percebe-se que os aspetos relacionados com a educação em saúde no contexto hospitalar são pouco abordados, tendo em vista inúmeros fatores que culminam para que essas atividades nesses ambientes sejam pouco enfatizadas, seja por profissionais, seja por estagiários, tanto da graduação quanto aqueles que fazem pós-graduação. Isso é perceptível na fala do Ator Social 14, que diz que em sua pós-graduação voltada para a assistência hospitalar e durante seu mestrado, a educação em saúde teve pouca ênfase.

No que se refere às estratégias de educação em saúde e educação popular, estas podem levar a concretização de ações como: o empoderamento individual (ou psicológico), no qual as pessoas conquistam uma certa liberdade, saem de um determinado estado de “subordinação” e passam a agir e a pensar por si mesmas; o empoderamento comunitário, que está relacionado com o acesso a informação e a determinados recursos, e na resolutividade de problemas sociais e econômicos (ROSO; ROMANINI, 2014).

Ainda de acordo com os autores supracitados, o acesso à informação e à educação levam ao princípio da promoção da saúde, essencial no desenvolvimento do empoderamento; e a conscientização, que está relacionada com a posição que o indivíduo ocupa na sociedade, através de sua análise crítica com relação a determinados fatores, fazendo com que este seja um agente de transformação. No entanto a conscientização não é uma ação individualista, mas sim, um conjunto de fatores que podem ou não determinar no empoderamento do indivíduo ou da comunidade.

Dessa forma, uma pesquisa realizada por Costa et al. (2014) evidenciada que muitos profissionais buscam a pós-graduação como uma ferramenta para a melhoria de sua carreira profissional e acadêmica, suprimindo necessidades advindas da graduação e aprimorando seu raciocínio crítico e analítico, apresentando um reflexo positivo no que se refere a qualificação de profissionais na área da saúde, trazendo, entre outros aspectos, reconhecimento profissional, compensação financeira, além de procurar suprir as exigências existentes atualmente no mercado de trabalho.

Com relação aos participantes da pesquisa, observou-se que sete destes não tiveram a abordagem da educação em saúde durante sua pós-graduação. Isso pode

ser reflexo de uma pós-graduação fragmentada, ou seja, aqueles que fazem pós-graduação em áreas como Saúde da Família ou Saúde Coletiva, tem uma abordagem mais predominante da Educação em Saúde, tendo em vista seus conceitos e o contato direto com o indivíduo e com a comunidade do qual está atuando. Os demais, podem ter realizado pós-graduação cujo o foco não era (ou não é) voltado para a educação em saúde, mas sim, para atividades que estejam mais voltadas para conteúdos e procedimentos técnicos.

Análise das Bases Conceituais que Fundamentam a Prática da Educação em Saúde

De acordo com a análise das respostas dos participantes em relação ao primeiro questionamento, sobre as ações de educação em saúde que faziam parte do planejamento da aula, as respostas estavam voltadas para ações que visavam a promoção da saúde, formação de recursos humanos para a enfermagem, teorias de enfermagem e tecnologias leves. Durante os estágios curriculares essas ações se davam através da realização de capacitação da equipe, orientações durante as consultas e na realização de palestras educativas.

Em concordância, Buss (2002) em seu artigo sobre Promoção da Saúde da Família, aborda que a promoção da saúde se divide em dois aspectos: o primeiro está relacionado com ações individuais, que tem por objetivo a mudança do estilo de vida através de ações educativas, ou seja, está relacionado com atividades de educação centradas no próprio indivíduo, como por exemplo a higiene, alimentação, atividade física entre outras ações que estão no controle daquele sujeito. Já o segundo aspecto, relaciona-se as ações desenvolvidas no coletivo, provocando mudanças na qualidade de vida através da identificação dos determinantes sociais.

A promoção da saúde encontra-se presente no artigo 196 da Constituição Federal, que traz a saúde como um direito de todos os cidadãos devendo ser ofertado pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas, auxiliando na redução das doenças e dos agravos, promovendo o acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária, estando ancorada nos aspectos da promoção, prevenção e recuperação (INCA, 2020).

Em consonância com o apresentado, ressalta-se que a promoção da saúde é considerada uma estratégia que visa a melhoria da qualidade de vida, promovendo

ações de gestão compartilhada entre usuários, profissionais da saúde e movimentos sociais, considerando os determinantes sociais e seu impacto sobre o indivíduo e a coletividade.

Uma das ações elencadas pelo Ator Social 14, docente da Universidade de Iguatu, foca em parte na educação em saúde voltada para formação de recursos humanos (RH) para a enfermagem. Importante enfatizar que o campo de 'Recursos Humanos em Saúde' (RHS) compreende várias extensões desde a composição e repartição da força de trabalho, processo de formação e preparação sistemática dos profissionais de saúde, visando orientá-los para as mudanças e inovações de cada momento. Outrossim, houve a preocupação com todo o processo de organização do trabalho de acordo com as características exigidas pelo mercado do trabalho, assim como a regulação do exercício profissional pelos seus conselhos de classe e Ministério do Trabalho (BRASIL, 2004).

Surgida mediante ações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), ocorrida em 1986, propunha ações de articulação entre os centros formadores de pessoal para a gestão de RH em saúde e as instituições prestadoras de serviços, alcançando os objetivos do SUS, desenvolvendo um serviço de qualidade e levando em consideração a realidade de saúde local (FERREIRA; MOURA, 2006).

Em 1993 ocorre a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, trazendo em seu documento uma análise das condições de saúde da população brasileira, o desenvolvimento do processo de implementação do SUS e sua relação com os trabalhadores no que se refere a formação e a gestão do trabalho. Esse documento trouxe ainda algumas propostas como a regulamentação do inciso III, do Atr. 200 da Constituição Federal, que trata sobre a ordenação e a formação de recursos humanos para a saúde, assim como a articulação e a integração dos setores da educação e da saúde, como princípios centrais das políticas de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, a visão da Constituição Federal de 1988 e da 2ª Conferência de Recursos Humanos demonstram a preocupação principal com a promoção da saúde do trabalhador através da estratégia da ES.

Com a ampliação do acesso e cobertura as ações e aos serviços de saúde e com o advento da descentralização, em 2003, foi reestruturado o Ministério da Saúde e criada a Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com

o objetivo de promover uma melhor qualificação e valorização dos trabalhadores da área de Recursos Humanos na Saúde, analisando as dificuldades existentes na área, definindo políticas e envolvendo ações e diretrizes para o desenvolvimento da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS), garantindo assim, o desempenho efetivo das ações definidas pelo SUS (MAGNAGO et al., 2017).

Diante das ações definidas na 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2003, surge a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, tendo por objetivo a aprovação dos princípios e diretrizes da Gestão do Trabalho e da Educação na saúde no SUS e da Política Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2005).

Ainda nesta vertente, destaca-se que essa conferência apresentava propostas com base em seis eixos que compreendem: Gestão do Trabalho; Educação na Saúde; Participação do Trabalhador na gestão, na negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, Estados e Municípios; Controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde e, por fim, a produção e incorporação de saberes relacionados a práticas de trabalho, gestão, formação e participação no setor saúde.

Dessa forma, Machado (2000) exemplifica que a esfera dos Recursos Humanos (RH) vai além do setor político, estando cada vez mais presente no sistema de saúde como o SUS por exemplo, sendo considerada de suma importância no que se refere a capacitação e qualificação dos profissionais para bem assistir os usuários do SUS, e estando intimamente ligada aos gestores e aos sindicalistas que são os responsáveis pela mão-de-obra que trabalha nos serviços de saúde.

Destaca-se que o desenvolvimento laboral com RH está automaticamente relacionado com a gestão de pessoal, com a captação de recursos e com a organização dos serviços, seja na atenção básica, seja no hospital, configurando uma das muitas atividades exercidas pelo enfermeiro. Trabalhar educação em saúde, na perspectiva da prevenção e promoção da saúde, voltada para recursos humanos, auxilia ao gestor responsável uma melhor avaliação e abertura dos demais profissionais, permite uma escuta qualificada de suas necessidades e busca identificar fatores essenciais para a qualidade de vida, melhorando seu desempenho durante o trabalho.

Outra ação abordada pelos docentes, está relacionada com a utilização das teorias de enfermagem em conjunto com as tecnologias leves, abordada através da

resposta do Ator Social 18, diante do questionamento sobre as ações que fazem parte do planejamento da aula.

As tecnologias em saúde são compreendidas em dois aspectos: como produto, na qual são repassadas as informações inerentes ao processo de saúde e como processo, através da utilização de recursos relacionados com o processo de aprender e ensinar do indivíduo, família e comunidade. Nesse pressuposto, as tecnologias leves apresentam como princípios o acolhimento e as relações interpessoais, estando relacionadas com ações que buscam desenvolver no indivíduo a capacidade de cuidar de si mesmo, através da interação entre profissional e cliente, promovendo, conseqüentemente, uma troca de aprendizagem entre ambos (SABINO et al., 2016).

As teorias de enfermagem são categorizadas de acordo com alguns princípios dos quais encontram-se alguns (algumas) estudiosos (estudiosas) como por exemplo Florence Nightingale e Dorothea Oren, que são teóricas votados para a teoria das necessidades humanas e problemas; assim como Hildegard Peplau e Imogene King são teóricos voltados para interação e comunicação; Martha Rogers, cuja teoria está relacionado com o campo de energia e o ser humano unitário; Callista Roy e Madeleine Leininger, teóricas cujo os estudos estão voltados para os sistemas e, Wanda de Aguiar Horta, primeira teórica brasileira, que através de estudos sobre a teoria de Maslow criou a teoria das necessidades humanas (VILLARINHO, 2014).

Ainda de acordo com a autora acima citada, ao avaliar o estado de saúde de um paciente, suas características e o seu cenário de atuação, o profissional enfermeiro está colaborando para aplicação das teorias de enfermagem, que são estratégias intimamente ligadas ao cuidado, dando assim, origem a uma ferramenta de suma importância para o enfermeiro (a), o Processo de Enfermagem (PE), que traz estruturação e cientificidade para a assistência.

O processo de enfermagem é regulamentado pela Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009, e dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e sua implementação onde há a oferta de serviços públicos ou privados de enfermagem, trazendo ainda em seu Art. 3º que o processo de enfermagem deve ser baseado através de um suporte teórico que auxilie na coleta de dados, no diagnóstico, no planejamento, na intervenção, na avaliação e nos resultados de enfermagem que foram elencados (COFEN, 2009).

Complementar a isso, Moreira, Dias e Fernandes (2017) trazem as teorias de enfermagem como uma ferramenta que contribui para o desenvolvimento de práticas

assistenciais que sejam articuladas e sistematizadas, tendo por objetivo auxiliar o profissional na aplicabilidade dos cuidados de enfermagem e ao mesmo tempo garantir respaldo profissional.

Nesse sentido, os aspectos abordados pelo Ator Social 18 estão relacionados com a importância da utilização de teorias da enfermagem na implementação de ações de promoção em saúde durante a prática de educação em saúde, tendo em vista as ações de promoção, prevenção, e as relações interpessoais, o que permite auxiliar os discentes na identificação e na resolução dos problemas de saúde, abordando aspectos relativos ao processo de enfermagem que é uma ferramenta atrelada as teorias, e contribuindo para um desenvolvimento efetivo das ações de educação em saúde, trabalhada através das teorias de enfermagem em consonância com as tecnologias leves.

Outro aspecto importante a se considerar, está na utilização de ferramentas que auxiliem no desenvolvimento da educação em saúde durante os estágios curriculares de enfermagem, abordado pelo Ator Social 20, através da capacitação da equipe de saúde pelos discentes, das orientações dadas durante as consultas e procedimentos, assim como por meio da realização de palestras educativas e das visitas domiciliares.

O segundo questionamento está relacionado com os conceitos utilizados pelos docentes para a realização das atividades de educação em saúde durante suas aulas. As respostas estavam voltadas para promoção da saúde, prevenção e qualidade de vida; campos teóricos e práticos da saúde coletiva; conceitos abordados pela Declaração de Alma Ata e da Carta de Ottawa; o referencial teórico do *Competencies Health Promotion (CompHP)*; conceitos de Paulo Freire sobre Educação Popular e Educação Permanente em Saúde, a política de humanização e, para ações que envolvam a comunicação, a individualidade e a singularidade dos sujeitos.

O primeiro conceito, abordado pelo Ator Social 1, está na realização da educação em saúde através dos princípios da promoção da saúde e da qualidade de vida. Assim, Bezerra et al. (2013) destacam que a promoção da saúde é uma ação que tem por finalidade desenvolver no sujeito, família e coletividade o empoderamento, e sua participação nas políticas públicas e sociais, auxiliando no desenvolvimento de ambientes saudáveis, na redução das vulnerabilidades e procurando valorizar a rede social em que estão inseridos, permitindo assim, um fortalecimento e um suporte social.

Os autores acima destacam ainda que a promoção da saúde se relaciona com a qualidade de vida através de aspectos que busquem favorecer as relações interpessoais, a convivência e o cotidiano desses sujeitos. Ressaltado que a qualidade de vida está presente em dois fatores: os fatores objetivos, relacionado a necessidades de bens materiais e a questões de sobrevivência, e os fatores subjetivos, que estão intimamente ligados as relações sociais, identidade social, com a integração desse sujeito na sociedade e sua relação com o meio ambiente, identificados mediante as potencialidades e funcionalidades presentes em cada indivíduo.

Mediante isso, é necessário considerar a importância da promoção da saúde e da qualidade de vida na prática da educação em saúde, pois essas ações em conjunto permitem desenvolver nos sujeitos o seu empoderamento, sua autonomia e seu poder de decisão, auxiliando, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida de cada indivíduo, considerando as peculiaridades particularidades inerentes a cada um.

Outro conceito importante, abordado pelo Ator Social 3, está na aplicação da educação em saúde através por meio dos campos teóricos e práticos da saúde coletiva, trazida por Osório e Schraiber (2015) como uma prática de conhecimento que trabalha a interdisciplinaridade através de disciplinas como epidemiologia, planejamento e administração em saúde e as ciências sociais, assim como através da adoção dos princípios advindos da medicina preventiva e da medicina social.

A educação em saúde é uma prática de grande destaque para a saúde coletiva, pois auxilia na realização de ações em diversos âmbitos, seja organizacionais, seja institucionais, juntamente com diversos agentes que se encontram inseridos nos diversos âmbitos do setor saúde, devendo estar associada com os princípios da educação popular, para que seja garantida a valorização dos saberes da comunidade, ou seja os saberes empíricos, e não somente os saberes científicos (FALKENBERG et al., 2014).

Ao trabalhar a educação em saúde mediante dos princípios da saúde coletiva, percebe-se que os docentes estão trazendo para os alunos o contexto histórico de desenvolvimento da saúde coletiva, trabalhando as questões relativas aos movimentos sociais, as questões públicas e políticas públicas, entre outros aspectos tão importantes para o desenvolvimento do setor saúde e para compreensão e adoção de práticas educativas.

Um outro conceito, elencado pelo Ator Social 4, está na realização da educação em saúde através dos princípios dispostos na Declaração de Alma Ata e na Carta de Ottawa. A Declaração de Alma Ata, surgida em 1978 durante a Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários de Saúde, trouxe como marco a atenção primária como centro da assistência, através de experiências e reflexões teóricas. Organizada através de uma parceria com a Organização Mundial da saúde e com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), garantiu destaque a atenção primária, adotando princípios como universalidade, integralidade, permitindo uma articulação intersetorial e a abordagem de aspectos como alimentação, nutrição, educação e participação comunitária (FACCHINI, 2018).

Já a Carta de Ottawa, surgida em 1986 durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, é uma carta de intenção, que tinha por objetivo cumprir a meta denominada Saúde para Todos no ano 2000, surgida posterior as ações discutidas na Declaração de Alma Ata. Esta carta traz como princípio fundamental a promoção da saúde, destacando alguns critérios como: pré-requisitos para a saúde, defesa de causa, capacitação e mediação. Traz ainda o significado das ações de promoção da saúde através da construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço para ações comunitárias, o desenvolvimento das habilidades pessoais, a reorientação dos serviços de saúde, as ações de saúde orientadas para o futuro, o compromisso com a promoção da saúde e, a realização de ações de promoção da saúde em âmbito internacional (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Ainda de acordo com a carta acima citada, a educação em saúde encontra-se inserida no que se refere aos aspectos relacionados ao desenvolvimento das habilidades pessoais, através de ações que tenham por objetivo divulgar informações, permitindo as pessoas terem um maior controle sobre sua saúde e o meio ambiente, assim como, poderem enfrentar determinadas doenças, sejam elas crônicas ou de outras causas, devendo ser abordada nas escolas, nas comunidades, nas residências, no ambiente de trabalho e nos ambientes de saúde, realizadas através de organizações educacionais, profissionais, comerciais, voluntárias e por instituições governamentais.

Tanto a declaração como a carta encontram-se presente nas ações de educação em saúde através de ações de promoção da saúde. Nesse aspecto, promover saúde relaciona-se com a capacidade de realizar ações que sejam capazes

de desenvolver autonomia, empoderamento e conhecimento sobre o processo saúde-doença, permitindo aos indivíduos participarem ativamente de todos os aspectos que envolvem sua saúde.

Esses aspectos são perceptíveis entre os docentes pesquisados pois, durante a análise das respostas, percebe-se que esses utilizam da promoção da saúde para desenvolver a autonomia e o empoderamento dos discentes do curso de enfermagem, para posteriormente serem aplicados quando forem profissionais de saúde, garantindo assim, a continuidade a uma assistência integral e humanizada.

Complementar a isso temos outro conceito, trazido na fala do Ator Social 5, que está na aplicabilidade da educação em saúde através dos conceitos do Competencies Health Promotion (CompHP), ou Competências para a Promoção da Saúde (CPS). Essas competências foram discutidas na Austrália pelo Centro Australiano para Pesquisas em Promoção da saúde, da Curtin University, em conjunto com outras instituições de educação, sendo debatida, também, por outros países como Nova Zelândia, Escócia, Israel e Canadá (PINHEIRO et al., 2015).

De acordo com os autores acima, o conjunto de competências presente no CompHP para a realização das ações de promoção a saúde são a abordagem de valores, como por exemplo equidade, justiça social e autonomia; habilidades, que compreendem os princípios conceituais da promoção da saúde e, conhecimentos, presente no documento através de 47 competências e 9 domínios, dos quais destacam-se: Favorecimento de mudanças, Advocacia em saúde, Parceria, Comunicação, Liderança, Diagnóstico, Planejamento, Implementação, Avaliação e pesquisa, fornecendo subsídios necessários para o desenvolvimento de competências e habilidades inerentes ao processo de promoção da saúde.

Esses aspectos mostram o quanto a promoção da saúde é complexa, visto que avalia questões que são de suma importância para sua aplicabilidade. Assim, esta deve ser constantemente trabalhada em todas as disciplinas do curso de enfermagem, em especial, na educação em saúde o que garante sua efetividade e permite a realização de ações de promoção da saúde que busquem avaliar o indivíduo como um todo, considerando todos os seus aspectos biopsicossociais.

Analisando todo esse contexto, percebe-se que os docentes da Universidade Regional do Cariri, Unidade de Iguatu, utilizam os conceitos da promoção da saúde durante suas aulas através de ações educativas libertadoras, criativas, permitindo desenvolver uma compreensão das crenças e dos valores sociais e culturais, na

perspectiva de formarem alunos, e conseqüentemente profissionais promotores de saúde e verdadeiro cidadãos brasileiros que reconhecem o valor do SUS para a melhoria da qualidade de vida.

Outro conceito importante, destacados pelo Ator Social 7, está na realização das ações de educação em saúde através dos princípios de Paulo Freire sobre Educação Popular em Saúde. Em seu livro *Pedagogia da Esperança*, Paulo Freire (1992) destaca que a Educação Popular é uma ferramenta que se utiliza de artifícios, como a linguagem por exemplo, para o desenvolvimento da cidadania, para compreensão dos problemas sociais, considerando no indivíduo suas características, seus saberes populares, religiosos, espirituais e sobre saúde, além do conhecimento do sujeito sobre questões que envolvam sexualidade, corpo, vida e morte.

Neste respeito, o estudo proposto por Oliveira e Cota (2018) revela que a Educação Popular em Saúde se configura como uma ação que visa o reconhecimento da cultura e dos saberes populares, através de ações que envolvam o cuidado, o acolhimento, a escuta ativa, respeitando a diversidade e singularidade de cada paciente, estando sempre em consonância com os princípios e ideais de Paulo Freire.

A Resolução nº 15, de 30 de março de 2017, trata sobre a o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, definido através da Portaria nº 2.761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, destacando em seu Art. 2º quatro eixos estratégicos que compreendem: Participação, Controle Social e Gestão Participativa; Formação, Comunicação e Produção de Conhecimento; Cuidado em Saúde e Intersetorialidade e Diálogos Multiculturais (BRASIL, 2017).

Ainda de acordo com a resolução supracitada, o Art. 3º, em consonância com o Art. 2º, traz algumas estratégias das quais se destacam o inciso V, que trata sobre o reconhecimento de práticas de educação popular juntamente aos serviços de saúde; o inciso VI, que trata sobre a produção de conhecimento em educação popular em saúde; o inciso VII, que trata sobre ações de comunicação em saúde, valorizando os saberes populares, as linguagens, a cultura e os aspectos comunitários, relacionados as condições de vida e de saúde; e o inciso VIII, relacionado a praticas populares e tradicionais de cuidado, através de ações de acolhida, prevenção, promoção e recuperação, e sua integração as ações e serviços de saúde, incentivando o diálogo entre os saberes populares e técnico- científicos.

Complementar ao conceito de educação popular, o Ator Social 7 aborda ainda mais um conceito que ele utiliza em suas aulas para realizar educação em saúde: o conceito de Educação Permanente em Saúde, assim como a Política de Humanização.

Destarte, a Educação Permanente é definida como um processo de dinâmico de ensino-aprendizagem, que tem por objetivo promover capacitação profissional, estando ancorada nos princípios de Paulo Freire que compreendem as ações de comunicação dialógica e horizontal, na perspectiva de compartilhamento de experiências entre os indivíduos (BRITO; SILVA; MONTENEGRO, 2012).

Outrossim, Educação Permanente, ou Educação Continuada em saúde, tem a finalidade de promover mudanças nas práticas profissionais, através do enfrentamento de problemas com base nas experiências de cada indivíduo, permitindo o desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades, melhor qualificação profissional, auxiliando no trabalho em equipe e permitindo o desenvolvimento eficaz do processo de aprendizagem (COSTA et al., 2018).

Nesses pressupostos, temos a Portaria n° 1.996, de 20 de agosto de 2007, tem por objetivo dispor diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Essa política retrata, em seu parágrafo único, que as ações de educação permanente devem ser realizadas considerando as especificidades regionais, as desigualdades sociais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, assim como, considerar a oferta das instituições de saúde a respeito de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

A utilização das práticas de Educação Permanente utilizada pelos docentes, mostra a importância do profissional de saúde em continuar se capacitando, estudando, buscando se qualificar, estando sempre atento as mudanças que ocorrem na área da saúde, tendo em vista a necessidade de promover uma assistência eficaz e de qualidade. Essas ações de Educação Permanente são observadas nos docentes da Unidade de Iguatu, dos quais apresentam professores tanto com especialização, quanto com mestrado e doutorado.

Nesse sentido, a adoção dos ideais de Paulo Freire na realização da Educação Permanente se caracteriza como uma ação que visa a adoção de práticas educativas, se configurando como uma ação crítica, libertadora, conscientizadora, científica, ética, dialógica, política e humanista, favorecendo a autonomia, e permitindo uma transformação da realidade dos sujeitos (MEDEIROS, 2015).

Já a Política de Humanização, também abordada como conceito para as ações de Educação em Saúde, trata-se de uma política desenvolvida desde 2003 e cuja finalidade está em efetivar os princípios e diretrizes do SUS através das práticas de gestão e qualificação da saúde pública, garantindo a valorização de gestores, trabalhadores de saúde e usuários, e devendo estar sempre presentes em todos os programas e políticas de saúde desenvolvidos (BRASIL, 2013).

Essa política apresenta ainda, diretrizes como o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. Em seus princípios são adotados como base a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Ao desenvolver essa política com os alunos de enfermagem, os docentes da URCA/UDI, buscam ensinar e aprender sobre uma efetiva comunicação com o usuário do serviço, identificando suas necessidades e adotando medidas de prevenção e promoção em saúde que são consideradas essenciais para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem integral e humanizada.

O terceiro questionamento trata sobre a correlação entre a formação docente e as atividades de educação em saúde vivenciadas em sua prática. Dos 20 participantes, 19 atestaram que essa correlação existe sim, contribuindo para a prática docente através da realização de atividades educativas e da adoção de elementos e técnicas pedagógicas eficazes e participativas de ensino.

Acredita-se que a prática docente incentive cada vez mais a necessidade de que as universidades adotem medidas efetivas na formação permanente do seu corpo docente. Este fato por sua vez contribui para a valorização do ensino através da tríade ensinar-aprender-pesquisar, através de ações que estejam de acordo com as exigências da sociedade no que concerne a valorização dos professores e das políticas educacionais (MAIA, 2012).

Para tanto, Freitas et al. (2016) destacam que os professores precisam adquirir alguns saberes que são inerentes a sua formação como os saberes da formação profissional, os saberes disciplinares, os saberes curriculares e os saberes adquiridos através de suas experiências, sejam elas profissionais e pessoais. Sendo, dessa maneira, capaz de desenvolver no docente a capacidade de percepção, entendimento e análise, exigindo um acompanhamento constante das mudanças educacionais, precisando ainda, possuir domínio tanto no que se refere a conhecimentos básicos,

quanto a conhecimentos pedagógicos conceituais, relacionados ao processo de ensino- aprendizagem e aos conhecimentos políticos.

Associado a isso, tem-se a relação da educação em saúde com a formação docente, cujo enfoque inclui dois fatores: os fatores limitantes, que compreendem as ações da Educação em Saúde consideradas tradicionais, relacionados aos hábitos de vida, higiene, de saúde e bem estar do indivíduo; e, os fatores potenciais, que são relacionados ao desenvolvimento de uma Educação em Saúde transformadora capaz de promover o empoderamento, a autonomia, o senso crítico e o raciocínio lógico, através de ações interdisciplinares e problematizadoras (HANSEN, 2016).

Observa-se que a prática da Educação em Saúde, presente na formação dos docentes da URCA de Iguatu, permitiu que aplicassem estes conceitos durante a sua prática. A base do processo de formação dos docentes, contribuiu para aplicação dos ideais da Promoção da Saúde durante suas aulas, através das metodologias ativas, rodas de conversas, monitorias, estágios, projetos de extensão e grupos de pesquisa.

O quarto e último questionamento relaciona-se com a opinião dos docentes a respeito da realização da prática de Educação em Saúde em todas as disciplinas do curso de enfermagem. De acordo com a análise das respostas dos participantes, essa atitude serviria para promover uma maior articulação entre a teoria e a prática de enfermagem, juntamente com ações que envolvesse a promoção da saúde, servindo de base para a melhoria da qualidade de vida da população, sendo trabalhada em conjunto com a Educação Popular em Saúde.

Percebe-se que, a realização da Educação em Saúde em todas as disciplinas do curso de enfermagem, com adoção de aspectos teórico-práticos, é essencial para a melhoria do ensino em enfermagem e, conseqüentemente, para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, através da formação de profissionais capazes para a valorização do usuário, da família e comunidade, conhecendo seus determinantes e condicionantes de saúde, na busca pela melhoria da qualidade de vida.

Outro testemunho apontado neste estudo, foi a realização de ações promotoras de saúde, tema que perpassa todos os aspectos relacionados ao processo saúde-doença, alcançadas através das ações de Educação em Saúde.

Nesse sentido, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) apresenta um documento intitulado: Educação em Saúde Diretrizes- Promoção da Saúde, elemento inseparável entre padrão de vida e bem estar, abordando dentre seus capítulos a Educação em Saúde ,como uma prática pedagógica e social, que visa desenvolver

ações com trabalhadores, gestores e população, um processo de formação do pensamento crítico dos indivíduos sobre a realidade de cada um, identificando possíveis problemas de saúde e tomando decisões no campo da promoção as saúde, para a melhoria de vida , seja ela individual ou coletiva (BRASIL, 2007).

Ainda de acordo com o documento acima, a Educação em saúde como promotora de saúde, está na relação entre profissionais de saúde, gestores e usuários, promovendo um processo de construção e reconstrução de conhecimento, através de ações que busquem realizar prevenção e controle de doenças e agravos, ao passo em que promove uma assistência integral, visando a qualidade de vida dessa população.

Percebe-se que, os docentes da URCA de Iguatu ao abordarem a Educação em saúde, com vistas a promoção da saúde em todas as disciplinas do curso de enfermagem, adotam uma ação de valorização da promoção em saúde, entendendo que esta é essencial para o desenvolvimento das práticas

Fatores Facilitadores e Dificultadores para a Prática da Educação em Saúde

Nesta última categoria, há a busca por identificar os fatores que facilitam ou dificultam a prática da educação em saúde.

Fatores facilitadores

“Contato mais próximo da comunidade e, logo, das demandas apresentadas por esta; abertura dos profissionais dos serviços e acolhimentos das propostas educativas” (ATOR SOCIAL 3).

“Receptividade da comunidade e flexibilidade da equipe de saúde da UBS para participar dos momentos” (ATOR SOCIAL 4).

“O apoio da coordenação da própria UBS que disponibilizava o espaço para realização da educação em saúde” (ATOR SOCIAL 10).

“Acessibilidade e aceitação dos profissionais de referência das unidades de saúde, que contribuem também na identificação das necessidades e do perfil da população atendida” (ATOR SOCIAL 12).

“Abertura da população, criatividade e empenho dos alunos” (ATOR SOCIAL 13).

“A receptividade e disposição dos pacientes e profissionais das unidades geralmente é boa. Poder desenvolver atividades utilizando o mínimo de recursos e gerando poucos gastos também é uma facilidade” (ATOR SOCIAL 16).

“Formação de grupos focais, como por exemplo, grupo de hipertensos, diabetes, gestantes, puérperas; como são grupos de cuidados e acompanhamento continuado, facilita mais em termos de encontros, para a ferramenta educação em saúde” (ATOR SOCIAL 19).

Para os participantes, os fatores que contribuem para um bom desenvolvimento da atividade de Educação em Saúde estão relacionados com o contato próximo à comunidade, abertura ao diálogo e acolhimento dos profissionais e dos coordenadores das unidades básicas, criatividade e empenho dos alunos estagiários, a oportunidade de desenvolver ações em saúde utilizando poucos recursos com baixo investimento, a realização de grupos.

Fatores Facilitadores e Dificultadores para a Prática da Educação em Saúde

Nesta última categoria, há a busca por identificar os fatores que facilitam ou dificultam a prática da educação em saúde.

Fatores facilitadores

“Contato mais próximo da comunidade e, logo, das demandas apresentadas por esta; abertura dos profissionais dos serviços e acolhimentos das propostas educativas” (ATOR SOCIAL 3).

“Receptividade da comunidade e flexibilidade da equipe de saúde da UBS para participar dos momentos” (ATOR SOCIAL 4).

“O apoio da coordenação da própria UBS que disponibilizava o espaço para realização da educação em saúde” (ATOR SOCIAL 10).

“Acessibilidade e aceitação dos profissionais de referência das unidades de saúde, que contribuem também na identificação das necessidades e do perfil da população atendida” (ATOR SOCIAL 12).

“Abertura da população, criatividade e empenho dos alunos” (ATOR SOCIAL 13).

“A receptividade e disposição dos pacientes e profissionais das unidades geralmente é boa. Poder desenvolver atividades utilizando o mínimo de recursos e gerando poucos gastos também é uma facilidade” (ATOR SOCIAL 16).

“Formação de grupos focais, como por exemplo, grupo de hipertensos, diabetes, gestantes, puérperas; como são grupos de cuidados e acompanhamento continuado, facilita mais em termos de encontros, para a ferramenta educação em saúde” (ATOR SOCIAL 19).

Para os participantes, os fatores que contribuem para um bom desenvolvimento da atividade de Educação em Saúde estão relacionados com o contato próximo à comunidade, abertura ao diálogo e acolhimento dos profissionais e dos coordenadores das unidades básicas, criatividade e empenho dos alunos estagiários, a oportunidade de desenvolver ações em saúde utilizando poucos recursos com baixo investimento, a realização de grupos ambiente pequeno, resistência dos profissionais de saúde para a realização das atividades, pouco interesse dos estagiários para a realização das atividades educativas dando preferência aos procedimentos técnicos, a sobrecarga de atividades como aferição de sinais vitais e administração de medicamentos por exemplo, não sobrando tempo para realizar ações de ES.

Outros aspectos abordados estão relacionados com a dificuldade de acesso a alguns materiais, a incompatibilidade de horário e a dificuldade de acesso dos usuários para participar das atividades. Ainda, o tempo dos profissionais de saúde, voltado mais para atividades assistenciais e burocráticas não sobrando tempo para ações educativas e a falta de uma rotina na unidade que aborde as atividades de educação em saúde, o que causa uma certa inquietação nos usuários quando a ação é realizada pelos estagiários. educativas de enfermagem, e conseqüentemente para valorização do sistema de saúde e para o processo de formação dos discentes da instituição.

Atrelado a isso tem-se a Educação Popular e o uso de metodologias ativas, que concernem à Educação em Saúde uma efetividade de suas ações, trazido pelos docentes como essenciais tanto no que se refere à adoção de práticas educativas com vistas a melhoria da qualidade de vida, quanto para o desenvolvimento de ações com vistas a abordagem de um pensamento em saúde que seja coletivo.

No entanto, os relatos dos participantes apontam que a adoção de ações de Educação em saúde em todas as disciplinas do curso de enfermagem é uma proposta desafiadora, tanto para docentes quanto para alunos, tendo em vista que em algumas situações o ensino de enfermagem é engessado, estando centrado mais na técnica, fazendo com que a educação em saúde não seja o centro de formação para a enfermagem, estando ainda impregnada pelo modelo biomédico.

Análise da Diferença Conceitual entre Educação Popular e Educação em Saúde Abordada Pelos Participantes da Pesquisa

Os docentes do estudo em questão, evidenciam que a diferença conceitual entre Educação Popular em Saúde e Educação em Saúde está relacionada com as demandas da comunidade, com as características culturais e os hábitos sociais, participação social, ações de prevenção e promoção, processo de ensino e aprendizagem e com a valorização tanto do saber científico quanto do saber popular.

A Educação Popular em Saúde surge através das demandas da comunidade, contemplando, juntamente com a Educação em Saúde, as premissas da Promoção da Saúde. Ela (Educação Popular), tem seu surgimento atrelado ao contexto histórico de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, realizada através de uma educação considerada formal, estando ancorada em reflexões teóricas e metodológicas da educação, tomando por base os saberes populares como detentores de transformação social. No SUS, a Política de Educação Popular é inserida em 2013, e assim como ela, existem a incorporação de outros saberes como o de parteiras, rezadeiras e a adoção de práticas interativas e complementares (BOTELHO et al., 2018).

Na Constituição Federal, a participação social encontra-se presente no Título VIII, da ordem social, em seu Capítulo II, da seguridade social, Seção II, que trata dos aspectos relativos a saúde, em seu Art. 198, trata das ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes como: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e, participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Posteriormente, foi sancionada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação comunitária, estando presente em seu inciso 4º, parágrafo 1º, abordando que a participação dos usuários nas Conferências e Conselhos de saúde será paritária com relação aos demais segmentos, ou seja, 50% do público quem compõe esses segmentos devem compreender apenas a população, participando nos processos decisórios relativos ao setor saúde (BRASIL, 1990).

Essas duas conquistas legais citadas, garantem o princípio da participação comunitária tão inerente na Educação Popular em Saúde, reafirmando o compromisso

que os cidadãos têm sobre a saúde em suas várias facetas, trabalhando em conjunto com a Educação em Saúde para efetivação das políticas públicas do SUS.

Nesse aspecto, uma pesquisa proposta por Rodrigues et al. (2020) destaca que a Educação Popular em Saúde encontra-se atrelada à Educação em Saúde na busca da promoção de uma consciência política e da participação social, transformando práticas educativas tradicionais em práticas pedagógicas que levem a concretização de ações eficazes de promoção e prevenção, reconhecendo e enfrentando os problemas de saúde, desenvolvendo a autonomia, e garantindo o direito à cidadania, que é inerente a todo ser humano. Nesses pressupostos, podemos destacar que tanto a Educação em Saúde quanto a Educação Popular em saúde se harmonizam na perspectiva de desenvolverem ações de promoção a saúde, através da participação social, levando em consideração a cultura, o cotidiano, os hábitos sociais, e as características particulares presente na comunidade.

Com base nesses aspectos, percebe-se que os docentes da URCA/UDI compreendem a Educação em Saúde e a Educação Popular em saúde como práticas de transformação social inovadoras, que buscam identificar os aspectos relativos a compreensão dos sujeitos sobre saúde e doença, e como esses aspectos podem auxiliá-los a tomar decisões relativas a sua saúde, envolvendo a participação ativa dos usuários, família e comunidade, valorizando os saberes populares e científicos, e desenvolvendo nos profissionais atuantes a empatia, o respeito, e a valorização dos aspectos culturais.

Um dos testemunhos, abordado pelo Ator Social 5, está no papel da Educação Popular e da Educação em Saúde relativos aos aspectos de prevenção diante da pandemia do Covid-19.

Com o surgimento da pandemia do coronavírus, aspectos sociais, políticos, econômicos, raciais e de gênero, acabam tendo grande destaque na sociedade, abordando a importância do Estado no desenvolvimento de políticas públicas e de ações que busquem desenvolver a garantia dos direitos humanos, do diálogo, e de condutas eficazes que possam diminuir o impacto da pandemia na sociedade. As medidas de proteção como uso de máscara, álcool gel e a necessária adoção do isolamento social, tem maior impacto sobre os mais pobres e vulneráveis, que não podem suprir suas necessidades de vida e portanto aumentando a histórica realidade de desigualdades, negligenciadas que acabam por provocar mais probabilidades de

contraírem a COVID-19 e outras, revelando uma sociedade extremamente desigual e injusta para com os cidadãos brasileiros (CHAVES; VALENTE, 2020).

Ainda nesse respeito, os autores acima destacam ainda que com a pandemia a Educação em Saúde foi reformulada, deixando a adoção de medidas autoritárias e restritivas, para serem adotadas medidas que incluem o afeto, a interação, a horizontalidade, o respeito, tanto aos saberes populares quanto os tradicionais, tendo como aliada a tecnologia, seja para o repasse de informações, seja para orientar quanto a importância do isolamento social, do uso de máscara e da lavagem das mãos, seja para o desenvolvimento de um imunobiológico eficaz, garantindo a sociedade direitos fundamentais e um pouco de dignidade. O Autor Social 5 destaca que tanto a Educação em Saúde quanto a

Educação Popular são importantes aliadas no que se refere ao enfrentamento da pandemia, adotadas através do compartilhamento de informações, o que favorece a autonomia e o autocuidado dos sujeitos, e a sua participação nos processos decisórios relativos a saúde e a doença.

Para SACHS (2020) a existência da histórica desigualdade prejudica a coesão social, desgasta os órgãos públicos e aumenta os embates na política, se tornando fatores que imprimem negativamente a competência e presteza dos governos para responder rapidamente às demandas. Esses fatores explanam por que os Estados Unidos, Brasil e México são acusados por quase metade (46%) das mortes referidas desde o início da COVID-19.

Este momento da pandemia, evidenciou alguns fatores que contribuíram para o avanço desta doença, e que devem ser incluídos na pauta das ações de Educação em Saúde, fatores que causam a taxa de mortalidade por COVID-19 em alguns países, e que bem se aplica ao Brasil, são: má qualidade da liderança, indisponibilidade de leitos hospitalares e de UTI, incoerência das respostas do governo, em especial, do governo central, os problemas de distribuição de renda e riqueza, desemprego, idade, escolarização da população e somado a isso a carência de ES nas comunidades (deva-se a redução de agentes de saúde e a centralização de ações no interior das UBS), dentre outras. São os determinantes sociais, políticos, geográficos e estruturais que a ES deve incluir em suas missões de ampliação do empoderamento e cidadania das populações mais vulneráveis, em particular.

Reforçando as dificuldades encontradas durante a pandemia, Palácio e Takenami (2020), afirmam que, diariamente, pelos sistemas de saúde do país, como

os baixos investimentos em saúde, a falta de insumos básicos como Equipamentos de Proteção individual (EPI) por exemplo, os impactos sociais e econômicos advindos do distanciamento e isolamento social, a dificuldade de fazer com que a população adote medidas de proteção, abordadas tanto por autoridades de saúde quanto por profissionais atuantes na linha de frente, além da disseminação de Fake News (notícias falsas), que contradizem as ações de prevenção para combate a covid-19 e dificultam a eficácia das ações de educação em saúde.

Como se observa, os sistemas de saúde estão cada vez mais atrelados ao modelo biologista, ou seja, a predominância do trabalho em saúde se dá apenas com base nas tecnologias leve-duras (Material de consumo, leitos, estrutura física) e duras, esquecendo-se das tecnologias leves que são o diálogo, a relação horizontalizada com o usuário nas UBS, no sentido de orientar a necessidade do distanciamento social, uso de máscaras e higiene das mãos, tornando-se um momento ímpar de treinamento rápido, no que se refere a promoção a saúde tanto dos profissionais quanto da comunidade.

Diante do exposto, e com base nas mudanças ocorridas ao longo do tempo relacionadas às políticas de saúde, atualmente, a que mais se harmoniza com relação aos preceitos de prevenção e promoção da saúde é a Educação Popular em saúde. Essa é efetivada através de ações que tenham por objetivo promover a interação entre os profissionais e a comunidade, realizada mediante a adoção de recursos metodológicos que sejam capazes de promover interação e influenciar positivamente a população.

Análise dos Fatores Facilitadores e Dificultadores para a Prática da Educação em Saúde

Analisando as respostas dos participantes, podemos destacar que para os docentes em questão, os fatores que facilitam a adoção de práticas de educação em saúde estão relacionados com a proximidade entre o profissional e a comunidade; a receptividade da comunidade; a aceitação e acessibilidade dos profissionais nas unidades de saúde, e a utilização de grupos focais.

Nesse sentido, Schmidt et al. (2011), apontam que os cursos da área da saúde precisam trabalhar de forma a melhorar a qualificação dos profissionais de saúde para trabalharem de maneira mais integral e humanizada, seguindo os princípios e

diretrizes do SUS. Nesse sentido, os processos de ensino e aprendizagem devem ser voltados para a formação de profissionais que possam trabalhar em equipe, ter uma boa comunicação, que procurem desenvolver educação em saúde de maneira eficaz e efetiva e, que sua atuação esteja voltada principalmente para os serviços da Atenção Básica.

Ainda de acordo com autores supracitados, os serviços de saúde são grandes campos de atuação e pesquisa que proporcionam troca de experiências de ensino e de aprendizagem, permitindo assim, que se possa trabalhar com pessoas dispostas a aprender e a ensinar, se tornando um ambiente de encontro para professores, estudantes e trabalhadores da saúde.

Com a constante mudança da sociedade, o diálogo torna-se essencial para o desenvolvimento de práticas pedagógicas, adotando ações significativas e problematizadoras, essenciais para o desenvolvimento da Educação em Saúde, o que garante cada vez mais a proximidade da comunidade com a unidade de saúde e com os profissionais que nela atuam, incluindo preceptores de estágios e estagiários (BATISTA, 2005).

Nessa perspectiva, as demandas de ensino aprendizagem para a área da enfermagem devem apresentar um caráter interdisciplinar, que esteja voltado para as transformações sociais, e que auxilie o docente em vários momentos, seja no ensino, seja na assistência ou na gerencia, desenvolvendo uma atuação crítica-reflexiva. Dessa maneira, capacitando o docente a refletir sobre as ações do cotidiano, comprometendo-se tanto com aspectos relacionados a pesquisa, quanto para a formação e o desenvolvimento profissional, e no que se refere ao papel de cuidador, exercido pelo enfermeiro, diante da sociedade (ROCHA; FONSECA, 2012).

Um dos testemunhos, destacados pelo Ator Social 4, está na abertura da comunidade e na versatilidade da equipe de saúde em participar dos momentos de educação em saúde ofertado pelos preceptores de estágio e os discentes.

A participação da comunidade nas ações desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde se configura como um instrumento que tem a finalidade de aproximar os profissionais de saúde da realidade dos usuários, os empoderando e, conseqüentemente, facilitando o processo de decisão, através do estabelecimento de prioridades e da resolução de problemas (ULHOA, 2012).

Ainda de acordo com a autora supracitada, o autocuidado é uma das ações desenvolvidas nas unidades de saúde, e que surge através de ações de promoção da

saúde, cujo intuito é capacitar a comunidade para a melhoria da qualidade de vida, levando a um completo bem-estar físico, social e mental, satisfazendo suas necessidades, e adotando a saúde como um aspecto para a vida toda do indivíduo.

Um outro fator facilitador para as ações de Educação em Saúde, elencado pelo Ator Social 12, está na aceitação e acessibilidade dos profissionais das unidades de saúde para com os preceptores de estágio e os discentes, os auxiliando na identificação do perfil e das necessidades da população atendida, permitindo ao discente um contato mais próximo com a comunidade e, conseqüentemente, adotando medidas para que a comunidade esteja cada vez mais engajada com as atividades da unidade de saúde.

Podemos destacar também a utilização de grupos focais, salientado no testemunho do Ator Social 19, como uma técnica facilitadora das atividades de educação em saúde. Grupo focal (GF) compreende a coleta de dados realizadas através do entrosamento de um determinado grupo sobre o tema específico, do qual as respostas obtidas pelos participantes desse grupo é que serão utilizadas. O GF é utilizado quando se pretende fazer pesquisas científicas, intervenções sociais, educativas, terapêuticas e motivacionais, é um instrumento cuja finalidade é coletar dados relativos ao bem-estar e a qualidade de vida, sendo bastante utilizado em estudos qualitativos (SOUZA, 2020).

O uso da aplicação do grupo focal, destacado pelo Ator Social 19, na promoção de ações reativas a Educação em Saúde com diabéticos, hipertensos, puérperas e gestantes, ocorre de acordo com a demanda da unidade de saúde, devendo-se ressaltar a prática do uso da comunicação, como um prática de efetivação para a realização de GF, e como uma prática que permite uma relação mais próxima dos profissionais de saúde com os com os usuários, requerida tanto pela Educação em Saúde quanto pela Educação Popular.

Outrossim, a utilização de grupos focais está intimamente relacionada com ações de prevenção e promoção da saúde, e conseqüentemente, com a Educação em Saúde e com a Educação Popular, como um método capaz de transmitir conhecimento e promover a autonomia e o empoderamento dos sujeitos.

Com relação as dificuldades que podem ser encontradas para realização da Educação em saúde, os docentes destacaram a deficiência do ambiente físico e de materiais didáticos, como o tamanho da sala; a desmotivação dos discentes para realizar as atividades; a sobrecarga de demandas curativas (predominância do

modelo biomédico) e, conseqüentemente, a falta de tempo e a participação dos usuários do serviço que estão atrelados a procedimentos curativos. Além de incompatibilidade de horários e dificuldade de acesso dos usuários até as unidades de saúde; excesso de atividades burocráticas e falta de apoio da gestão; e por fim, a ausência, ou a deficiência da padronização de uma rotina de educação em saúde nos serviços.

Ainda a escassez de recursos didático-pedagógicos como cartazes e recursos audiovisuais, a carência ou ausência de recursos para realizar atividades didáticas, a falta de investimento em recursos materiais, e um ambiente físico inadequado, com uma estrutura precária ou que muitas vezes encontra-se em um local que não é o adequado, dificultam não só o trabalho em equipe como também as ações de educação em saúde, limitando o surgimento de ideias e estratégias pelos profissionais de saúde (MOUTINHO et al., 2014).

Entende-se que o ambiente físico seja um dos elementos que dificulta as ações de Educação em Saúde. No entanto, o ambiente físico não deve ser considerado um fator essencial, devendo a equipe de saúde criar meios alternativos para a realização das ações. Assim como a ambiente, a incompatibilidade de horários também é um fator considerado dificultador, acontecendo em parte pela falta de participação, diálogo, e a falta da adoção de uma escuta qualificada, necessitando que a haja uma articulação entre a equipe profissional e a comunidade, onde juntos poderão decidir qual melhor momento para a comunidade participar das ações em saúde.

A participação da comunidade, seja individual ou coletiva, deve ocorrer não somente nas UBS, mas principalmente nas famílias e no território, permitindo a identificação das principais necessidades dessa população. Nesse sentido, a Educação em Saúde não deve ser centrada somente nas UBS, pois descaracteriza o estabelecido pela Lei 8142/90, que trata da participação comunitária em todas as ações e serviços de saúde, assim como pela Política Nacional de Promoção em Saúde, que assegura que toda a população, tenha direito as ações relativas a educação e a saúde em todo o território.

Outro fator considerado dificultador para as ações de Educação em Saúde, destacado pelo Ator Social 4, está no desinteresse dos discentes em realizar atividades educativas, estando suas ações mais voltadas para procedimentos técnicos. Complementar a isso tem-se a sobrecarga de procedimentos como: administração de medicação, curativos, imunização, consulta entre outros, que

dependendo da demanda da unidade, acaba dificultando as ações de Educação em Saúde.

Esta dificuldade pode ocorrer por deficiência de ensinamentos sobre a importância da participação popular nas ações de educação, demonstrando que todo o momento com o paciente é possível educar para a cidadania. Sabe-se que ainda há grande predomínio da hegemonia do modelo biomédico na Enfermagem, no entanto o docente tem que ser capaz de planejar momentos de ES mesmo diante da predominância da técnica.

Ademais, Soratto et al. (2017) destacam que os fatores que mais contribuem para a insatisfação dos trabalhadores da área da saúde, na APS, são: o profissional que atua em local que não é compatível com sua escolha; conflitos; problemas na estrutura organizacional dos serviços; salário incompatível com a profissão; carga horária de trabalho extensa e inexistência de um plano de carreira; profissional que não consegue exercer sua autonomia, e ações que levem ao desgaste profissional e ao adoecimento.

Ainda de acordo com os autores supracitados, fatores referentes a gestão estão inteiramente relacionados com possíveis insatisfações dos profissionais de saúde na atenção básica, estando essa atrelada a condições como força de trabalho, relações contratuais, salários, jornada, benefícios, regras de proteção, condições de trabalho, instrumentos de trabalho e sua quantidade e qualidade, estrutura física, e principalmente a falta de valorização profissional, seja pela equipe, seja pelos gestores ou seja pelos usuários do serviço.

Tais questões acima elencadas estão em consonância com o testemunho dos Atores Sociais 19 e 20, cujo as falas abordam que o excesso de atividades burocráticas, a falta de apoio da gestão, e a falta de tempo são alguns dos fatores que contribuem para que haja dificuldade em se realizar ações de educação em saúde. Assim, tendo em vista que o profissional enfermeiro acaba sobrecarregado, realizando atividades tanto de gestão quanto assistenciais, o que faz com que ele negligencie uma ação considerada de fundamental importância para o desenvolvimento da enfermagem.

Por fim, tem-se o relato do Ator Social 20, destacando que a ausência ou a deficiência de uma rotina para realização de atividades educativas, se configura como um fator dificultador para a efetivação da Educação em Saúde nas unidades, tendo em vista que essas funcionam de acordo com demandas e programas estipulados

verticalmente pelo Ministério de Saúde, apresentando ainda uma assistência de cunho biologicista e fragmentada.

Partindo desse pressuposto, Alves e Aerts (2011) relatam que as práticas educativas apresentam, ainda, um teor autoritário, ou seja, os profissionais de saúde são quem determinam o comportamento de saúde considerado mais adequado para aquele indivíduo que acata essas ações sem apresentar nenhum questionamento. Além disso, eles destacam que as atividades educativas continuam sendo realizadas de modo tradicional, não considerando a possibilidade de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário do serviço.

Ainda de acordo com os autores supracitados, é imprescindível a construção de um diálogo entre a equipe de saúde e os usuários, certificando-se do entendimento desse a respeito de suas ações de saúde. Para isto, faz-se necessária a adoção de medidas como escuta qualificada, observação e interação sujeito/equipe, troca de informações, valorização da cultura, crenças e valores, utilizando-se da Educação Popular como estratégia norteadora para as ações de prevenção e promoção em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do objetivo deste estudo, buscou-se analisar as percepções dos docentes do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri- Iguatu, sobre a relação entre a teoria e a práticas da atividade de ES. Para tanto, considerou-se os depoimentos a partir de uma abordagem qualitativa e com base nas entrevistas procuraram-se aspectos importantes para as considerações finais.

A ES foi concebida pelos participantes do estudo, de forma explícita, caracterizada como um tema extenso que integra diversas áreas de conhecimento. Apesar da extensão de áreas de conhecimentos, sua real acepção é promover a saúde, conscientizar as pessoas, família e comunidades, sobre suas responsabilidades, devendo ser compartilhada aspectos relativos a saúde e a qualidade de vida, buscando sempre o enriquecimento e fortalecimento do empoderamento e autonomia dos usuários e comunidade, incluindo nessas ações os discentes, que de certa forma, acabam fazendo parte da equipe de saúde durante os estágios supervisionados.

A educação se configura como uma ação que desenvolve nos sujeitos habilidades e competências consideradas inerentes para seu pleno desenvolvimento, permitindo que este consiga compreender os fenômenos, as relações sociais, os aspectos culturais, desenvolvendo recursos que o auxiliem na sua existência e sobrevivência.

Ressalta-se que educar vai muito além de transmitir uma simples informação, está intimamente ligada com a capacidade de interação dos sujeitos, tanto para aquele quem transmite quanto para quem recebe a informação, permitindo uma troca de conhecimento mútua entre os envolvidos nesse processo.

Ao estar em consonância com a saúde, a educação se configura como uma prática libertadora, transformadora, que visa desenvolver a autonomia e o empoderamento dos sujeitos, os auxiliando a entender e a adotar medidas de saúde que sejam eficazes e resolutivas, e que contribuam para a melhoria da qualidade de

vida. A adoção dessas práticas encontra-se em harmonia com os ideais de Paulo Freire, grande conhecedor da educação e cujos estudos são referência para o mundo todo.

As falas dos docentes do estudo evidenciaram a concepção de que as atividades de ES são efetivas para a promoção da saúde das pessoas, seja individual ou coletivamente. Nesse sentido, são consideradas essenciais para o desenvolvimento da educação em saúde, por estarem ancoradas nos preceitos da Carta de Ottawa, que trata sobre as ações de promoção da saúde, e da Declaração de Alma Ata, que trata sobre os cuidados primários em saúde, tendo como porta de entrada a Atenção Primária.

Os docentes destacam, ainda, aspectos teóricos e práticos da Educação em Saúde, através de suas experiências como alunos de graduação e pós-graduação, e como docente o que permitiu comparar a teoria com a prática. Estes destaques se harmonizam quando, trabalhadas através de ações que buscassem desenvolver a prevenção e a promoção da saúde, através de metodologias ativas, por meio de disciplinas como saúde coletiva I e estágio supervisionado, sendo considerada uma ferramenta que se caracteriza como uma tecnologia leve, e cujo o objetivo é permitir as relações interpessoais.

Além desses aspectos são abordadas questões relacionadas as bases conceituais que fundamentam as práticas da educação em saúde, sendo desenvolvidas através dos princípios da prevenção e promoção da saúde, no uso das teorias de enfermagem, e através de ações que tenham por objetivo serem transformadoras e libertadoras, ao buscar a integração do indivíduo como um ser social detentor de conhecimento.

Outros aspectos a se considerarem, estão na diferença conceitual e prática entre Educação Popular e Educação em Saúde. A Educação Popular está intimamente relacionada com os saberes inerentes e particulares de cada ser humano, ou seja, está relacionada com os conhecimentos, sejam eles empíricos ou científicos, de cada pessoa adquiriu ao longo de sua vida.

Já a Educação em Saúde se configura como uma prática cujo objetivo principal é desenvolver a autonomia, a independência e o empoderamento dos sujeitos, permitindo que esses possam transformar sua realidade e desenvolver um senso crítico-reflexivo que os auxiliem na compreensão do processo saúde doença.

Ambas, Educação em Saúde e Educação Popular, estão interligadas através das ações de prevenção e promoção a saúde, e através da adoção dos princípios de Paulo Freire, cujo os feitos para a prática de uma educação de qualidade que seja transformadora, são utilizados até hoje.

Entende-se que a relevância dos resultados para a formação no Curso de Enfermagem da Universidade, para os docentes, para o (a) profissional de enfermagem da atenção primária, e a população do município de Iguatu, ao contribuir para o enfrentamento da escassez da dimensão política no processo educativo dos discentes e usuários do SUS, deslocando o foco de um processo acrítico, conservador e biologicista para uma expectativa transformadora, visando continuamente capacitar as pessoas para uma visão e interpretação do mundo onde ocorre seu histórico de vida e morte.

Ressalta-se, que a ES se configura como uma dessas ações que devem fazer parte do cotidiano não só da enfermagem, mas de toda a equipe multi e interdisciplinar, com o intuito de auxiliar o usuário a compreender seus problemas de saúde e a identificar suas principais necessidades. Como método de desenvolvimento da mesma é utilizado o diálogo afetivo juntamente com os profissionais de saúde, docentes e discentes, diálogo esse que permita uma escuta qualificada, sem juízo de valor, que seja efetivo, deixando de lado o modelo de assistência biologicista, cujo foco é a doença, para a adoção de uma assistência que desenvolva a autonomia o empoderamento dos sujeitos.

O estudo demonstrou a importância das práticas relacionais com foco no usuário e sua integralidade durante as ações de ES. Sendo através do diálogo horizontalizado, acolhimento, respeito à diversidade e à singularidade do uso de tecnologia leve que se desenvolve uma escuta qualificada. Essa escuta do usuário durante as ações de ES contribuirá para o surgimento de ações transformadoras que levem ao desenvolvimento da autonomia, cidadania e inclusão social de todos os cidadãos, pertencentes ao território das UBS, impulsionando o encontro entre o profissional, em especial o de enfermagem e o usuário que solicita o cuidado, para que a ES e a EP cumpram seus princípios. Nesse sentido, torna-se claro a influência que as atividades de ES, incluindo os preceitos da Educação Popular desempenham na vida de cada pessoa, família e comunidade. Além do mais, tanto os discentes como os usuários do SUS, terão a oportunidade de perceber e incorporar ações de ES e EP como estratégias para sua transformação, deixando de serem seres passivos para

protagonistas de sua própria história de vida, participando de todo processo de planejamento, e de ações importantes e mais adequadas à sua realidade.

Portanto, acredita-se que que é importante o maior investimento tanto dos gestores da Universidade estudada, assim como da APS, na formação sistemática dos docentes e profissionais de saúde, capacitando-os para serem agentes transformadores da realidade social, política e de assistência mais humana, integral e igualitária, nos moldes do que estabelece a CF/88 e a Lei 8080/90. Dessa forma, o profissional de enfermagem passa a ser mais percebido e respeitado pela comunidade, parceira no embate dos determinantes sociais e políticos, realizando ações que visem a promoção da saúde e que garantam o acesso universal e integral aos brasileiros e brasileiras.

Ao final da leitura dos testemunhos dos docentes surgiram alguns questionamentos: Será que nós, enquanto enfermeiros, não estamos deixando de lado a realização de ações educativas, consideradas tão importantes quanto o saber científico, para a assistência? Será que não estamos mais focados no problema do paciente, do que em procurar entender o que o causou e ajudá-lo a entender também esse processo?

Ao final, não podemos deixar de ressaltar o limite deste estudo, diante o período de pandemia em que se deixa de escutar as percepções dos enfermeiros atuantes nas unidades de saúde, do município de Iguatu, que muito contribuiria para o aprimoramento deste estudo, ficando desde já agendada para uma pesquisa futura.

Para tanto, diante do contexto atual de ataque diário aos direitos sociais e humanos da classe trabalhadora e dos mais vulneráveis, é imperativo que docentes, usuários do SUS e sociedade civil busquem a articulação entre si, de forma que também ocorra a articulação com outras instituições sociais, formuladores de políticas, visando à materialização da ES transformadora rumo a uma sociedade plural, solidária, justa e democrática. Sendo o que se espera com a prática da Educação em Saúde e Educação Popular.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S; DAVID, H. M. S. L; FARIA, M. G. A. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.533-526, out/dez.2012.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. 33p. Recife, 2015.

ALESSI, G. Entenda o que é a PEC 241 (ou 55) e como ela pode afetar sua vida. Com o objetivo de congelar gastos públicos e contornar a crise econômica, proposta divide especialistas. **EL PAIS**. São Paulo, Publicado em 13 de dezembro de 2016. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html. Acesso em: 10 out. 2019.

ALMEIDA, A. H; SOARES, C. B. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.3, maio- jun. 2011.

ALMEIDA, A. H; SOARES, C. B. Ensino de educação nos cursos de graduação em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.1, p.111-116, jan-fev. 2010.

ALMEIDA, Alva Helena. **Educação em Saúde: Análise do Ensino da Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo**. 2009. 222f. Tese (Escola de Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.319-325, 2011.

ALVES, M. N. T; MARX, M; BEZERRA, M. M. M., et al. Metodologias Pedagógicas Ativas na Educação em Saúde. **Id on Line Rev. Psic.** v.10, n. 33. supl. 2. jan. 2017.

AMARAL, Isabela Barbosa da Silva Tavares. **A consulta do enfermeiro na estratégia de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro: um recorte da prática em quatro unidades de atenção básica**. 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Ciências do Cuidado em Saúde) -Universidade Federal Fluminense, Niterói- Rio de Janeiro, 2015.

AMARAL, M. C. S; PONTES, A. G. V; SILVA, J. V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface-Comunicação saúde educação**, Botucatu, v.18, Supl.2, p.1547-1558, 2014.

ARANTES, L. J; SHIMIZU, H. E; HAMANN, E. M. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: literatura. Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1499-1509, 2016.

BATISTA, N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. Trabalho, **Educação e Saúde**, v.3, n.2, p.283–294, 2005.

BEZERRA, F; LEMOS, S. T. M; SOUSA, A. C., et al. Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. **Revista eletrônica trimestral de Enfermeria- Enfermeria Global**, n.32, p.270-279, out. 2013.

BOTELHO, B. O; VASCONSELOS, E. M; CARNEIRO, D. C. B., et al. **Educação Popular no sistema único de saúde**. 1 ed. – São Paulo: Hucitec Editora, 303p., 2018.

BRASIL ESCOLA, Educação. **A qualidade do ensino depende da prática. A relação entre teoria e prática para a obtenção da qualidade na educação**. Disponível em: <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao/a-qualidade-ensino-depende-pratica.htm#:~:text=A%20pr%C3%A1tica%20docente%20contribui%20para,par a%20a%20melhoria%20do%20ensino.&text=Diante%20disso%2C%20podemo s%20dizer%20que,da%20educa%C3%A7%C3%A3o%20depende%20da%20pr%C3%A1tica>. Acesso em: 16 ago. 2020.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 1, DE 3 DE ABRIL DE 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de abril de 2001. Seção 1, p. 12. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/CES0101.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL, Diário oficial da união. **RESOLUÇÃO Nº 573, DE 31 DE JANEIRO DE 2018**. Publicado em: 06/11/2018 | Edição: 213 | Seção: 1 | Página: 38. Órgão: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**, 70.p, Brasília: Funasa, 2007. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Educação. **Número de pós-graduandos cresce no Brasil**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/180-estudantes-108009469/pos-graduacao-500454045/2583-sp-2021081601#:~:text=O%20Brasil%20tem%20122.295%20estudantes,Superior>

%20(Capes%2FMEC). Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da saúde, **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-sangue/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL, Ministério da saúde, **PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 17 set. 2020.

BRASIL, Ministério da saúde, **RESOLUÇÃO Nº 15, DE 30 DE MARÇO DE 2017**. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/CIT_15_2017.pdf. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Publicado em 18 de maio de 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>. Acesso em: 21 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Documento Base. Brasília, junho de 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/wgt/>. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 287 DE 08 DE OUTUBRO DE 1998**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 29 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 29 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da saúde. **Secretaria de gestão estratégica e participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê nacional de educação popular em saúde – CNEPS Brasília –DF 2012. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: 27 set. 2019.

BRASIL, **Perfil dos professores das instituições de educação superior.**

Publicado em 27 de setembro de 2019. Disponível em:

<https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/noticias/perfil-dos-professores-das-instituicoes-de-educacao-superior>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 06 out. 2020.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 out. 2020.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 8.745, DE 9 DE DEZEMBRO DE 1993.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8745compilada.htm. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 9.131, DE 24 DE NOVEMBRO DE 1995.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9131.htm. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Decreto Nº 94.016, de 11 de fevereiro de 1987. **Autoriza o funcionamento da Universidade Regional do Cariri.** Diário Oficial da União, Brasília DF, 12 de fevereiro de 1987. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.**

Versão/dezembro 2010. Proposta De Documento (Versão Final para Análise).

Disponível em: <https://docplayer.com.br/57815-Grupo-tecnico-da-comissao-intergestores-tripartite-diretrizes-para-organizacao-das-redes-de-atencao-a-saude-do-sus.html>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde.** Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília, 2014. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 27 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social.

Coordenação Geral de Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em Saúde e às Políticas de Equidade do SUS -Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 26 de outubro de 2016. Disponível em: www.saude.gov.br/sgep. Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Bases para a Educação em Saúde nos Serviços.** Brasília (DF), p.1-3, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. **PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSSUS). Disponível em: https://www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 25 set. 2019.

BRITO, C. G. N. S; SILVA, N. C; MONTENEGRO, L. Metodologia de Paulo Freire no desenvolvimento da educação permanente do enfermeiro intensivista. **Rev. Enfermagem Revista.** v.16, n.03, Set/dez. 2012.

BUSS, P. M. Programa Saúde da Família. **Promoção da Saúde da Família.** Dezembro de 2002. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)021.pdf). Acesso em: 25 ago. 2020.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-179, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CALLEJA, F. M. R. Os professores deste século. Algumas reflexões. **Revista Institucional Universidad Tecnológica del Chocó: Investigación, Biodiversidad y Desarrollo.** v.27, n.1, p.109-117, 2008.

CARTA DE OTTAWA, **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.

CASTRO, R. M. A pós-graduação em educação no brasil: Alguns aspectos à luz de estudos realizados na área. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.28, n.04, p. 263-287, dez. 2012.

CEARÁ- **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta de leitos- Município de Iguatu. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=23&VMun=230550. Acesso em: 04 ago. 2020.

CEARÁ, **Caderno de Informação em Saúde 2016.** Região de Saúde Iguatu- Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/caderno_saude

_iguatu_dez2016.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

CEARÁ, Secretaria da saúde. **Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde do Estado do Ceará 2014**. Secretaria de Saúde do estado do Ceará, 2014. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/99-plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-2014>. Acesso em: 25 out. 2019.

CHAER, G; DINIZ, R. R. P; RIBEIRO, E. A. A técnica do questionário na pesquisa educacional. **Evidência**, Araxá, v.7, n.7, p.251-266, 2011. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/pesquisa_social.pdf. Acesso em: 18 dez. 2019.

CHAVES, B. S; VALENTE, P. A. **A Educação em Saúde em tempos de pandemia: tecnologias e novos sentidos no campo**. Site: Pensar Educação em Pauta. Um Jornal para a Educação Brasileira. Publicado em 03 de julho de 2020. Disponível em: <https://pensaraeducacao.com.br/pensaraeducacaoempauta/a-educacao-em-saude-em-tempos-de-pandemia-tecnologias-e-novos-sentidos-no-campo/>. Acesso em: 06 out. 2020.

CHIESA, A. M; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. **A educação em saúde na prática do PSF**. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de enfermagem. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 135). Brasília (DF): Ministério da Saúde, p.34-42, 2001.

COELHO, M. M. F; TORRES, R. A. M; MIRANDA, K. C. L., et al. Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. **Ciênc Cuid Saúde**. v.11, n.2, p.390-3955, 2012.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. Diagnóstico da profissão aponta concentração regional, tendência à masculinização, situações de desgaste profissional e subsalário. Publicado em 06 de maio de 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 30 jul. 2020.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN- N° 358, DE 15 DE OUTUBRO DE 2009**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 13 set. 2020.

COLOMÉ, J. S; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.1, p.177-184, Jan-mar. 2012.

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **NOTA TÉCNICA 18 /2014. Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 28 de outubro de 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2014/11/NT-18-2014-Politica-de-Promoc%CC%A7a%CC%83o-da-Sau%CC%81de.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

CONCEIÇÃO, M. R; MORAES, C. C; FRANCHINI, M. L. Políticas públicas de saúde, atenção primária e interdisciplinaridade – a produção de cuidado nas práticas corporais. **Cad Edu Saude e Fis.** v.1, n.1, 2014.

CONDORI, R. C. C. Políticas públicas para saúde e educação: o conceito de humanização em destaque. **Anais do XII Congresso Nacional de Educação (EDUCARE)**. Formação de Professores, Complexidade e Trabalho Docente, IX Encontro Internacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar (ENAEH), III Seminário Internacional de Representações Sociais- Educação, V Seminário Internacional sobre Profissionalização Docente- SIPD- Catedra UNESCO. PUCPR 26 a 29/10/2015. ISSN 2176-1396. Disponível em: <https://silo.tips/download/politicas-publicas-para-saude-e-educacao-o-conceito-de-humanizacao-em-destaque>. Acesso em: 29 jul.2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE- CNS. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso em: 30 jul. 2020.

COSTA, C. M. M; CHAGAS, H. M. A; MATSUKURA, T. S., et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1471-1481, 2014.

COSTA, K. S; FREITAS, G. F; HAGOPIAN, E. M. Homens na enfermagem: formação acadêmica posterior à graduação e trajetória profissional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, n.3, p.1216-1226, mar., 2017.

COSTA, M. A. R; SOUZA, V. S; TESTON, E. F., et al. Permanent education in health: the freire concept as an aid in care management. **J. res.: fundam. care. online.** v.10, n.2, p.558-564, abr./jun. 2018.

COSTA, Sônia Maria. **Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Uma Revisão da literatura**. Orientadora: Kátia Ferreira Costa Campos. 2012. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família). Araçuaí- Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais. 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4183.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**. Orientadora: Profa. Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva Co orientadora: Profa. Dra. Kátia Virgínia de Oliveira Feliciano. 2010. 234f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10508/1/733.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

DEMARZO, M. M. P. **Especialização em Saúde da Família, Módulo Político Gestor. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção**

Primária à Saúde. Edição, Distribuição e Informações. Universidade Federal de São Paulo – Pró-Reitoria de Extensão. Copyright 2010 – 2011.

Disponível em:

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf. Acesso em: 24 ago. 2020.

DIAS, M. S. A; OLIVEIRA, I. P; SILVA, L. M. S., et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.1, p.103-114, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0103.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

EDUCA + BRASIL. **Cresce número de mestres e doutores na educação superior. Quantidade de doutores é maior na modalidade presencial.** Publicado em 06 de janeiro de 2020. Disponível em:

<https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/noticias/cresce-numero-de-mestres-e-doutores-na-educacao-superior>. Acesso em: 15 ago. 2020.

FACCHINI, L. A. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos.** Fiocruz- Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Portal EPSJV/Fiocruz, Publicado em 14 de setembro de 2018.

Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 15 set. 2020.

FACCHINI, L. A; TOMASI, E; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.42, número especial 1, p.208-223, setembro 2018.

FALKENBERG, M. B; MENDES, T. D. P. L; MORAES, E. P. D., et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.847-852, 2014.

FERREIRA, F. M. P. B; BRITO, I. S; SANTOS, M. R. Programas de promoção da saúde no ensino superior: revisão integrativa de literatura. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.71, suppl.4, p.1814-1823, 2018.

FERREIRA, M. A. L; MOURA, A. A. G. **Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das conferências nacionais de saúde (CNS).** Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS. Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva. Recife, 2006. Disponível em: http://scf.cpqam.fiocruz.br/observarh/wp-content/uploads/2017/02/politica_rh_analise_cns.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** Editora Paz e Terra. São Paulo, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25° ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1992.

FREITAS, D. A; SANTOS, E. M. S; LIMA, L. V. S., et al. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. **Interface: Comunicação Saúde Educação**. v.20, n.57, p.437-48, 2016.

FUNDAÇÃO TELEFONICA VIVO. **80% dos docentes da educação básica brasileira são mulheres**. Publicado em: 08 de março de 2018. Disponível em: <http://fundacaotelefonicavivo.org.br/noticias/80-dos-docentes-da-educacao-basica-brasileira-sao-mulheres/>. Acesso em: 19 ago. 2020.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, p. e00012219, 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. In: Como Classificar Pesquisas. 5. ed-São Paulo: Atlas, p.28-29,2010.

GOMES, L. B; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.7-18, jan. 2011.

GONÇALVES, G. G; SOARES, M. **A atuação do enfermeiro em educação em saúde: uma perspectiva para a atenção básica**. 2010. 90f. Monografia apresentada ao Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UNISALESIANO, Lins-SP, para graduação em Enfermagem, 2010.

GRABOIS, Vitor. **Gestão do cuidado**. In: GONDIM; R., GRABOIS; V., MENDES J. W.V., organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; p.153-190. 2011. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>. Acesso em: 08 dez. 2020.

GUIMARÃES, E. M; ZANON, J. A. D; GUERRA, M. R. S., et al. Modelos educacionais aplicados às atividades de educação em saúde na atenção primária. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, v.6, n.2, p.13-20, 2016.

GUINZANI, F; FELÍCIO, R. S; MUELLER, R. R. **As políticas públicas de atenção básica em saúde e as contratações por tempo determinado e a afronta ao princípio do concurso público**. In: I Jornada Nacional de Desenvolvimento de Políticas Públicas. V Seminário de Ciências Sociais Aplicadas. Debates para superação das desigualdades socioeconômicas. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Resumos [...], v.5, n.5, mai-jun 2016.

HANSEN, Karem Susan. **A formação de professores para o desenvolvimento da educação em saúde na escola: investigando o currículo de um curso de pedagogia**. 2016. 114f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Educação Científica e Tecnológica) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis- SC, 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional, 2017**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/iguatu/panorama>. Acesso em: 24 out. 2019.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero - Indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2016, segundo trimestre. Tabela 31 - Nível de instrução da população de 25 anos ou mais, por sexo, com indicação do coeficiente de variação, segundo grupos de idade – 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html?=&t=downloads>. Acesso em: 22 jul. 2020.

IDOETA, P. A. **Mulheres são maioria nas universidades brasileiras, mas têm mais dificuldades em encontrar emprego**. BBC NEWS Brasil, São Paulo, 10 de setembro de 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-49639664#:~:text=V%C3%ADdeos-,Mulheres%20s%C3%A3o%20maioria%20nas%20universidades%20brasileiras%2C%20mas,mais%20dificuldades%20em%20encontrar%20emprego&text=Mulheres%20brasileiras%20t%C3%A3m%2034%25%20mais,menos%20chances%20de%20conseguir%20emprego>. Acesso em: 19 ago. 2020.

IGUATU. **Mapa do Ceará (Localização de Iguatu no Estado)**. Disponível em: <http://iguatuce.blogspot.com/2008/10/mapa-do-cear-localizao-de-iguatu-no.html>. Acesso em: 23 out. 2019.

IGUATU. **Secretaria de Saúde**. Núcleo de Atenção Básica. Iguatu, 2017.

IGUATU. **Unidades Básicas de Saúde na Cidade de Iguatu-CE**. Iguatu, CE, 2018. Disponível em: <https://www.infosaude.com.br/cites/4604>. Acesso em: 25 out. 2019.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Publicado em: 28 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/promocao-saude>. Acesso em: 25 ago. 2020.

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Mulheres são maioria na Educação Superior brasileira**. Censo de 08 de março de 2018. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/artigo/-/asset_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/mulheres-sao-maioria-na-educacao-superior-brasileira/21206#:~:text=Dados%20do%20Censo%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o,doc%C3%A2ncia%2C%20os%20homens%20s%C3%A3o%20maioria. Acesso em: 30 jul. 2020.

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Sinopses Estatísticas da Educação Superior – Graduação**. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>. Acesso em: 19 ago. 2020.

INTEGRASUS- Transparência da Saúde do Ceará. **Boletim Epidemiológico Novo Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em:

<https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara>. Acesso em: 04 ago. 2020.

JÚNIOR, G. É. O; DIEHL, M. B; MATTOS, G., et al. Individualização dos cuidados em saúde e apassivação do usuário no âmbito da educação em saúde na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.15 n.2, p.453-467, maio/ago. 2017.

KASHIWAKURA, H. K; GONÇALVES, A. O; SILVA, R. M. P. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.40, n.111, p.49-62, out-dez 2016.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LOMBARDI, M. R; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v.17, n.1, Jan-jun. 2018.

MACEDO, L. M; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Comunicação saúde educação**. v.18, n.51, p.647-659, 2014.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças*. **RAP, Rio de Janeiro**, v.34, n.4, p.133-46, jul./ago. 2000.

MAGNAGO, C; PIERANTONI, C. R; FRANÇA, T., et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.5, p.1521-1530, 2017.

MAIA, L. F. S. O enfermeiro educador: conhecimento técnico na formação profissional docente. **Revista Recien**, São Paulo, v.2, n.5, p.19-25, 2012.

MALTA, D. C; NETO, O. L. M; SILVA, M. M. A., et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, p.1683-1694, 2016.

MALTA, D. C; REIS, A. A. C; JAIME, P. C., et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1799-1809, 2018.

MARCONI. M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

MASOCHINI, R. G; FARIAS, S. N; SOUSA, A. I. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde: perspectiva de Profissionais. **Rev Min Enferm**. v. 22, n. 1134, 2018.

MEDEIROS, L. C. M. Educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na estratégia saúde da família: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v.1, n.1, p.65-74, 2015.

MELLO, A. L. S. F; MOYSÉS, S. T; MOYSÉS, S. J. A Universidade Promotora de Saúde e as Mudanças na Formação Profissional. **Interface comunicação saúde educação**, v.14, n.34, p.683-692, jul./set. 2010.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 13a edição. Hucitec editora, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14a Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, L. A. B; DIAS, D. S; FERNANDES, P. K. R. S. **Aplicabilidade das teorias de enfermagem na assistência de enfermagem**. FAMETRO – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, Título da Sessão Temática: Processo de Cuidar, Evento: V Encontro de Monitoria e Iniciação Científica. Conexão Fametro 2017: arte e conhecimento, XIII semana acadêmica. ISSN: 2357- 8645. Disponível em: <https://doity.com.br/conexao-fametro-2017/artigos>. Acesso em: 12 set. 2020.

MOREIRA, T. M. M; PNHEIRO, J. A. M; FLORÊNCIO, R. S., et al. **Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde**. Fortaleza: Editora UECE, 1ª edição, p.387, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.11-24, jan-mar ,2018.

MOUTINHO, C. B; ALMEIDA, E. R; LEITE, M. T. S., et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.12 n.2, p.253-272, maio/ago. 2014.

MOYSÉS, G. L. R; MOORI, R. G. **Coleta de dados para a pesquisa acadêmica: um estudo sobre a elaboração, a validação e a aplicação eletrônica de questionário**. In: XXVII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. A energia que move a produção: um diálogo sobre integração, projeto e sustentabilidade. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 09 a 11 de outubro de 2007. Resumos [...]. Disponível em: http://abepro.org.br/biblioteca/ENEGERP2007_TR660483_9457.pdf. Acesso em: 18 dez. 2019.

NUÑEZ, I. B; RAMALHO, B. L; UEHARA, F. M. G., et al. **O tempo e o profissionalismo docente: o caso de professores do ensino médio**. In: 19 Encontro de Pesquisa Educacional Norte Nordeste EPENN, João Pessoa, 2009.

Disponível em:

http://www.comperve.ufrn.br/conteudo/observatorio/uploads/publicacoes/artigos_05022013082758.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

OLIVEIRA, M. F; COTA, L. G. S. A pedagogia freiriana nas práticas de educação em saúde. **Diversitates- Revista Internacional**, v.10, n.1, jan/ abr., 2018.

OLIVEIRA, V. A. C; GAZZINELLI, M. F; OLIVEIRA, P. P. Articulação teórico-prática em um currículo de um curso de Enfermagem. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.24, n.3, 2020.

OPNE- Observatório do Plano Nacional de Educação. **Titulação de Professores da Educação Superior**. 2018 - Observatório do PNE. Disponível em: <https://www.observatoriopne.org.br/indicadores/metas/13-professores-titulados/indicadores>. Acesso em: 15 ago. 2020.

OSMO, A; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

PAES, C. C. D. C; PAIXÃO, A. N. P. A importância da abordagem da educação em saúde: revisão de literatura. **REVASF**, Petrolina-PE, v.6, n.11, p.80-90, dez. 2016.
PAIVA JÚNIOR, F. G.; LEÃO, A. L. M. S.; MELLO, S. C. B. Validade e confiabilidade na pesquisa qualitativa em Administração. **Revista de Ciências da Administração**, v.13, n.1, p.190-209, 2011.

PALÁCIO, M. A. V; TAKENAMI, L. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigil. sanit. debate**, v.8, n.2, p.10-15, 2020.

PDI- Plano de Desenvolvimento Institucional, 2017-2021, da Universidade Regional do Cariri. Disponível em: <http://proplan.urca.br/portal/index.php/todos-os-documentos/category/2-plano-de-desenvolvimento-institucional-pdi>. Acesso em: 15 ago. 2020.

PINAFO, E; NUNES, E. F. P. A; GONZÁLEZ, A. D., et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9 n.2 p.201-221, jul./out.2011.

PINHEIRO, D. G. M; SCABAR, T. G; MAEDA, S. T., et al. Health promotion competencies: challenges of formation. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.180-188, 2015.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <https://formacademicospe.wordpress.com/2017/03/27/6-livros-de-metodologia-para-download/>. Acesso em: 24 out. 2019.

REIS, T. C; FIGUEIREDO, M. F. S; SOUZA, L. P. S., et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **J Health Sci Inst**. v.31, n.2, p.219-223, 2013.

RIGON, A. G; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.4, p.812-817, Out-Dez. 2011.

ROCHA, A. L. F; FONSECA, M. G. Reflexões sobre a docência em enfermagem. As características necessárias ao enfermeiro professor segundo a literatura. EFDeportes.com, **Revista Digital. Buenos Aires**, Año 17, Nº 174, Noviembre de 2012.

RODRIGUES, R. P; SOTIRAKIS, G. H. O; PENHA, J. F. A., et al. Educação Popular em Saúde: construindo saberes e práticas de cuidado através do EDPOPSUS. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 19, n. 1, p. 219-229, jan.-abr. 2020.

ROSO, A; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber social**, v.3, n.1, p.83-95, 2014.

SABINO, L. M. M; BRASIL, D. R. M; CAETANO, J. A., et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Universidad de La Sabana, Aquichan**, v.16, n.2, 2016.

SACHS, J. D. **How Inequality Fuels COVID-19 Deaths. Project Syndicate - The Word Opinion Page**, Published in: Jun 29, 2020. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/commentary/inequality-fuels-covid19-mortality-by-jeffrey-d-sachs-2020-06?barrier=accesspaylog>. Acesso em: 14 out. 2020.

SALCI, M. A; MACENO, P; ROZZA, S. G., et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.1, p.224-230, jan-mar. 2013.

SCHMIDT, S. M. S; BACKES, V. M. S. CARTANA, M. H. F., et al. Facilidades e dificuldades no planejamento da integração ensino-serviço: estudo de caso. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v.10, n.2, 2011.

SECRETARIA DA SAÚDE. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/>. Acesso em: 23 out. 2019.

SORATTO, J. PIRES, D. E. P; TRINDADE. L. L., et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, 2017.

SOUSA, L. B. D; TORRES, C. A; PINHEIRO, P. N. D. C., et al. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: A Atuação da Enfermagem. **Rev.enferm: UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.55-60, jan/mar, 2010.

SOUTO, L. E. S; SOUSA, S. M; LIMA, C. A., et al. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Docentes da Área da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n.3, p.452-460, 2016.

SOUZA, L. K. Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v.4, n.1, p.52-66, jan./jun. 2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726.p, 2002. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

STOODI. **O que é cidadania: exemplos, direitos e deveres**. Disponível em:
<https://www.stoodi.com.br/blog/2019/01/07/o-que-e-cidadania/>. Acesso em: 27 out. 2019.

SUS: A SAÚDE DO BRASIL. **Determinantes Sociais da Saúde**. Disponível em: em:
<http://www.ccs.saude.gov.br/sus/determinantes.php>. Acesso em: 10 nov. 2019.

TAVARES, M. F. L; ZANCAN, L; CARVALHO, A. I., et al. **Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.297-310. Disponível em:
<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12563&Tipo=B>. Acesso em: 23 set. 2019.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p.507-514, jun. 2005.

ULHOA, Daiana Aparecida Moreira. **Importância da participação popular nas ações de saúde**. 2012. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC- Especialização em Atenção básica em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba- Minas Gerais, 2012.

URCA, UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI. **Perfil dos Cursos. 2009**. URCA, UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI. Relatório de Gestão-2015. Crato-CE, 15 de junho de 2016.

VALENÇA, C. N; GERMANO, R. M; MALVEIRA, F. A. S., et al. Articulação teoria/prática na formação em saúde e a realidade do Sistema Único de Saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.830-835, nov/dez, 2014.

VERMELHO, S. C. S. D; SOUSA, M. M. M. Revisão Bibliográfica sobre Educação em Saúde para Jovens. **Rev. Cesumar**, v.22, n.1, p.167-190, jan/jun, 2017.

VILLARINHO, P. R. L. **Aplicabilidade prática das teorias de enfermagem**. Portal Educação, Publicado em 08 de junho de 2014. Disponível em:
<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/pedagogia/aplicabilidade-pratica-das-teorias-de-enfermagem/57182>. Acesso em: 13 set. 2020.

ANEXOS

ANEXO A- DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI- UNIDADE DESCENTRALIZADA DE IGUATU



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE DESCENTRALIZADA DE IGUATU – UDI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA COM OS DOCENTES DA UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI- UDI

A Universidade Regional do Cariri (URCA)- Unidade Descentralizada de Iguatu (UDI), como instituição Pública de Ensino Superior fundada através da Lei Estadual nº 11.191/86 e autorizada pelo Decreto Presidencial nº 94.016, aprova a proposta de realização, na referida instituição, do projeto de pesquisa **PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO ACADÊMICO E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DA TEORIA À PRÁTICA**, tendo por pesquisadora responsável Irene Custódia da Silva, devidamente matriculada na Universidade sob o Número de Matrícula: 2015210964-1, e inscrita sob o número de RG: 2007863100-3 SSP/CE e CPF: 057.870.243-62, discente do curso de Bacharelado em Enfermagem, sob orientação da Prof. Dr. Eduarda Maria Duarte Rodrigues, inscrita sob o número de CPF: 019.354.612-49.

Mediante avaliação do projeto, a URCA- UDI autoriza a realização da pesquisa na instituição supracitada, por meio de um estudo descritivo, exploratório com abordagem predominantemente qualitativa, através de uma entrevista semiestruturada aplicada a cinco docentes graduados em enfermagem, sendo três da disciplina de saúde coletiva I e Saúde Coletiva II, uma da disciplina de educação em saúde e uma da disciplina de gestão na atenção básica, e que atuem na docência há, pelo menos, um ano.

O acesso aos docentes, para coleta dos dados, será realizado por intermédio de um acordo feito entre pesquisador e docente nas datas e horários que considerarem mais apropriados.

Vale ressaltar que esta declaração dependerá da autorização prévia do Comitê de Ética em pesquisa e a observações da Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde- CNS/MS, por parte do pesquisador responsável. O descumprimento dessas condições assegura a instituição de ensino o direito de cancelar a realização da pesquisa.


Natália Bastos F. Tavares
Diretora Geral
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA
CAMPUS IGUATU

Iguatu-CE, 17 de fevereiro de 2020

Coordenadora Geral

Natália Bastos

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO ACADÊMICO E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DA TEORIA À PRÁTICA

Pesquisador: CAMILA ALMEIDA NEVES DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 28851320.1.0000.5055

Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.933.212

Apresentação do Projeto:

A prática da educação em saúde não é contemporânea. Desde o século XVIII na Europa eram realizados almanaques objetivando divulgar cuidados higiênicos, o que já se configurava a prática de educação em saúde. Nas últimas décadas, essas práticas vêm se desenvolvendo de forma expressiva, demarcando a atenção primária em saúde como ambiente prioritário devido às evidências em ações de prevenção e promoção em

saúde. A Educação em Saúde é uma estratégia que impulsiona a promoção da saúde, contribuindo para o empoderamento das pessoas, e, conseqüentemente, sendo um parceiro que garante a corresponsabilidade dos usuários no enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença. Diante da importância da educação em saúde na solução de problemas que dificultam o enfrentamento pleno de todos os determinantes sociais, acredita-se que conhecer a realidade vivenciada pela comunidade é essencial para a realização de práticas participativas e transformadoras das condições de saúde. Deste modo, objetiva-se analisar as percepções dos enfermeiros da ESF e dos enfermeiros docentes de graduação de enfermagem da Universidade Regional do Cariri- URCA do município de Iguatu, com relação a prática da atividade de educação em saúde. Trata-se um estudo de natureza descritiva, com caráter exploratório numa abordagem predominantemente qualitativa. Farão parte da pesquisa 14 profissionais enfermeiros distribuídos em 11 Unidades de Saúde, onde temos duas unidades que apresentam mais de uma estratégia: Flores, Paraná e Brasília correspondem juntas uma única unidade, e Cocobó e Altiplano também

Endereço: Rua Cel. Antônio Lutz, nº 1161
Bairro: Pimenta **CEP:** 63.105-000
UF: CE **Município:** CRATO
Telefone: (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 3.933.212

representam juntas uma única unidade, perfazendo um total de 14 Estratégias de Saúde da família localizadas na Zona Urbana. A pesquisa também será realizada com cinco docentes, sendo três da disciplina de saúde coletiva I e Saúde Coletiva II (um dos professores que administra Saúde Coletiva I também administra Saúde Coletiva II), uma da disciplina de educação em saúde, e, uma da disciplina de gestão na atenção básica da Universidade Regional do Cariri- URCA. A coleta de dados se dará no período de março a maio de 2020, por meio de um questionário com perguntas objetivas e subjetivas sobre o objeto desse estudo. Este estudo analisará os dados obtidos por meio da técnica de análise de conteúdo, na modalidade análise temática, conforme proposto por Minayo. Este projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mediante cadastro na Plataforma Brasil, para que se possam analisar os possíveis danos e então autorizar a sua realização. Trata-se um estudo de natureza descritiva, com caráter exploratório numa abordagem predominantemente qualitativa, que tem por objetivo analisar as percepções dos enfermeiros da ESF e dos enfermeiros docentes de graduação de enfermagem da Universidade Regional do Cariri- URCA do município de Iguatu, a respeito da prática da atividade de educação em saúde, buscando acesso à teoria e à prática desenvolvidas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as percepções dos enfermeiros da ESF e dos enfermeiros docentes de graduação de enfermagem da Universidade Regional do CaririURCA do município de Iguatu, com relação a prática da atividade de educação em saúde.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo;
- Conhecer as temáticas e fundamentações das implementações da Educação em Saúde na prática dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e dos docentes;
- Identificar fatores facilitadores e dificultadores para a prática de Educação em Saúde na UBS e na Docência;
- Relatar conceitos de Educação em Saúde identificados no âmbito da ESF e da Universidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente trabalho poderá acarretar em alguns riscos para o participante no que se refere ao constrangimento de alguma pergunta, vergonha ou receio em responder alguma questão, dúvidas, entre outros aspectos que provoquem uma mudança de comportamento ou que gere algum desconforto. É importante enfatizar que esses

Endereço: Rua Cel. Antônio Lutz, nº 1161
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
UF: CE Município: CRATO
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 3.933.212

riscos serão minimizados quando tão logo forem observados e identificados. Pensando nesses possíveis questionamentos, serão elaboradas estratégias para reduzir e ou amenizar os riscos tais como: a entrega do questionário em envelopes, a garantia

do anonimato dos participantes através expressões alfanuméricas como: ENF 1, ENF 2, ENF3, e, assim sucessivamente, para os profissionais enfermeiros (as) e para os enfermeiros docentes será utilizado as expressões alfanuméricas DOC 1, DOC 2, DOC 3.

Benefícios:

No que se refere aos benefícios desejados com a execução dessa pesquisa, é despertar o interesse e motivações para prosseguir com estudos na mesma temática, possibilitando a elaboração de estratégias para melhorar a assistência ao público em estudo e permitir uma maior discussão sobre os aspectos que envolvem a educação em saúde. Serão considerados os princípios da bioética como: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça descritas na Resolução 510 de 7 de abril de 2016, e que estarão presentes em todas as fases do estudo. O princípio da beneficência será assegurado quando forem observados que os riscos aos participantes forem superiores aos benefícios propostos na pesquisa. O princípio da não maleficência garantirá que os danos previsíveis sejam evitados, garantindo que a identidade do entrevistado não seja revelada direta ou indiretamente. Será garantido o anonimato dos entrevistados através da adoção de nomes fantasias para os mesmos, assim como também, não serão reveladas as unidades de saúde que fizerem parte da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ética e Relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Sem pendências. Em observância a resolução Número 486/2012 -II-19 O pesquisador responsável deve encaminhar para Plataforma Brasil o relatório final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência.

Endereço: Rua Cel. Antônio Lutz, nº 1161
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
UF: CE Município: CRATO
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

Os autores

Joab Gomes da Silva Sousa



Enfermeiro pela Universidade Regional do Cariri. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Especialista em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental pelo Centro Universitário Venda Nova do Imigrante UniFAVENI.

Irene Custódia da Silva



Bacharel em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri- Campus multi institucional Humberto Teixeira- Iguatu; pós graduação em saúde da família pela Faculdade Venda nova do Imigrante (Faveni).

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

Possui graduação em Enfermagem pela Escola Magalhães Barata do Estado do Pará. Graduação em Direito pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestrado em Saúde da Criança e Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutorado em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidad Del Museo Social Argentino. Pós-Doutorado em Ciências Jurídicas e Sociais (em andamento). Graduação em Administração Hospitalar pela Universidade Federal de Pernambuco e Graduação em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco e Especializações: em Direito Processual Civil; Direito Penal; em Saúde Comunitária pela Universidade Federal de Pernambuco.

Henrique dos Santos Gomes



Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Unileão.

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda



Enfermeiro, Doutor em Enfermagem pelo Programa Interunidades da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP-EERP-EPCH), Pós-Doutor em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD-U-ÉVORA), Évora/Portugal. Professor Titular do Curso de Graduação em Enfermagem e Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.




Editora
MultiAtual

ISBN 978-656009071-2



9

786560

090712