

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

JULIANA SILVEIRA COLOMÉ

**A formação de educadores em saúde na graduação em
enfermagem: concepções dos graduandos**

Porto Alegre

2007

JULIANA SILVEIRA COLOMÉ

**A formação de educadores em saúde na graduação em
enfermagem: concepções dos graduandos**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Porto Alegre

2007

C718f Colomé, Juliana Silveira

A formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem : concepções dos graduandos / Juliana Silveira Colomé ; orient. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira. – Porto Alegre, 2007.

130 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2007.

Inclui resumos em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Educação em saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Educação em enfermagem. 4. Enfermagem. 5. Educação Superior. 6. Pesquisa em educação de enfermagem. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. II. Título.

Limites para indexação: Humano.

LHSN – 287

NLM – WY 18.5

JULIANA SILVEIRA COLOMÉ

A formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem: concepções dos graduandos

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira
CPF 421.392.280-49

(Presidente)

Dora Lúcia L. C. de Oliveira

Profa. Dra. Eva Néri Rubim Pedro
CPF 289.509.170-68

(Membro – UFRGS)

Eva Néri R. Pedro

Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
CPF 000.807.990-00

(Membro – UFRGS)

M. Kruse

Profa Dra Maria de Lourdes Denardin Budó
CPF 188.013.900-68

(Membro – UFSM/RS)

M. Denardin

Porto Alegre, 27 de julho de 2007.

De acordo da Mestranda:

Juliana Colomé

AGRADECIMENTOS

À Deus, por iluminar meu caminho, guiar meus passos e por cuidar de mim nesta fase de crescimento, aprendizado e superação. Obrigada pela vida, pelo amor e pelas oportunidades que se apresentam como provas a serem vencidas e que nos estimulam a progredir.

Aos meus pais, Helena e Abrahão, pelo amor, estímulo e força. Gostaria que soubessem que são meus melhores amigos, verdadeiros anjos que Deus designou para trilharem comigo as jornadas desta vida.

Ao meu grande amor Eduardo, por compreender minhas preocupações e ansiedades, por compartilhar a vida comigo e por tornar meus dias mais felizes. Agradeço principalmente pelo amor incondicional dispensado durante este período da minha vida.

À minha amiga-irmã Sola, pelo apoio que sempre me proporcionou, pela preocupação e pelo carinho. Obrigada pelo amor que dispensas a mim como se fosse tua filha.

Às minhas queridas primas-enfermeiras Bela e Lúcia. Agradeço por acreditarem em meu potencial e por incentivarem a realização deste curso a fim de que eu pudesse seguir seus passos no campo da docência em enfermagem.

Aos demais familiares, irmãos, primos, tios e vó Zizi. Obrigada pelo carinho e consideração de todos vocês.

À professora Dora, minha orientadora, pelos conhecimentos compartilhados e pelos momentos de reflexão e aprendizado, os quais proporcionaram um crescimento tanto acadêmico como pessoal.

Às professoras que compõem a banca examinadora desta dissertação, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições que qualificaram esta proposta e influenciaram diretamente na concretização deste estudo.

Às professoras do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos ensinamentos e contribuições às nossas propostas de estudo durante as disciplinas do curso.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos momentos de convívio que proporcionaram inúmeras trocas de experiências, expectativas e objetivos. Vocês representam queridos companheiros que guardo em meu coração.

À aluna Gilda Abib, bolsista de iniciação científica, pelo auxílio na busca dos referenciais que fundamentaram teoricamente este estudo.

Aos membros do GEPS - Grupo de Estudos sobre Promoção da Saúde, pelas proveitosas discussões que fortaleceram meus conhecimentos acerca da educação e da promoção da saúde.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por intermédio do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, por proporcionar um ensino público, gratuito e de qualidade, o qual será determinante em minha trajetória profissional.

Aos graduandos dos Cursos de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Agradeço pela participação, disponibilidade e receptividade. Vocês foram elementos fundamentais para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

RESUMO

A dissertação analisa a formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem segundo as concepções dos graduandos. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, estruturado a partir de uma abordagem qualitativa. Os campos de desenvolvimento do estudo foram o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM e o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Foram participantes da pesquisa os graduandos do último semestre dos respectivos cursos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada e os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática proposta por Minayo. A análise sugere que o preparo do aluno de graduação em enfermagem como educador em saúde é permeado por concepções que mesclam pressupostos tradicionais e pressupostos mais modernos de educação em saúde, sendo que estes últimos permanecem, em sua maioria, somente no campo da retórica. A dificuldade de uma implementação prática destes referenciais ampliados, como o da promoção da saúde, é justificada pelo forte predomínio do saber biomédico neste processo formativo, que se traduz principalmente em experiências curriculares que objetivam instrumentalizar os alunos para ações educativas em saúde preventivistas, pautadas no conhecimento técnico-científico e com ênfase em mudanças individuais de comportamento. A pesquisa traz importantes subsídios para a reflexão sobre a formação de enfermeiros-educadores e evidencia a possibilidade de transformação das práticas destes enfermeiros no contexto da educação em saúde. Esta transformação deve ser orientada no sentido de propor ações educativas em saúde que transcendam o campo da prevenção de doenças e se configurem como estratégias de apoio a indivíduos e grupos para o desenvolvimento de uma postura crítica e propositiva na busca por melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde.

Descritores: Educação em saúde. Promoção da saúde. Educação em enfermagem. Enfermagem.

RESUMEN

La disertación analiza la formación de educadores en salud en la graduación en enfermería según las concepciones de los graduandos. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, estructurado a partir de un abordaje cualitativo. Los campos de desarrollo del estudio fueron el Curso de Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria - UFMSM y el Curso de Graduación en Enfermería de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul - UFRGS. Participaron de la pesquisa los graduandos del último semestre de los respectivos cursos. La recolección de datos se realizó por medio de entrevista semi-estructurada y los datos obtenidos fueron sometidos al análisis de contenido temático propuesto por Minayo. El análisis sugiere que el preparo del alumno de graduación en enfermería como educador en salud es impregnado por concepciones que mezclan presupuestos tradicionales y presupuestos más modernos de educación en salud, siendo que estos últimos permanecen, en su mayoría, solamente en el campo de la retórica. La dificultad de una implementación práctica de estos referenciales ampliados, como el de la promoción de la salud, se justifica por el fuerte predominio del saber biomédico en este proceso formativo, que se traduce principalmente en experiencias curriculares que objetivan instrumentalizar los alumnos para acciones educativas de prevención en salud pautadas en el conocimiento técnico-científico y con énfasis en cambios individuales de comportamiento. La investigación trae importantes subsidios para la reflexión acerca de la formación de enfermeros-educadores y evidencia la posibilidad de transformación de las prácticas de estos enfermeros en el contexto de la educación en salud. Esta transformación debe ser orientada en el sentido de proponer acciones educativas en salud que excedan el campo de la prevención de enfermedades y se configuran como estrategias de apoyo a individuos y grupos para el desarrollo de una postura crítica y de proposición en la búsqueda por mejores condiciones de vida y, a consecuencia, de salud.

Descriptor: Educación en salud. Promoción de la salud. Educación en Enfermería. Enfermería.

Título: La formación de educadores en salud en la graduación en enfermería: concepciones de los graduandos.

ABSTRACT

This paper analyzes the education of health educators from Nursing Undergraduate Courses according to the conceptions of the academic students. It is an exploratory descriptive study structured from a qualitative approach. The sites for the development of the study were the Nursing Graduation Course of the Federal University of Santa Maria – USFM and the Nursing Graduation Course of the Federal University of Rio Grande do Sul – UFRGS. The research participants were undergraduate nursing students of the last semester from the respective courses. The data collection was performed by means of semi-structured interview and the obtained data were submitted to the analysis of theme content as proposed by Minayo. The analysis suggests that the preparation of the nursing graduation student as a health educator is permeated by conceptions that mix both traditional and more modern presuppositions on health education while most of the last ones remain in the rhetorical field only. The difficulty for a practical implementation of these enlarged referential topics, like the one of health promotion, is justified by the strong predominance of biomedical knowledge within this educative process that is mainly translated into curriculum experiences that aim at providing the students with instruments for health preventing educative actions based on technical-scientific knowledge and with emphasis on individual behavior changes. The research offers important inputs for the reflection on the education of educator nurses and it evidences that the transformation of these nurses' health education practices is possible. This transformation must be guided into the direction of proposing health educating actions that transcend the field of diseases prevention and configure as support strategies to individuals and groups for the development of a critical and proposing attitude in the search for better life and health conditions.

Descriptors: *Health education. Health promotion. Nursing education. Nursing.*

Title: *The education of health educators in Nursing Undergraduate Courses: the students' conceptions.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo Geral	14
2.2	Objetivos Específicos	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Promoção e educação em saúde: caminhos de um novo paradigma	15
3.2	A atuação da enfermagem no contexto da educação em saúde	24
3.3	A formação nos cursos de graduação em enfermagem	30
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS	36
4.1	Tipo de Estudo	36
4.2	Campos de Estudo	36
4.3	Sujeitos do Estudo	38
4.4	Coleta dos Dados	39
4.5	Análise dos Dados	40
4.6	Considerações Bioéticas	40
5	A FORMAÇÃO DE EDUCADORES EM SAÚDE NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	42
5.1	Enfermagem e Educação em Saúde	45
5.2	Concepções de Educação em Saúde	51
5.2.1	Educar é orientar, ter saúde é não estar doente	53
5.2.1.1	Os leigos e os experts da educação em saúde	61
5.2.2	Educar é compartilhar saberes, ter saúde é produto de múltiplos determinantes	67
5.2.2.1	Os protagonistas da educação em saúde	76
5.3	Elementos do Ensino da Educação em Saúde	81
5.3.1	Saberes envolvidos	82
5.3.2	Abordagens educativas	89
5.3.3	Parâmetros de avaliação	98
5.4	A Formação que Temos e a Formação que Queremos	103
5.4.1	Percepções sobre a formação de enfermeiros-educadores	103

5.4.2	Perspectivas para formação de enfermeiros-educadores	106
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS	114
	APÊNDICES	123
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	124
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
	ANEXOS	126
	ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	127
	ANEXO B – Plano de Ensino da Disciplina Educação e Saúde do Curso de Enfermagem da UFRGS	128

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem encontra-se constantemente envolvida, no cotidiano da atuação profissional, em atividades de educação em saúde. Estas ações caracterizam-se como uma responsabilidade inerente à profissão, estando distribuídas em diversos cenários e contextos, nos quais são utilizadas diferentes formas de educar em saúde. Em meio às polarizações existentes entre práticas educativas em saúde alicerçadas em um enfoque preventivo, comportamentalista, com ênfase no individualismo e práticas que procuram apoiar-se em pressupostos que sinalizem no sentido da emancipação social, destaca-se o papel dos enfermeiros enquanto educadores em saúde.

Embora não exista legislação que indique como um imperativo o desenvolvimento de ações educativas em saúde por profissionais com formação em saúde, como os enfermeiros, estes têm sido alguns dos seus principais agentes. Estes profissionais pelo conhecimento adquirido no meio acadêmico, que os instrumentaliza no conhecimento dos processos de adoecimento humano e, conseqüentemente, nas diversas e abrangentes formas de preveni-los, são aqueles que freqüentemente assumem o desafio de educar para a saúde. Tal hegemonia no campo da educação em saúde está provavelmente relacionada ao que tradicionalmente se espera como resultado das ações educativas em saúde - comportamentos saudáveis - definidos por aqueles que, em princípio, são conhecedores do saber biomédico: os profissionais da saúde.

Segundo esta ótica, os enfermeiros atendem o requisito de conhecerem os saberes da saúde - como manter-se saudável ou recuperar a saúde - sendo considerados 'aptos' a transmitir estes saberes aos que os 'desconhecem'. Legitimados pela própria concepção de educação em saúde que tradicionalmente embasa as práticas neste campo, enfermeiros se identificam com o papel educativo a eles atribuído, considerando-se, muitas vezes, 'educadores em saúde natos', ou seja, entendendo que sua formação acadêmica é garantia de competência para exercer tal papel.

Na maioria das vezes, esta legitimidade proporcionada pela formação em saúde, especificamente no contexto desta discussão, pela graduação em enfermagem, não tem sido analisada ou avaliada, fortalecendo-se o pressuposto de

que a formação profissional configura-se como espaço inequívoco para a qualificação de enfermeiros como agentes de educação em saúde. Contudo, os processos formativos dos profissionais de saúde, de uma forma geral, ainda preparam os alunos para atuar sobre as formas agudas da doença, numa tendência de estudar os indivíduos isolados do seu meio, numa perpetuação da visão cartesiana de mundo (PENNA; PINHO, 2002).

Assim, enquanto as políticas governamentais no campo da saúde pública apontam para uma noção de educação em saúde segundo os pressupostos do movimento da promoção da saúde, a formação profissional parece não estar acompanhando a evolução destes campos no preparo do enfermeiro para ser educador. Frente a estes avanços, a educação em saúde caracteriza-se como fundamental estratégia para o alcance de melhores condições de vida/saúde e a formação profissional centrada essencialmente nos aspectos orgânicos, biológicos e patológicos, valorizados pelo saber biomédico, apresenta dificuldade para articular-se com os princípios da nova saúde pública.

Mediante este panorama, destaca-se que o profissional requerido para esta nova prática educativa em saúde ainda está por construir-se, pois a formação tradicional ainda toma o saber como algo fragmentado, hierarquizado, conduzindo a uma atuação compartimentada, técnico-reparadora, que isenta a população de ações participativas. Dessa forma, a maioria dos profissionais que estão atuando em tais práticas são produto desta formação, necessitando, portanto, de profundas transformações relacionadas aos processos formativos em saúde (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003).

Estas reflexões foram despertadas ainda enquanto acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, no qual foram suscitadas inquietações frente a ações educativas em saúde que não transcendiam à ação fundamentalmente baseada em orientações para a prevenção de doenças, sem a devida atenção aos aspectos sociais e culturais dos processos de adoecimento. A identificação da necessidade de uma formação que reconhecesse a educação em saúde enquanto importante instrumento de transformação social salientou-se ainda, no estágio supervisionado em enfermagem realizado nesta área.

Além disso, as leituras e participações nas atividades acadêmicas desenvolvidas durante o Curso de Mestrado em Enfermagem, evidenciaram a escassez de estudos pautados em uma análise da atuação da enfermagem no

campo da educação em saúde, bem como dos processos formativos que embasam esta atuação. Estas constatações reforçaram minhas preocupações em função dos subsídios que elas trouxeram no sentido de justificar a necessidade de se prestar mais atenção aos pressupostos que vêm subsidiando as práticas educativas em saúde, sobretudo aquelas desenvolvidas pela enfermagem.

Dessa forma, evidencia-se que o desenvolvimento de estudos com foco nos processos formativos de profissionais da saúde aumenta as possibilidades de abertura de novos caminhos para a produção social da saúde, além de fortalecer o ensino acerca do Sistema Único de Saúde de nosso país e, conseqüentemente, o preparo de profissionais para atuação neste sistema (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Diante destas reflexões e considerando a importância da dimensão educativa na prática cotidiana da enfermagem, bem como a necessidade do desenvolvimento de uma análise crítica não somente desta prática, mas também da formação que a influencia, este estudo se propôs a problematizar o processo de formação profissional de enfermeiros, especificamente no que tange ao preparo destes para atuarem como educadores em saúde. Para a problematização pretendida, foram utilizados como subsídios as concepções dos graduandos em enfermagem acerca deste processo de formação.

2 OBJETIVOS

A partir das considerações iniciais, foram delineados os objetivos propostos para este estudo, os quais são apresentados a seguir.

2.1 Objetivo Geral

Analisar a formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem segundo as concepções dos graduandos.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer e problematizar as concepções de educação em saúde destes graduandos;
- Identificar os elementos que têm subsidiado o processo de formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem, com relação aos saberes envolvidos, as abordagens educativas utilizadas e os parâmetros de avaliação das ações de educação em saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O referencial teórico que proporcionou suporte ao processo de pesquisa foi definido por meio de uma revisão da literatura publicada na área. A literatura revisada, apresentada a seguir, serviu de subsídio para a leitura, compreensão e análise dos dados coletados. Os tópicos desenvolvidos que ofereceram sustentação a esta proposta foram: Promoção e educação em saúde: caminhos de um novo paradigma, A atuação da enfermagem no contexto da educação em saúde e A formação nos cursos de graduação em enfermagem.

3.1 Promoção e educação em saúde: caminhos de um novo paradigma

Na área da saúde pública, aproximadamente nos últimos 30 anos, um novo paradigma vem orientando os olhares dos profissionais que atuam neste campo. Esta mudança paradigmática caracteriza-se como um evento histórico e social com ênfase na promoção da saúde, a partir da reorganização da vida social e não apenas dos serviços de saúde, articulando, portanto, estratégias mais amplas na construção da cidadania e na transformação da cultura da saúde.

Este panorama, segundo Paim e Almeida Filho (1998), constitui-se como um produto de importantes transformações nas esferas econômica, cultural, social e política, ocorridas especialmente na segunda metade do século XX, que se estendem ao campo da saúde, o qual historicamente tem experimentado sucessivos movimentos de rearticulação de suas práticas. Ainda, segundo estes autores, a ordem mundial que se instaura na década de 80, inspirada no neoliberalismo, provoca uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde, e especialmente nos países de economia capitalista dependente, como no caso do Brasil, o corte nos gastos públicos acabou comprometendo acentuadamente o cenário institucional conhecido como saúde pública (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Esta configuração que emergiu no campo da saúde, originada no contexto das sociedades capitalistas neoliberais, tem como um de seus elementos centrais a

instrumentalização dos indivíduos para que assumam o controle de suas vidas e, conseqüentemente, de sua saúde. Tal fato fez com que se evidenciassem demandas educativas na área da saúde, suscitando o desenvolvimento de novas abordagens em saúde que focalizassem o investimento na autonomia dos sujeitos sociais para o alcance dos meios necessários na conquista de uma vida com qualidade.

Inseridas neste contexto, as práticas de educação em saúde eram orientadas por um discurso biologicista, que reduzia a determinação do processo saúde/não-saúde à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Este discurso propagava que os problemas de saúde eram decorrentes da não observância das normas de higiene pelos indivíduos e que a mudança de atitudes e comportamentos individuais seria capaz de garantir a resolutividade dos problemas de saúde. Este discurso predominou no campo da educação em saúde nas décadas seguintes, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de muitas práticas educativas (SMEKE E OLIVEIRA, 2001).

O cenário que estava sendo delineado sinalizava para a necessidade da articulação de movimentos que buscassem transcender as bases da saúde pública, até então alicerçadas no modelo biomédico, cujo foco principal residia nas causas das doenças em nível individual e definia saúde simplesmente como ausência de doença (SOUZA *et al.*, 2005). Além disso, segundo este modelo, as ações deveriam estar baseadas em princípios curativistas, mecanicistas e biologicistas, o que entrava em descompasso com o deslocamento que se dava de uma abordagem de caráter curativo para uma abordagem preventiva, uma vez que, se por um lado, ocorria uma diminuição na ocorrência das doenças infecto-contagiosas, por outro, ocorria a emergência das enfermidades crônico-degenerativas (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Neste contexto, a crise que se instaurou no campo da saúde pública e o reconhecimento quanto aos limites das abordagens medicalizantes, fez com que se tornassem urgentes e necessárias as discussões acerca das questões do campo da saúde pública e, por conseguinte, a emergência de propostas para ações subseqüentes que procurassem estabelecer uma nova concepção de saúde. Diante destas circunstâncias, ocorreram no cenário mundial, fatos determinantes para a construção dos atuais paradigmas da nova saúde pública. Conforme destaca

Czeresnia (2003), o novo discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionamento das práticas em saúde foram articulando-se em torno do projeto da promoção da saúde, o qual dentre seus pressupostos ofereceu ênfase ao fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde. Corroborando o exposto, Gutierrez *et al.* (1997) observam que o enfoque da promoção da saúde, por ser mais amplo e abrangente que o tradicional enfoque preventivo, procura identificar os macrodeterminantes da saúde buscando modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, e ainda, aponta para a transformação dos processos individuais e coletivos de tomada de decisões mediante problemáticas relacionadas à saúde.

Dessa forma, nos caminhos percorridos pelo movimento da promoção da saúde, encontram-se muitas das bases conceituais e ideológicas que têm influenciado as práticas da atualidade. Assim, considerando a promoção da saúde como campo de saberes e práticas que vem evoluindo nas últimas décadas, apresenta-se a seguir uma breve cronologia dos principais acontecimentos que têm, de certa forma, delineado o cenário atual da nova saúde pública e, em particular, da promoção da saúde.

O movimento da promoção da saúde se originou no Canadá em 1974, o qual questionou o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde, dando início a uma nova era de interesse social e político pela saúde pública (SANTOS; WESTPHAL, 1999). Seus pressupostos iniciais foram formulados no documento oficial “The new perspectives on the health of Canadians” (Novas perspectivas sobre a saúde dos Canadenses), também conhecido como Informe Lalonde. Neste documento, o então Ministro da Saúde e Bem-Estar Nacional do Canadá, Mark Lalonde, formulou uma nova proposta para a saúde da população, considerando o campo da saúde como dividido em quatro núcleos centrais: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Além disso, discutiu a relação entre cada um destes fatores e sua influência nos problemas de saúde, enfatizando a necessidade de haver uma associação entre melhorias ambientais e mudanças comportamentais para a promoção da saúde pública (LALONDE, 1996).

O evento mais significativo que se seguiu à publicação deste documento e que teve influências marcantes do mesmo foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata no ano de 1978, convocada pela

Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com o Unicef - United Nations Children's Fund. Este evento foi considerado, em termos mundiais, um dos acontecimentos mais significativos para a saúde pública, pelo alcance que teve em praticamente todos os sistemas de saúde do mundo ao enfatizar a meta 'Saúde para todos no ano 2000' através da cooperação entre as nações (BUSS, 2003).

Ao analisar o conteúdo da Declaração de Alma-Ata, documento que consolida as discussões desta conferência, Pires (2005) observa que nela se encontra expressa a importância da atenção primária, onde estão implícitos a integralidade, o maior acesso aos recursos de saúde e a participação das comunidades nas decisões da área da saúde. Além disso, a declaração destaca que os cuidados primários de saúde incluem a educação enquanto setor correlato no que diz respeito aos problemas de saúde e métodos de prevenção e controle de doenças.

O conceito de saúde expresso nesta declaração reafirmou àquele preconizado pela OMS, no qual saúde correspondia a um estado de completo bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2002), o qual embora estivesse incorporando determinantes sociais como condicionantes no alcance da saúde, enfatizava uma situação utópica ao sugerir condições de vida caracterizadas por um equilíbrio absoluto e, portanto, inalcançável.

Consolidando as discussões sobre promoção da saúde que vinham sendo realizadas e tomando como ponto de partida as metas preconizadas na Declaração de Alma-Ata, ocorreu no ano de 1986 a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. No documento que se caracteriza como produto desta conferência, a Carta de Ottawa, percebe-se uma evolução em relação ao conceito de saúde, ao ficar evidenciada a relação entre saúde e outros fatores, como educação, moradia, renda, alimentação, justiça social e equidade.

Resumidamente, a proposta trazida por este documento ressalta a necessidade de que sejam estabelecidas ações intersetoriais conjuntas que possam proporcionar condições favoráveis à saúde; a criação de ambientes saudáveis, enfatizando o impacto das mudanças ambientais na saúde; o reforço da ação comunitária na eleição de prioridades, na tomada de decisões e no desenvolvimento de novas estratégias, bem como a reorganização dos serviços de saúde, oferecendo atenção à investigação sanitária e às mudanças na educação e formação profissional, dentre outros aspectos. Além disso, a referida proposta indica que promover a saúde significa fornecer às populações condições para que estas sejam

capazes de melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre a mesma (BRASIL, 2002).

Neste sentido, segundo Souza *et al.* (2005), na Carta de Ottawa, a saúde é concebida como a possibilidade de se aproveitar a vida de forma positiva, no sentido do uso de recursos pessoais e sociais, não significando que a busca por tornar-se ou manter-se saudável seja o objetivo central e único da vida das pessoas, mas sim um recurso para fornecer qualidade à vida cotidiana. Desse modo, Buss (2003) argumenta que, neste documento, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde, sendo imprescindível o papel ocupado pela educação em saúde neste contexto.

Assim, desde a sua divulgação, a Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, por constituir-se como um documento de referência que propõe estratégias que foram sendo fortalecidas e desenvolvidas em maior profundidade nos eventos subseqüentes, conforme reconheceram as conferências internacionais sobre promoção da saúde que se seguiram: no ano de 1988 em Adelaide; 1991 em Sundsval; 1997 em Jacarta e no México em 2000 (BRASIL, 2002), as quais também ofereceram inúmeras contribuições para o desenvolvimento do campo da promoção da saúde.

No Brasil, tais discussões repercutiram de forma significativa, tanto que no mesmo ano da realização da Conferência de Ottawa, ocorreu no cenário nacional a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual a saúde passou a ser definida em um conceito mais abrangente que o utilizado até então. O novo conceito trouxe um enfoque para além do campo biológico, indicando a saúde como produzida em diversos contextos, como o trabalho, o emprego, a moradia e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986). Além disso, este conceito trouxe inquestionáveis avanços tanto a nível teórico como no campo das práticas em saúde. Segundo o relatório final desta conferência, o direito à saúde, a condições dignas de vida e de acesso igualitário e universal às ações e serviços de saúde deveriam ser garantidos pelo Estado.

Em decorrência das discussões emanadas da VIII Conferência Nacional de Saúde e dos eventos internacionais sobre promoção da saúde, Santos e Westphal (1999, p.76), argumentam que “como esta noção abrangente de saúde passou a não ser mais a simples ausência da doença, a melhor denominação para o novo

paradigma é a de produção social da saúde”. O movimento da nova saúde pública, baseado nesse referencial, pressupõe abandonar o enfoque vertical e paternalista herdado do passado, decorrente de práticas prescritivas dos profissionais de saúde, apoiados no biologicismo e no mecanicismo. Supõe, por outro lado, o desenvolvimento de novas relações do Estado com a sociedade e o desenvolvimento de novas habilidades dos profissionais para implementar novas práticas (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Mediante tais considerações, percebe-se que esta evolução/transformação ocorrida no campo da saúde pública estendeu-se igualmente aos eixos centrais que permeiam as práticas deste campo. Assim como o conceito de saúde passou da mera ausência da doença para a noção de completo bem-estar físico, mental e social e daí para um conceito mais amplo que inclui determinantes multifacetados, a promoção da saúde também experimentou inúmeras mudanças. Procurando adequar-se aos novos pressupostos, este movimento necessitou buscar abordagens que pudessem atender às demandas que emergiam deste contexto, como a abordagem educativa em saúde.

Corroborando o exposto, Pedrosa (2001) refere que as ações ligadas à promoção da saúde necessitaram fundamentar-se em aportes multidisciplinares que buscassem estratégias técnicas e políticas para serem realizadas, sendo que dentre estas, a educação em saúde configurou-se enquanto fundamental estratégia. Desse modo, neste cenário caracterizado como resultado de profundas transformações foi inserida a dimensão educativa, que juntamente ao setor saúde, se constituiu em importante e estratégico equipamento social para a constituição do projeto de promoção da saúde.

Inserida na conjuntura de tais transformações, a “nova educação em saúde deve superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida” (OLIVEIRA, 2005, p.425). Desde esta perspectiva, a educação em saúde transcende a prevenção das doenças, ampliando seus objetivos no sentido da preparação dos indivíduos para a luta por uma vida com mais saúde.

Sinalizando para convergências à argumentação exposta, Meyer *et al.* (2006) salientam que a educação em saúde pode ser entendida como uma abordagem que, enquanto parte de um processo de educação mais ampla, constitui-se tanto como um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas

relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais.

No campo das práticas de saúde, Oliveira (2005) considera existir uma diversidade de modelos de educação em saúde. Nesta variedade de maneiras de se educar em saúde, ao ser considerado o que estas trazem como pontos em comum, torna-se possível agrupá-las em duas abordagens principais: o modelo tradicional ou preventivo e o modelo radical.

Segundo esta autora, o modelo tradicional de educação em saúde baseia-se nos princípios da biomedicina, objetiva a prevenção das doenças e trabalha com a idéia de que os modos de vida dos indivíduos, como os hábitos considerados insalubres, são as principais causas da falta de saúde. Ainda, tem como pressuposto a idéia de que os profissionais da saúde sabem o que se constitui em estilo de vida saudável e de que a adoção desse modo de viver é uma questão de escolha pessoal (OLIVEIRA, 2005).

Neste sentido, segundo esta visão, como os profissionais da saúde são aqueles que conhecem a escolha ideal, estão autorizados a convencer os indivíduos a adotarem um estilo de vida o mais saudável possível. Dessa forma, a possibilidade de alguém optar por atitudes consideradas não saudáveis após ter participado de algum tipo de atividade educativa em saúde, é interpretada pelos profissionais como uma falha nos propósitos destas ações. Além disso, na educação em saúde tradicional, as escolhas saudáveis caracterizam-se como a única opção disponível para os indivíduos (GASTALDO, 1997).

Em crítica a educação em saúde tradicional, Souza *et al.* (2005) argumentam que ao considerar a importante influência do meio na determinação dos comportamentos individuais, principalmente naqueles que resultam em saúde e não saúde, observa-se que este modelo pode ser considerado problemático. Isto se justifica por seu projeto educativo centrar-se na mudança de comportamento individual e na crença de que a saúde resulta de escolhas feitas pelos indivíduos, não importando os aspectos culturais e sociais que condicionam estas escolhas.

Esta concepção educativa centrada nos estilos de vida, enquanto resultado de escolhas pessoais, tem se constituído como um importante problema para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. A predominância dos profissionais da medicina e disciplinas afins, como a enfermagem, no campo da promoção da saúde, tem dificultado a adoção de um arcabouço teórico diferente do

biomédico para o desenvolvimento de ações educativas em saúde (OLIVEIRA, 2005).

Este modelo tradicional ou preventivo, ao prescrever condutas que são definidas segundo os pressupostos da 'antiga' saúde pública, conforme discutido anteriormente, e legitimadas pelo conhecimento científico, tem se apresentado como pouco eficiente. Ao considerar a saúde como um produto do comportamento das pessoas e determinado por escolhas individuais bem informadas, tal abordagem deixa de incorporar as novas premissas trazidas pelo movimento de promoção da saúde.

Em contrapartida, a necessidade de uma aproximação com o novo modelo tem resultado em ações educativas em saúde que levam em consideração os novos referenciais, propondo-se a atender as complexidades de uma nova saúde pública e trabalhar desde uma perspectiva mais moderna de educação: o modelo radical (OLIVEIRA, 2005). Trata-se de uma abordagem que busca no fortalecimento da consciência crítica das pessoas, a participação destas nas questões relacionadas às condições de vida, transferindo o foco das ações tradicionalmente centradas no indivíduo para o investimento no potencial dos grupos sociais.

Além disso, a educação em saúde radical propõe que as pessoas controlem sua própria saúde. Este enfoque está comprometido com o combate às desigualdades sociais de forma ampla e promove a participação comunitária em questões relativas à saúde. De acordo com este referencial, a educação em saúde constitui-se enquanto prática que capacita indivíduos e grupos a se auto-organizarem para desenvolver ações a partir de suas próprias prioridades (GASTALDO, 1997).

Nesta modalidade de educação em saúde proposta pela nova saúde pública, as ações educativas devem superar os enfoques que culpabilizam os sujeitos, centrando-se em iniciativas socialmente sustentadas que considerem a subjetividade dos indivíduos, procurando entender suas necessidades. Além disso, nesta abordagem de educação em saúde, deve-se buscar, por meio da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, transformar e melhorar as relações existentes entre as condições de vida e a saúde.

O modelo radical de educação em saúde, embora seja teoricamente adequado aos propósitos da promoção da saúde, também tem sido alvo de algumas críticas. Uma questão levantada neste sentido, diz respeito à promoção da

autonomia dos sujeitos, sendo que se estabelece um paradoxo entre apresentar opções a serem escolhidas pelos indivíduos e as possibilidades que estes dispõem de escolher autonomamente, tendo em vista a influência do ambiente nas escolhas cotidianas, aliada à influência dos profissionais da saúde neste ambiente, uma vez que estas não ocorrem no vácuo, mas são definidas com referência ao contexto material e social em que são concretizadas (OLIVEIRA, 2001). Portanto, estimular a autonomia e a consciência crítica dos sujeitos do processo educativo em saúde não garante que estes poderão desenvolvê-las em sua plenitude, pois se trata de um processo complexo que inclui fatores subjetivos e objetivos, como o contexto social, econômico e cultural, bem como as motivações individuais (SOUZA *et al.*, 2005).

Embora ambos os modelos apresentem pontos problemáticos, acredita-se que o modelo radical de educação configura-se como o mais adequado aos pressupostos da promoção da saúde, pois estimula os indivíduos a assumir um maior controle sobre suas vidas por meio de atitudes críticas relacionadas não somente ao individual, mas também à coletividade. Embora a mudança comportamental não tenha sido excluída de suas metas, a abordagem radical se interessa por uma mudança social e não somente pela transformação pessoal.

Entretanto, nas práticas educativas em saúde presentes na atualidade, torna-se inevitável que as abordagens mais tradicionais de educação em saúde não sejam totalmente abandonadas para que se adotem práticas embasadas em princípios mais críticos, pois conforme já destacado, os profissionais atuantes nesta área ainda encontram em seus processos formativos, conhecimentos subsidiados segundo uma lógica medicalizante, o que possivelmente, dificulta a implementação dos pressupostos inovadores.

Neste sentido, faz-se necessário superar as limitações de enfoques exclusivamente baseados na capacidade dos indivíduos para mudar seus comportamentos e estilos de vida e de outros centrados apenas na mobilização social e política, procurando-se incorporar aspectos das distintas abordagens nas características em que possam ser complementares na realidade das ações educativas em saúde (STOTZ, 1997; SMEKE; OLIVEIRA, 2001). Em meio a estas reflexões acerca da promoção da saúde e da abordagem educativa em saúde, é possível concluir que embora tenham sido inquestionáveis os avanços conquistados pelo novo paradigma da saúde pública, ainda há muito que ser pensado, debatido,

redirecionado, uma vez que os pressupostos do antigo modelo ainda coexistem no cenário das ações de saúde presentes na atualidade.

Esta construção coletiva necessita continuar ocorrendo também no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações que se estabelecem entre comunidades e profissionais, nas ações e parcerias intersetoriais, deslocando-se de um enfoque preventivo para um enfoque mais politizado, que considere a diversa gama de fatores, atores e cenários intimamente relacionados ao desafio de promover saúde. Destaca-se neste contexto, o desafio posto aos profissionais de saúde, e especificamente no contexto deste estudo, aos futuros profissionais de enfermagem, em desenvolver ações convergentes com os pressupostos da promoção da saúde e da abordagem de educação em saúde aí incluída, no sentido de que estes estimulem o desencadeamento de uma ação participativa dos sujeitos que possa sinalizar na direção de melhores condições de vida e de saúde.

3.2 A atuação da enfermagem no contexto da educação em saúde

As práticas educativas em saúde têm ocupado um espaço importante nas agendas de trabalho dos enfermeiros. Por este motivo, no intuito de caracterizar o envolvimento dos enfermeiros nas ações de educação em saúde e fortalecer o argumento de que a formação de educadores em saúde, no âmbito da graduação em enfermagem, se constitui enquanto fator determinante na forma como esta prática vem sendo delineada, foi realizado um levantamento bibliográfico em importantes periódicos para a enfermagem brasileira. Dessa forma, foram escolhidas para esta busca, a Revista Gaúcha de Enfermagem, a Revista Brasileira de Enfermagem e a Revista Latino-Americana de Enfermagem, nas quais foram analisados os artigos publicados nos últimos seis anos (2001-2006) que trouxeram como descritores ou palavras-chave o termo 'educação em saúde'.

Nesta busca bibliográfica foram encontrados um total de 31 artigos. No entanto, foi verificado reduzido número de produções bibliográficas que desenvolvessem uma abordagem analítica sobre a prática da enfermagem no campo da educação em saúde, o que fez com que nesta revisão fossem utilizados principalmente, referenciais que trouxessem as experiências de enfermeiros como

educadores em saúde. Dentre os trabalhos publicados nestes periódicos, alguns foram escolhidos para serem apresentados, sem a pretensão de esgotar a discussão sobre esta temática, mas na intenção de que se possa, em linhas gerais, ilustrar a atuação de enfermagem no campo da educação em saúde.

Neste sentido, verificou-se expressivo número de trabalhos baseados em um enfoque preventivo ou tradicional de educação em saúde, com ênfase nas atividades de transmissão de informações e seu impacto nas mudanças comportamentais para o alcance da saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2001, THOMÉ; LEAL, 2002, GRACIOTO *et al.*, 2006). Por outro lado, observou-se escassez de trabalhos alicerçados em pressupostos mais críticos, desenvolvidos em consonância com um enfoque comprometido em considerar as raízes constitutivas dos problemas de saúde, bem como a necessidade de organização dos atores sociais na busca de melhores condições de vida (RAVELLI; MOTTA, 2004; FERNANDES; HORTA, 2005; SOUZA *et al.* 2005).

Assim, dentre os trabalhos publicados, Guedes, Silva e Freitas (2004) realizaram um estudo que focalizou a temática educação em saúde em dissertações e teses produzidas por enfermeiros no período de 1979 a 1999. Neste estudo, no qual foram encontradas 105 dissertações e 15 teses, as autoras argumentaram que houve “o predomínio de pesquisas que focalizaram a importância da educação em saúde nas doenças crônico-degenerativas para a mudança de hábitos não-saudáveis” (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004, p.663).

Destacaram ainda, o elevado número de pesquisas que indicaram a relevância da educação em saúde para o fornecimento de informações/orientações sobre métodos contraceptivos, cuidados no pré-natal, aleitamento materno e prevenção de DST/AIDS para grupos de mulheres. Contudo, o interesse pela temática educação em saúde no referido estudo, não foi acompanhado de igual preocupação das autoras em analisar criticamente estes trabalhos considerando as novas perspectivas de educação em saúde propostas pelo movimento da promoção da saúde. Assim, o caráter eminentemente preventivista implícito nos objetivos destes trabalhos não foi destacado ou alvo de críticas das autoras.

Sinalizando nesta direção, destacou-se ainda o trabalho publicado por Echer (2005), que relatou sua experiência na construção de manuais para subsidiar a orientação verbal dos profissionais nas atividades de educação em saúde. Na elaboração dos manuais, o rigor científico foi de fundamental importância para se

garantir qualidade, uma vez que este processo de construção trouxe importantes contribuições para pesquisadores, acadêmicos, profissionais de saúde e usuários. Além disso, a participação destes últimos na etapa de elaboração destes materiais deveria ocorrer somente via questionário de avaliação do conteúdo e clareza das informações neles contidas.

No que se refere ao processo de construção destes manuais, a autora considera que “a avaliação por profissionais de diferentes áreas - saúde, educação, relações públicas, letras - é a ocasião em que realmente se pode dizer que o trabalho está sendo feito em equipe, valorizando as opiniões e enfoques diversos sobre o mesmo tema” (Echer, 2005, p. 756). A autora conclui destacando que a elaboração destes manuais facilita o trabalho educativo em saúde na medida em que uniformiza as orientações a serem realizadas. Tal abordagem educativa parece privilegiar o saber científico e a padronização de condutas e/ou ações educativas em saúde, o que pode ser questionado levando-se em conta a multiplicidade de cenários, contextos e sujeitos envolvidos nestas ações e a conseqüente dificuldade da construção de um modelo único de orientação que atenda as diferentes necessidades constituídas nesta diversidade.

Oliveira e Gonçalves (2004) relataram uma experiência educativa realizada sob semelhante enfoque. A experiência foi desenvolvida através da realização de palestras para alunos do ensino fundamental e médio de uma escola pública sobre doenças sexualmente transmissíveis e higiene pessoal. A justificativa para a realização das palestras foi a observação de precárias condições de higiene dos alunos e a carência de informações sobre DST's, uma vez que foi verificado um aumento na incidência de casos no município. Após a realização destas atividades, os objetivos propostos foram considerados satisfatórios pelas autoras, devido ao interesse apresentado pelos alunos e docentes, além da expressiva procura de alunas por atendimento médico juntamente à direção da escola em decorrência das informações transmitidas nas palestras (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Experiências deste gênero são comuns na prática dos enfermeiros no campo da educação em saúde, onde a atividade educativa é tida como um fim em si mesma e não como um meio para o desenvolvimento pessoal e coletivo dos sujeitos. Além disso, este enfoque fundamentalmente individualista de se educar em saúde, parece oferecer determinada ênfase ao comportamento pessoal como o principal problema

a ser sanado, desconsiderando, muitas vezes, os meios que os indivíduos possuem para o enfrentamento de questões relacionadas a melhores condições de saúde.

A crítica a abordagens educativas em saúde focadas na 'correção' de comportamentos individuais entendidos como 'incorretos' é corroborada por Ayres *et al.* (2003), os quais consideram que o enfoque educacional, tão fundamental nos processos de promoção da saúde e práticas de prevenção, não pode ficar preso às tendências modeladoras fortemente difundidas a partir do paradigma comportamentalista. Conforme os autores, a atitude construtivista parece melhor concorrer para que as pessoas possam buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, mobilizando-se autenticamente e procurando alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam.

Neste sentido, este argumento permite inferir que a figura central das práticas educativas em saúde não deve ser o sujeito técnico, profissional, com seus saberes e recursos especializados, mas sim aqueles capazes de melhor apreender e lidar com os obstáculos à sua saúde, os próprios sujeitos sociais vulneráveis. Estas considerações não esvaziam o papel dos profissionais de saúde nestas ações, porém reposicionam e complexificam suas atividades no desenvolvimento da prática educativa em saúde, além de os tornarem mediadores do encontro que se deve dar entre a população e os recursos de que a sociedade dispõe para construir saúde (AYRES, 2001).

Seguindo as considerações expostas, dentre os artigos publicados, evidenciaram-se alguns trabalhos, ainda que em menor grau, que se basearam num enfoque que procurou ir além da abordagem essencialmente preventivista, discutindo por meio de princípios mais críticos ações de educação em saúde, bem como a atuação da enfermagem neste cenário. Conforme já destacado, observou-se um reduzido número de trabalhos subsidiados pelos referenciais da promoção da saúde, o que denota a necessidade de que as práticas de educação em saúde sejam pensadas dentro de uma perspectiva participativa e transformadora, que objetive instrumentalizar e estimular os indivíduos para as questões relacionadas à saúde e, segundo um enfoque mais ampliado, para as questões da sociedade em que se encontram inseridos.

Diante desta perspectiva, destacou-se o estudo desenvolvido por Cardoso e Cocco (2003) em uma unidade básica de saúde, no qual foram utilizados os pressupostos do educador Paulo Freire para fundamentar discussões grupais que

possibilitassem conhecer o projeto de vida de um grupo de adolescentes, nas quais foram desenvolvidos os seguintes temas: o que é ser adolescente, o que é ter saúde e o projeto de vida do adolescente. Além disso, o estudo procurou discutir junto aos jovens a situação dos adolescentes no país, problematizando o impacto das diferenças sociais manifestadas na violência, desemprego, fome, trabalho infantil, prostituição e drogas, além das mortes prematuras por acidentes, suicídio, violência, doenças associadas à gravidez, entre outros problemas.

No que se refere aos resultados do estudo, as autoras consideraram que os pressupostos de Paulo Freire, utilizados na realização dos grupos educativos, possibilitaram aos adolescentes perceber e analisar seu cotidiano, tendo oportunidade de refletir sobre diversos assuntos que os interessavam como trabalho, sexo, oportunidades, liberdade, locais públicos para lazer, conflitos familiares. Argumentaram ainda, que em atividades de educação em saúde direcionadas aos adolescentes, espera-se que os profissionais da saúde conheçam as preocupações dos adolescentes para que possam contribuir no atendimento das necessidades de saúde destes e não somente às demandas por cuidado na vigência das doenças, auxiliando-os também a vivenciar as suas experiências cotidianas e seus projetos de vida (CARDOSO; COCCO, 2003).

Os pressupostos que parecem estar embasando este trabalho são também enfatizados por Stotz (1997), o qual refere que o papel dos educadores em saúde não deve centrar-se apenas nas atividades de orientação e explicação, mas também no auxílio a indivíduos e grupos na análise das bases sociais de suas vidas e de trabalho enquanto condições desfavoráveis à saúde. Segundo esta ótica, no desenvolvimento das ações de educação em saúde, os profissionais envolvidos não podem assumir o papel de professores dispostos a escrever em um livro em branco, mas o de sujeitos dispostos a aprender por meio dos valores das comunidades, aprendendo na experiência da complexidade da vida.

Assim, para que a atuação dos enfermeiros no contexto das ações educativas em saúde consiga representar um eixo agregador de esforços para que tais práticas transcendam a atuação normatizadora de comportamentos, emerge a necessidade de que estes profissionais desenvolvam ações educativas baseadas numa análise conjunta - educador e educando - das circunstâncias de vida dos sujeitos destas ações, não impondo mudanças em seus modos de viver, mas contribuindo para a expressão destes em sua totalidade, ativos perante as questões sociais, e,

conseqüentemente, atuantes em movimentos de apoio ao projeto da promoção da saúde.

Em consonância a estas argumentações, Budó e Saupe (2004) publicaram um trabalho, que dentre outros objetivos, preocupou-se em apresentar o espaço ocupado pela educação em saúde na prática dos enfermeiros atuantes na área da saúde pública, além de procurar delinear novos caminhos para as ações educativas presentes nestas práticas. Na caracterização das ações educativas em saúde, ficou evidenciado que, na maioria das vezes, as ações educativas eram desenvolvidas por meio de reuniões para o fornecimento de orientações para grupos específicos como: terceira idade, gestantes, hipertensos, alcoólicos anônimos, escolares, adolescentes, dentre outros.

Além disso, o referido artigo também permitiu concluir que o processo de trabalho do enfermeiro era pautado por ações educativas que compreendiam basicamente a realização de palestras sobre temas específicos como alimentação, tabagismo, alcoolismo, e encontravam-se centradas numa abordagem educativa individual desenvolvida a partir do saber técnico da enfermagem. Para as autoras, o trabalho permitiu argumentar acerca da importância do preparo do enfermeiro para ser educador em saúde, uma vez que, dentre outros fatores que fortalecem estas considerações, muitas vezes “o saber popular é negado e imposto um conhecimento e prescrição fundamentados no modelo técnico-científico, próprio da academia, e que ainda hoje, é centrado na doença” (BUDÓ; SAUPE, 2004, p. 166).

As autoras consideraram ainda que, ao se pensar a formação dos enfermeiros, deve-se entender que os profissionais que trabalham com a população e têm como preocupação a melhoria da qualidade de suas vidas, necessitam de uma abordagem adequada no processo formativo para a atuação na educação em saúde. Para isso, este trabalho trouxe como essencial a busca de novas alternativas para a atuação dos enfermeiros no contexto das ações educativas, associando os campos da educação e da saúde num intercâmbio constante entre o saber desenvolvido no viver diário e aquele oriundo do meio acadêmico, inseridos em um contexto histórico, político, social, econômico e cultural.

O texto que segue procura discutir as bases que tem subsidiado a formação no âmbito da graduação em enfermagem, buscando na análise deste processo a necessária possibilidade de que o conhecimento gerado no campo da saúde se traduza em impacto positivo no que se refere às ações educativas em saúde, ou

seja, traduzindo princípios gerados por meio da produção de conhecimento científico em ações que possam efetivamente promover transformações sociais e estruturais no cotidiano dos sujeitos destas ações.

3.3 A formação nos cursos de graduação em enfermagem

Este último tópico da revisão de literatura foi desenvolvido tendo como foco alguns parâmetros e discussões que têm norteado de alguma forma o ensino de enfermagem nos cursos de graduação. Embora se entenda que o processo formativo como um todo não se restringe somente ao período destinado à graduação, devendo ser desenvolvido e aprimorado também após a diplomação profissional, foi dispensada especial ênfase ao ensino de enfermagem no âmbito de seus cursos de graduação.

Assim, no que se refere aos documentos oficiais que influenciam este processo educativo, destaca-se a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases - LDB - de 1996, a qual trouxe novas configurações para os diversos níveis e modalidades de ensino, estabelecendo as diretrizes curriculares como elementos orientadores para os caminhos da formação superior. Na realização de uma leitura do conteúdo da LDB, observa-se que a reforma educacional proposta apresentou modificações fundamentais a respeito da flexibilização e autonomia pedagógica e administrativa das instituições de ensino, como a substituição do currículo mínimo por diretrizes curriculares por curso (FERRAZ; NAKAO; MISHIMA, 2006).

Neste contexto, enquanto produto das discussões que emanaram desde o processo de implementação da LDB, foram instituídas no ano de 2001, por meio da Resolução 03/2001, do Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001), as quais constituem orientações para a elaboração dos currículos a serem adotados nas instituições de ensino superior. No documento que institui as diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem, a dimensão educativa em saúde é contemplada por meio de determinadas competências e habilidades específicas dos futuros enfermeiros como promover estilos de vida saudáveis conciliando as necessidades da população. Ainda, estes necessitam atuar enquanto agentes de transformações

sociais por meio do planejamento e implementação de programas de educação e promoção da saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde e trabalho.

Além disso, no referido documento estão previstos conteúdos curriculares essenciais abrangendo as áreas das ciências biológicas e da saúde, das ciências humanas e sociais e das ciências da enfermagem, como por exemplo, conteúdos relacionados aos fundamentos, assistência, administração e ensino de enfermagem. Também, são mencionados os estágios curriculares e atividades complementares de graduação, formas de acompanhamento e avaliação dos alunos e, especialmente, a organização dos cursos, os quais deverão construir coletivamente seus projetos pedagógicos (BRASIL, 2001).

Dessa forma, a fim de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos graduandos, as diretrizes prevêm estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, de atuarem, muitas vezes, como instrumentos de transmissão de conhecimento e informação. Em contrapartida, a proposta trazida pelas diretrizes curriculares procura garantir uma formação profissional básica que prepare o egresso para os desafios das transformações da sociedade, do mercado de trabalho e da atuação profissional. Conforme ressaltam Ceccim e Carvalho (2005), os pontos levantados pelas diretrizes curriculares nacionais apontam para a mudança global no ensino da saúde em relação às práticas cuidadoras, ao trabalho em conjunto dos profissionais de saúde e ao máximo compromisso com o SUS, o que significa rever o conceito de saúde, conhecer a realidade local com a qual se vai interagir no intuito de ampliar capacidades de percepção e intervenção sobre a saúde.

Mediante esta rede de possibilidades trazida pelas diretrizes curriculares aos cursos de enfermagem, destaca-se o desenvolvimento de mudanças curriculares, bem como discussões acerca de novas propostas pedagógicas para estes cursos. As diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem têm adotado perspectivas mais humanistas, contudo, mesmo havendo um movimento de transformação na concepção dos currículos de enfermagem, preocupados com os aspectos filosóficos e pedagógicos, ainda existe uma maior ênfase na competência técnica-profissional em detrimento dos processos de crescimento internos de cada aluno. Assim, repensar essas posturas terá repercussões na atuação dos futuros

profissionais de enfermagem nas múltiplas situações de trabalho e serem experienciadas (SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006).

Neste sentido, o referencial proposto pelas diretrizes curriculares apresenta-se como eixo orientador para os processos educativos, denotando a necessidade de serem pensadas ações que possam auxiliar as instituições de ensino superior a balizarem novas perspectivas no âmbito da formação profissional. Contudo, destaca-se que as diretrizes curriculares constituem uma indicação para os cursos, nos quais reside efetivamente a responsabilidade de adequação conforme o contexto no qual cada curso encontra-se inserido.

Nesta perspectiva, no que se refere ao processo de implementação das diretrizes curriculares, é necessário que se crie uma linguagem comum entre os atores do processo educacional - professores, técnicos e alunos - a partir da definição de conceitos, socialização de referenciais e interlocução entre estes (TIMOTEO; LIBERALINO, 2003). Além disso, estas articulações devem considerar que o ensino na área da saúde tradicionalmente pautou-se em uma vertente muito conservadora, onde a busca por estratégias que possam vencer barreiras institucionais se traduz como uma necessidade neste processo de transição trazido pelas diretrizes à dimensão educativa (GERMANO, 2003).

Segundo Meyer e Kruse (2003), as referências e parâmetros contidos nas diretrizes curriculares podem auxiliar os cursos de enfermagem para que, no exercício de sua autonomia, formulem e organizem seus projetos pedagógicos, e não necessariamente, tenham a função de estabelecer currículos e formatações para estes cursos. Ainda, ao elegerem estratégias e modos de fazer articulados às demandas políticas e sociais da sociedade brasileira e às necessidades dos locais onde se inserem, as diretrizes podem auxiliar na reordenação da formação de recursos humanos em saúde e, em especial na enfermagem.

Para as referidas autoras, este redirecionamento da formação profissional, pode criar possibilidades para um modelo de atenção à saúde que contemple práticas condizentes com um conceito ampliado de saúde e de justiça social. Além disso, argumentam que delinear a trajetória político-pedagógica deste processo de redirecionamento, com o auxílio das diretrizes curriculares, configura-se como um dos desafios atuais postos para o ensino de enfermagem (MEYER; KRUSE, 2003).

Estas reflexões parecem ser confirmadas por meio de iniciativas de instituições nacionais ligadas aos setores saúde e educação, expressando o fato de

se existir atualmente uma maior preocupação com a formação de recursos humanos para a saúde. Um exemplo destas ações manifestou-se por meio da criação, pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES (BRASIL, 2003), que tem como um de seus objetivos motivar e propor mudanças na formação técnica, de graduação e de pós-graduação, além de um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde. Esta secretaria tem como uma de suas principais atribuições o planejamento e a coordenação de ações de educação em saúde, fortalecendo iniciativas do movimento popular neste campo, e promovendo ainda, a socialização, junto à população, de informações relacionadas ao direito à saúde e o acesso às ações e serviços deste setor.

No contexto das ações desta secretaria, a proposição e formulação das políticas de formação profissional nos níveis técnico e superior caracterizam-se como uma responsabilidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES. Esta coordenação busca a integração dos setores da saúde e da educação para o fortalecimento das instituições formadoras, promovendo a articulação entre elementos fundamentais no processo da formação profissional em saúde, como a relação entre educação e trabalho e a mudança nas políticas de formação em saúde (BRASIL, 2003).

No que se refere à responsabilidade do SUS com o desenvolvimento e a formação de recursos humanos em saúde, como é o caso da formação de enfermeiros, Ceccim, Armani e Rocha (2002) realizaram um estudo que buscou evidenciar este compromisso nos textos da Constituição Nacional de 1988, Lei Orgânica da Saúde de 1990 e Conferências Nacionais de Saúde, desde a realização da VIII Conferência Nacional de 1986, que representa um marco para a reformulação do sistema nacional de saúde.

Na análise destes documentos, os autores evidenciaram que tais referenciais apresentam o tema da formação profissional como um mecanismo prioritário para o sistema nacional de saúde, ficando destacada a atenção dispensada ao financiamento dos centros formadores, o fortalecimento de vínculos entre o sistema de saúde e as universidades e a definição dos serviços de saúde como campos para o ensino e pesquisa. Entretanto, segundo os autores, apesar das propostas apresentadas terem sido enfaticamente formuladas e defendidas, muito pouco se avançou na construção de sistemas de avaliação do ensino oferecido para detectar

sua adequação e adesão às necessidades do sistema de saúde e às necessidades de aprendizagem de seus alunos (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Campos (2005) enfatiza que um dos principais problemas relacionados à formação em saúde, reside no fato de que a maioria das profissões da área ainda possui uma formação muito atrelada ao paradigma biomédico, com um referencial positivista, centrado no orgânico, nas doenças, com nuances de promoção e prevenção, mas com dois mundos desintegrados e muitas vezes apresentados como contraditórios e incompatíveis. Assim, seria importante que esta problemática constasse nas discussões acerca da reforma curricular, dos conteúdos e do movimento docente, por meio de uma abordagem interdisciplinar que pudesse articular os conhecimentos dos diversos campos da prática profissional em saúde.

Conferindo igual destaque à diversificação de saberes, destaca-se a inadequação existente os saberes fragmentados, ou seja, compartimentados em um conhecimento estritamente disciplinar, ao passo que as problemáticas que envolvem o tema da saúde tornam-se cada vez mais multidisciplinares, transversais e multidimensionais. Assim, ao pensar a questão da formação de enfermagem, há que se considerar os efeitos acentuadamente graves da compartimentação dos saberes e da incapacidade de articulá-los (MORIN, 2000).

No contexto desta discussão, o ensino de enfermagem necessita fornecer aos alunos, instrumentos, conceitos e referências resultantes dos avanços dos paradigmas atuais, uma vez que a ampliação dos saberes sob seus diversos aspectos favorece o despertar da curiosidade intelectual, estimula o sentido crítico e permite melhor compreender a realidade. Tais perspectivas educativas, se incorporadas à formulação de propostas curriculares para os cursos de enfermagem e profissões afins, poderiam resultar numa formação capaz de contribuir para o desenvolvimento de pensamentos autônomos e críticos, exercitáveis nas diferentes circunstâncias da vida e do trabalho (DELORS, 2001).

Além disso, Pedro (2000) destaca que, a construção de um conhecimento pautado na articulação de saberes interdisciplinares deve considerar a necessidade de aproximação das ciências sociais e humanas no processo formativo, a fim de promover o delineamento de uma identidade profissional pautada no compromisso ético, na indissociabilidade entre teoria e prática e na compreensão da complexidade dos problemas humanos. Dessa forma, podem ser criados mecanismos para que se possa repensar a formação em enfermagem e nas demais profissões da área da

saúde, emergindo possibilidades de problematização, reflexão, discussão, que tenham impacto nos currículos e projetos pedagógicos destes cursos, adequando o processo formativo às necessidades do sistema nacional de saúde.

A reflexão acerca destas contribuições, originárias da consulta à literatura, possibilitam rever, com maior clareza, a necessidade emergente de reorientar esta dimensão tão significativa no ensino da enfermagem, qual seja, o papel do enfermeiro enquanto educador. Esta pesquisa assume, fundamentalmente, o objetivo de contribuir para estas reflexões no sentido de que ocorram transformações nos processos formativos que consigam deslocar o foco na assistência individualizada, fragmentada e de caráter curativo, para a atenção em saúde articulada às dimensões sociais, na qual os profissionais sejam co-participantes nos encaminhamentos que conduzam à melhora das condições de vida.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta a proposta metodológica utilizada neste estudo para a coleta e análise dos dados.

4.1 Tipo de Estudo

O estudo caracteriza-se como exploratório-descritivo, estruturado a partir de uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa foi entendida como uma abordagem adequada para compreender a problemática em questão porque, de acordo com Triviños (1994), este tipo de pesquisa permite conhecer o fenômeno no meio em que ele ocorre, sem criar as situações artificialmente, as quais mascaram a realidade ou levam a interpretações ou generalizações equivocadas. Conforme refere Minayo (2001), a metodologia qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, relações humanas, atitudes, crenças e valores, explorando uma realidade que não pode ser captada através de dados quantitativos.

4.2 Campos de Estudo

Os campos escolhidos para o desenvolvimento deste estudo foram os Cursos de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Esta escolha se justifica pelo fato de que tais instituições federais de ensino superior, pela formação profissional oportunizada a um expressivo número de alunos provenientes de diferentes regiões do Estado, forneceriam dados significativos acerca da formação de educadores em saúde nos cursos de graduação em enfermagem destas universidades, proporcionando assim, uma maior visibilidade sobre a temática em estudo.

Dessa forma, procede-se a uma breve caracterização de ambos os campos de estudo: o Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM foi criado no ano de 1975, sendo reconhecido pelo Conselho Federal de Educação em 1980. Concernente a sua trajetória, o curso delineou como objetivo geral formar enfermeiros generalistas, qualificados para o exercício da enfermagem por meio de uma perspectiva humanística, crítica e reflexiva, pautada em princípios ético-político-filosóficos, capazes de intervir sobre as situações de saúde-doença do ser humano - indivíduos, família e coletividade - identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes.

Na trajetória do curso perpassaram várias mudanças curriculares. Entretanto, o currículo que norteou o processo de formação dos alunos participantes deste estudo data do ano de 1996. Nesta estrutura curricular, o curso tem duração de oito semestres, com carga horária total de 3.500 horas, acrescidas de 360 horas destinadas às Atividades Complementares de Graduação - ACG, como cursos, estágios extracurriculares, seminários, dentre outros. O último semestre constitui o estágio supervisionado em enfermagem, o qual é desenvolvido em instituições de saúde, sob acompanhamento e orientação de profissional de enfermagem e supervisão docente.

Contudo, torna-se importante salientar que o referido curso experimenta um processo de adaptação curricular, no qual o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UFSM reformulou o currículo vigente (versão 1996) adequando-o às novas Diretrizes Curriculares do referido curso, sendo implementado a partir do 1º semestre de 2005. Esta mudança curricular atingiu efetivamente os alunos que em março do ano de 2005 cursavam o 2º, 3º, 4º e 5º semestres. Por outro lado, os alunos dos demais semestres - 6º, 7º e 8º semestres - regularmente matriculados em março de 2005, obedeceram a matriz curricular da proposta de 1996, como foi o caso dos participantes deste estudo.

O segundo campo de estudo, representado pelo Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, foi criado oficialmente no ano de 1950. O currículo da graduação em enfermagem passou por reestruturações ao longo do tempo, sendo a mais recente autorizada em 1995, por meio de resolução da Comissão de Graduação de Enfermagem. O currículo do curso é composto de disciplinas de caráter obrigatório e disciplinas adicionais e eletivas, tendo duração de nove semestres com carga horária de 3.915 horas. O último semestre constitui o estágio

curricular desenvolvido em instituições de saúde, sob acompanhamento e orientação do enfermeiro e supervisão docente. A UFRGS oferece, ainda, aos graduados em enfermagem o curso de Licenciatura em Enfermagem, o qual confere habilitação para a docência no ensino fundamental e médio nas atividades relacionadas à enfermagem e programas de saúde, bem como em cursos para a formação de técnicos de enfermagem.

4.3 Sujeitos do Estudo

Foram participantes do estudo os graduandos do último semestre dos Cursos de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, os quais se encontravam na fase do Estágio Supervisionado em Enfermagem, tendo, portanto, cursado todas as disciplinas, realizado estágios curriculares e extracurriculares e demais exigências do currículo, possuindo assim maiores condições de fornecer dados sobre a formação de educadores em saúde nestas instituições, do que os alunos pertencentes aos semestres iniciais dos cursos.

Em cada um destes cursos foram sorteados 10 alunos para participarem da pesquisa, perfazendo um total de 20 alunos. Para a realização do sorteio, foi solicitada juntamente à coordenação dos cursos uma relação com os nomes dos alunos regularmente matriculados no último semestre. Segundo Ghiglione e Matalon (1997, p.54), este número de participantes é considerado suficiente no caso das pesquisas qualitativas, uma vez que é raro surgirem novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista. Neste sentido, “vinte entrevistas serão, em geral, mais do que suficientes, pois as seguintes apenas confirmarão o que tivermos obtido com a análise das primeiras”.

Os sujeitos da pesquisa foram representados por 16 participantes do sexo feminino e por 4 participantes do sexo masculino. Em cada um dos cursos estudados, houve um aluno que num primeiro contato aceitou participar da pesquisa e agendou a entrevista, mas que não compareceu ao local anteriormente combinado. Dessa forma, ao ser efetuado um novo contato, estes dois alunos apresentaram a justificativa para sua ausência e não tendo demonstrado interesse

em remarcar nova data, procedeu-se ao sorteio de um novo participante para cada um dos cursos.

Como não emergiram divergências significativas no conteúdo das falas dos participantes, optou-se por analisar as falas dos graduandos dos diferentes campos de estudo de forma conjunta. No que se refere à identificação dos participantes do estudo, no intuito de preservar a identidade destes foi adotada a denominação *Grad.* (forma abreviada de graduando) seguida de uma numeração de 1 a 20, por exemplo, *Grad. 1*, *Grad.2*. Destaca-se ainda, que os participantes identificados no intervalo *Grad.1* ao *Grad. 10* correspondem aos alunos do Curso de Enfermagem da UFSM, ao passo que os participantes identificados como *Grad.11* até *Grad.20* correspondem aos alunos do Curso de Enfermagem da UFRGS.

4.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semi-estruturada, pois se considerou que esta possibilitaria o alcance dos objetivos propostos para este estudo. Conforme ressalta Minayo (1994), o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e ao mesmo tempo transmitir através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. No que se refere especificamente à entrevista semi-estruturada, Lüdke e André (1996, p.34) asseguram ainda, que esta "se desenvolve a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador realize as necessárias adaptações".

Para testar o instrumento da coleta de dados (APÊNDICE A) foram realizadas 02 entrevistas-piloto, uma em cada um dos cursos pesquisados, com o objetivo de verificar se existia dificuldade de entendimento nas questões propostas. Como não foi identificada a necessidade de readaptar a entrevista, aquelas que compuseram o teste piloto foram incluídas no estudo.

As entrevistas foram realizadas em encontros previamente agendados com os participantes conforme a disponibilidade dos mesmos. Neste momento, foram

considerados também os locais, datas e horários mais adequados para a realização da coleta dos dados. Ainda, foi solicitada a gravação da entrevista em fita cassete com o intuito de registrar integralmente as falas e garantir material para a análise.

4.5 Análise dos Dados

Os dados obtidos na realização da entrevista semi-estruturada foram submetidos à análise de conteúdo temática proposta por Minayo (1994), que permite contemplar os dados empíricos em suas peculiaridades, em seu contexto social e histórico. A referida autora propõe que a análise seja operacionalizada por meio dos seguintes passos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase de pré-análise foram realizadas as transcrições das fitas gravadas, a releitura e a organização do material, obtendo-se uma visão geral dos dados coletados. Na etapa de exploração do material, os dados coletados foram discutidos juntamente com o referencial teórico, seus pressupostos e hipóteses. Além disso, nesta etapa analítica, foi realizada a leitura exaustiva dos textos, destacando as estruturas de relevância, ou seja, as idéias centrais dos atores sociais sobre o tema em foco. O tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação constituíram a articulação entre o material empírico e o referencial teórico, a fim de que se obtivesse uma reflexão capaz de ultrapassar a simples descrição dos dados e estabelecer relações que permitissem novas interpretações.

4.6 Considerações Bioéticas

De acordo com o que consta na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), no que se refere aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, obtendo parecer favorável para sua realização.

Após a aprovação do projeto pelo referido comitê, a pesquisadora realizou contato com os sujeitos do estudo a fim de solicitar a participação destes na pesquisa e de agendar um encontro para a realização das entrevistas. Os participantes foram informados de que as entrevistas seriam gravadas, as fitas transcritas e mantidas por cinco anos pela pesquisadora, devendo ser inutilizadas após este período.

Além disso, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) que se apresentou em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante, sendo que estes documentos contiveram informações referentes ao estudo e foram assinados por ambos.

5 A FORMAÇÃO DE EDUCADORES EM SAÚDE NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A formação de educadores em saúde nos cursos de graduação em enfermagem, enquanto processo que instrumentaliza os graduandos com referenciais teóricos e práticos para a atuação profissional nesta área, compõe-se de múltiplos elementos. A interface entre tais elementos e os interesses deste estudo, que se expressa no conteúdo das entrevistas, resultou no agrupamento dos dados em quatro categorias analíticas intituladas respectivamente: Enfermagem e Educação em Saúde, Concepções de Educação em Saúde, Elementos do Ensino da Educação em Saúde e A Formação que Temos e a Formação que Queremos.

A primeira categoria de análise, Enfermagem e Educação em Saúde, constitui-se por dados que expressam a visão dos alunos sobre a atuação da enfermagem no campo da educação em saúde, evidenciando seus posicionamentos críticos com relação ao fazer da enfermagem no âmbito destas ações. Na categoria que segue, intitulada Concepções de Educação em Saúde, a análise das entrevistas indica que pelo menos duas concepções distintas embasam as falas dos sujeitos da pesquisa: uma embasada numa noção tradicional de educação e de saúde e outra orientada por um entendimento mais ampliado e ainda não predominante no campo da enfermagem. O trabalho analítico desenvolvido com foco nestas concepções revelou a compreensão dos graduandos sobre os significados, os agentes e os sujeitos da educação em saúde.

O presente capítulo também enfoca a categoria Elementos do Ensino da Educação em Saúde, onde estão incluídos os saberes que perpassam o processo de formação destes graduandos, as abordagens educativas empregadas nesse processo, além dos parâmetros de avaliação das ações educativas em saúde. Na última categoria analítica, classificada como A Formação que Temos e a Formação que Queremos, são discutidas as percepções atuais dos graduandos sobre a formação de que foram sujeitos no que diz respeito especificamente à sua preparação para o trabalho educativo em saúde, bem como suas perspectivas com relação ao futuro desta formação.

Destaca-se que esta organização e categorização dos dados foi desenvolvida somente para fins de sistematização da análise, uma vez que na formação de

educadores em saúde que se processa no interior dos cursos de graduação em enfermagem todos estes elementos analíticos encontram-se interligados. O diagrama a seguir pretende dar visibilidade a esta sistematização.

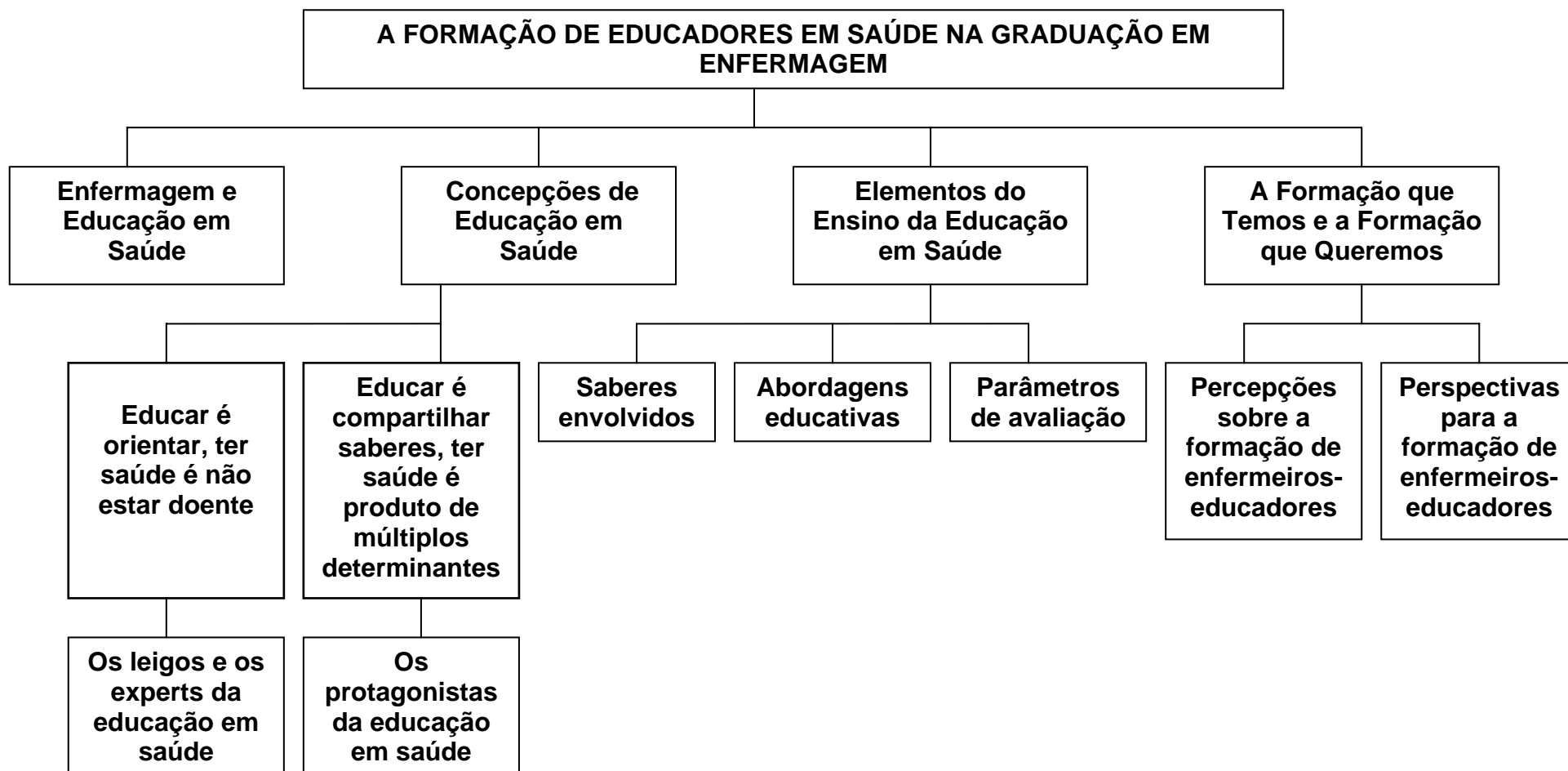


Figura 1 – Categorias e Subcategorias geradas no processo de análise dos dados.

5.1 Enfermagem e Educação em Saúde

Esta categoria apresenta a análise dos graduandos sobre a atuação da enfermagem no campo da educação em saúde. Tal análise é considerada, no contexto deste estudo, como um produto do convívio destes alunos com os enfermeiros nos diversos campos de estágios curriculares vivenciados na graduação. Além disso, por evidenciar como os graduandos vislumbram a atuação dos enfermeiros, representa, de certa forma, um parâmetro de referência para o fazer profissional destes futuros enfermeiros enquanto educadores em saúde. Neste sentido, as falas dos alunos expressaram, por um lado, a compreensão da educação em saúde enquanto prática inerente à profissão e por outro, numa visão mais crítica, a compreensão de uma atuação distante da ideal por ser pouco valorizada e restrita à transmissão de conhecimentos biomédicos.

Os depoimentos dos graduandos sinalizaram, primeiramente, para a compreensão da enfermagem como uma das profissões mais envolvidas com as atividades educativas em saúde, onde os enfermeiros figuram como seus principais agentes. Este entendimento dos graduandos quanto à predominância de enfermeiros-educadores no campo da educação em saúde é compartilhado por autores que enfatizam a relevância da participação da profissão no desenvolvimento de ações educativas (TORRES; ENDERS, 1999; CEZAR VAZ *et al.*, 2003):

*Eu acho que a enfermagem é a profissão que mais proporciona educação em saúde, é a que mais faz essa disseminação, então eu acho que o enfermeiro é o que mais atua na educação em saúde.
(Grad.12)*

*Eu vejo que a enfermagem tradicionalmente vem trabalhando a educação em saúde e, dentro das profissões da área, a enfermagem é aquela que mais trabalha a educação em saúde.
(Grad.10)*

A idéia de que a enfermagem desempenha um papel fundamental na educação para a saúde de indivíduos e grupos tem a ver com a íntima relação da profissão com o paradigma biomédico, no qual a saúde é entendida como ausência de doenças e os processos de adoecimento, formas de prevenção e tratamento são reiterados como de domínio exclusivo dos profissionais que conhecem os saberes

da biomedicina, como é o caso dos enfermeiros. Ainda, o reconhecimento da enfermagem como profissão da saúde legitima sua posição enquanto 'autoridade para ensinar saúde', resultando numa significativa demanda aos enfermeiros por ações educativas em saúde:

Na educação em saúde eu acho que a enfermagem exerce um papel muito importante e ela domina muito isso, então nesse ponto ela é o principal ali, por isso é um papel que é da enfermagem com certeza. (Grad.20)

... eu acho que a atividade educativa é papel do enfermeiro, elas são de certa forma intrínsecas dentro de todo o cuidado que se fizer. (Grad.9)

Esta legitimidade acaba sendo incorporada e reproduzida pelos próprios enfermeiros, tradicionalmente formados por currículos que enfatizam saúde e doença como fenômenos essencialmente biológicos. Neste contexto, muitas vezes, desconsideram-se os condicionantes sociais e culturais dos estados de saúde e não saúde, simplificando seus modelos explicativos.

Apesar da certeza de que a educação em saúde é uma atividade que deve ser exercida pelos enfermeiros, alguns graduandos expressaram críticas com relação à forma como este exercício tem se efetivado. A origem das críticas parece estar centrada no uso de matrizes de conhecimento pré-estabelecidas independentemente das situações em que as ações educativas serão desenvolvidas, sendo, portanto, empregadas de forma desvinculada e desarticulada do contexto trazido pelos sujeitos. As falas que seguem demonstram esta crítica por parte dos graduandos:

... na graduação nós nos denominamos profissionais da saúde, só que analisando o trabalho dos enfermeiros na educação em saúde, a gente percebe que o que se procura é evitar a doença, então nós somos profissionais da doença e não da saúde, porque nas orientações não existe um engajamento para outro tipo de ação que não sejam só as orientações verbais de sempre. (Grad.1)

... existe a necessidade que a enfermagem traga outros temas para a educação em saúde, outras coisas que vão muito além daquelas medidas preventivas, de orientação que os profissionais passam para todas as pessoas da mesma forma: ah, vai para casa, tu não come isso, não faz aquilo. (Grad.13)

As críticas acima sugerem que os problemas sobre os quais os enfermeiros-educadores atuam são definidos com base em saberes produzidos fora do contexto onde se pretende realizar a ação educativa. Além disto, é explícita a indicação de que estas definições, bem como as intervenções que elas embasam, resultam numa certa homogeneização do conteúdo das ações educativas, despersonalizado-as, ou seja, os enfermeiros parecem estar reproduzindo as mesmas orientações para as diversas ações educativas que desenvolvem. Assim, as ações educativas realizadas pela enfermagem, referidas nas falas anteriormente apresentadas, parecem ter essencialmente objetivos preventivos e ser orientadas para a transmissão de regras de conduta e medidas proibitivas/restritivas de comportamento, pretensamente válidas para todos os sujeitos.

Como destacam Penna e Pinho (2002), muitas vezes os profissionais de saúde estabelecem previamente quais orientações precisam ser dadas e transmitem para a população exatamente o que pensam que deve ser feito para que se previnam as doenças, revelando uma metodologia pedagógica autoritária, centrada na transmissão vertical de conhecimentos, sem que haja a participação dos educandos. Em propostas educativas realizadas por meio da transmissão vertical de conhecimentos, o educador é visto como o provedor dos saberes necessários para o êxito das ações, as quais são caracterizadas pela linearidade que se expressa na ausência do diálogo e na despreocupação com a democratização das informações transmitidas, ou seja, não se emprega a atenção necessária para que tais orientações tornem-se acessíveis ao entendimento dos sujeitos.

Em contrapartida a este panorama, os graduandos focalizaram a necessidade de uma atuação dos enfermeiros mais envolvida com os interesses dos sujeitos e, portanto, comprometida com a valorização de seus saberes. As críticas dos graduandos a estas ações educativas em saúde revelam uma preocupação com a distância entre educadores e educandos que se estabelece neste contexto. Para eles, a necessária aproximação entre estes atores poderia ocorrer por meio de um maior comprometimento dos enfermeiros-educadores com as necessidades da população. Neste sentido, um caminho apontado para se atingir este objetivo foi que os enfermeiros procurassem conhecer previamente os sujeitos da ação educativa, valorizando os seus conhecimentos e criando espaços para a troca de saberes:

Nos estágios a gente via que era aquela transmissão de cima para baixo por parte dos profissionais, sem integração de saberes, sem saber se as pessoas estavam entendendo. Então eu acho que essa atuação está bem carente, porque primeiro tem que conhecer as pessoas, valorizar o saber delas para poder trocar conhecimentos. (Grad.8)

... na enfermagem tem gente que acredita que educar é somente prover de conhecimento da boca para fora, mas isso não é tudo, não é tu transmitir numa linguagem técnica, não é só dizer sempre a mesma coisa que estava lá no livro, tem que conhecer as pessoas para poder discutir isso com elas. (Grad.15)

As falas dos graduandos, ao identificarem tais limitações no fazer da enfermagem, encontram na literatura críticas semelhantes. Assim como os participantes da pesquisa, Chiesa e Veríssimo (2001) também argumentam que a atuação dos educadores em saúde, inúmeras vezes, limita-se à simples passagem de informação para a população, geralmente alicerçada em um caráter coercitivo, onde se evidencia um traço autoritário e prescritivo, apesar da intencionalidade expressa da difusão de orientações para a melhoria da qualidade de vida.

As críticas dos graduandos também enfatizaram o posicionamento dos enfermeiros como detentores do saber, enquanto os sujeitos das ações educativas são posicionados de modo a apreender passivamente os conhecimentos transmitidos. Esta atuação da enfermagem parece estar pautada em uma metodologia chamada por Freire (2003) de 'educação bancária', na qual o educando é visto como um sujeito passivo, em cuja mente devem ser depositados os saberes do educador. Tal abordagem não vislumbra espaços para o desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos, uma vez que parte do pressuposto de que estes não possuem um saber significativo e que, por este motivo, justifica-se 'transmitir' conhecimentos que os profissionais julgam necessários:

Eu acho que na maioria das vivências que eu tive até hoje eu pude perceber que a enfermagem não pratica verdadeiramente a educação em saúde, pois é a transmissão de conhecimento, não existe aquela dialogicidade, é aquela transmissão direta, orientação e orientação, não existe troca. (Grad.6)

Na prática muitas vezes o enfermeiro trabalha com grupos de educação em saúde, mas ele ainda se restringe muito a transmissão de informações, a prescrição de condutas coletivamente, como se todas as pessoas precisassem receber as mesmas orientações. (Grad.10)

Além das críticas ao modo como os enfermeiros realizam ações educativas em saúde, também o conteúdo destas ações foi questionado pelos alunos. Neste sentido, igualmente presente nos discursos dos graduandos, evidenciou-se a necessidade de que os enfermeiros-educadores incluam nas suas agendas os interesses específicos dos sujeitos das ações educativas, bem como as suas condições de vida, ampliando os limites do trabalho educativo para além do orgânico/biológico, conforme o que se expressa nestes depoimentos:

Sempre ficou claro para a gente que os enfermeiros que atuam na educação em saúde deixam de lado coisas essenciais, porque muitas vezes a orientação não atinge a necessidade que a pessoa tem, por exemplo, muitas vezes ela não quer que a gente oriente, ela quer somente que a gente ouça ela. (Grad.1)

Então eu acho que ainda está faltando avançar neste sentido porque fica muito só na prevenção, por exemplo, nas orientações de rotina quanto aos métodos contraceptivos, os profissionais dizem: faz isso, isso e isso para ti não engravidar, mas o diálogo com relação a como essa mulher vive não é enfocado, essas questões não são abordadas ainda. (Grad.3)

As falas dos graduandos apresentaram também algumas contradições. Se, por um lado, a educação em saúde é vista como uma atividade inerente à profissão de enfermeiro, por outro, os enfermeiros são criticados pelo pouco envolvimento nestas atividades. Segundo alguns alunos, em inúmeras ocasiões os enfermeiros priorizam a participação em outras funções/atividades como o desenvolvimento de procedimentos técnicos ou a participação em atividades administrativas e burocráticas, atividades que são vistas como destituídas de qualquer caráter educativo.

Na literatura também são encontradas críticas semelhantes. Chiesa e Veríssimo (2001), por exemplo, enfatizam ser comum os profissionais desvalorizarem os momentos educativos no seu processo de trabalho, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, que utilizam equipamentos com algum grau de sofisticação tecnológica ou ações de coordenação e planejamento dos serviços como um todo. Tal argumento é corroborado pelos graduandos a partir da observação do trabalho dos enfermeiros, como indicado nas falas a seguir:

... os profissionais são bem mais centrados nos procedimentos e não vêem a educação como um cuidado importante, mas eu acho que a gente precisa de mais habilidade para educar do que para executar uma técnica, e muitas enfermeiras demonstram falhas em reconhecer essa importância. (Grad.16)

Eu acho que a enfermagem poderia investir muito mais do que ela investe, poderia fazer muito mais do que a gente faz, só que existem pessoas que acabam evitando isso e se dedicando a atividades mais burocráticas e administrativas. (Grad.11)

Uma possível justificativa para esta desvalorização das ações educativas por parte dos enfermeiros pode ser representada pelo fato de que, em muitas situações, estas ações não apresentam de imediato os resultados esperados, uma vez que envolvem questões que geralmente demandam determinado tempo para que seus efeitos apresentem-se visíveis. Torna-se importante destacar ainda, que os resultados das ações educativas nem sempre retornam ao conhecimento dos profissionais, ao passo que o exercício de outras funções pode trazer resultados mais imediatos.

Outra possível justificativa, diz respeito à baixa credibilidade que os próprios enfermeiros depositam no seu saber e competência profissional enquanto educadores em saúde. Para os participantes da pesquisa, muitas vezes os enfermeiros reconhecem este papel como sendo complementar à ação educativa do profissional médico. O descrédito que os próprios enfermeiros depositam na sua capacidade de desenvolver ações de educação em saúde parece acarretar um entendimento, por parte da população, de que a capacidade para atuar nas ações educativas não se encontra no âmbito das competências dos enfermeiros, conforme ilustram os depoimentos que seguem:

... eu vejo dificuldade na implantação da educação em saúde, um certo preconceito até dos próprios enfermeiros em relação àquilo que poderiam estar fazendo, de não achar efetivo, de não aplicar, de considerar que o enfermeiro não tem tanta coisa para ensinar, quem ensina é o médico. (Grad.17)

... eu estava passando umas orientações, aí uma vez uma mãe olhou para mim e falou assim: tu não devia ser enfermeira, tu deveria ser médica porque tu sabe falar tudo para a gente. Ou seja, isso mostra que os enfermeiros não estão fazendo essa prática e as pessoas acabam atribuindo o nosso conhecimento a uma competência que eles consideram como médica. (Grad.18)

Os depoimentos analisados sinalizam para a necessidade de uma transformação das práticas dos enfermeiros no campo da educação em saúde, pois segundo o entendimento dos alunos, estas ações estão direcionadas para um processo que não vem contemplando a visão de mundo dos sujeitos, limitando-se, muitas vezes, ao autoritarismo do profissional, numa atuação que não estimula o desenvolvimento da consciência crítica dos envolvidos, não divide responsabilidades e não reconhece os sujeitos das ações educativas como legítimos atores deste processo.

Neste sentido, pretende-se que estas considerações iniciais acerca do fazer da enfermagem nas ações educativas sirvam ainda, para que se possam delinear novos caminhos para a formação de educadores em saúde, uma vez que uma atuação diferenciada dos futuros enfermeiros-educadores encontra-se essencialmente atrelada a transformações que necessitam ocorrer nos processos formativos. Dessa forma, no intuito de dar seguimento a esta discussão aqui iniciada, apresenta-se a categoria de análise Concepções de Educação em Saúde.

5.2 Concepções de Educação em Saúde

As concepções de educação em saúde analisadas relacionam-se a um entendimento mais geral dos graduandos sobre a referida temática. Embora não seja possível desconsiderar a experiência de vida como espaço para a aprendizagem informal de conteúdos que orientam estas concepções, levou-se em conta, na abordagem que segue, o fato de que o espaço formal do ensino da graduação em enfermagem é o locus mais objetivo e imediato de apreensão destes conteúdos. Vistas como produto dos diversos espaços formativos da graduação, as concepções de educação em saúde que subsidiam as falas dos graduandos, representam a sua ótica sobre a noção de educação em saúde que permeia os cursos participantes deste estudo.

Neste sentido, a análise sugere que, dentre os participantes da pesquisa, não existe um consenso sobre o que é educar em saúde. A falta de consenso, contudo, é relativa, já que na análise das falas emergiram duas concepções distintas de educação em saúde. Tais concepções caracterizam compreensões dicotômicas de

educação em saúde, ora embasadas em idéias tradicionais, ora em idéias ampliadas. As falas a seguir ilustram respectivamente esta divergência de concepções:

Eu acho que educação em saúde é a gente aqui da saúde educar o pessoal, a população, para evitar que esses indivíduos sofram os danos básicos, as patologias que poderiam ser evitadas com uma orientação maior das pessoas. (Grad. 13)

Educação em saúde é tentar permitir que as pessoas consigam desvelar a sua realidade, tirar os véus, tirando aquele óculos que é formado pela visão que ela tem de mundo e quando ela consegue tirar esses véus e enxergar, ela consegue perceber os direitos que ela tem enquanto cidadã, os direitos que ela tem enquanto usuária do SUS, enquanto usuária de uma unidade de PSF. (Grad. 10)

Semelhantes divergências entre concepções de educação em saúde foram evidenciadas em estudo realizado por Silvério e Patrício (2007), que objetivou compreender as percepções de uma equipe interdisciplinar sobre suas práticas de educação em saúde e promover um processo de reflexão sobre tais práticas. O estudo demonstrou que os profissionais reconheceram, na realização de ações educativas, a coexistência de abordagens educativas tradicionais - que partem de uma visão de educação em saúde enquanto informação e orientação de rotinas pré-estabelecidas - e de abordagens educativas mais dialógicas, construtivistas, que focalizam o processo educativo comprometido com a participação dos sujeitos na promoção da sua saúde.

Com base nos resultados deste estudo realizado com profissionais e na análise dos dados da presente investigação, é possível sugerir que existe uma forte relação entre o que se vivencia na graduação com relação à educação em saúde e a forma como esta é realizada no contexto da prática profissional e que os significados e práticas de educação em saúde podem variar. Gastaldo (1997) também reconhece a existência de uma grande variedade de noções e práticas de educação em saúde, evidenciando seu caráter dicotômico ao caracterizá-las de boas a ruins, de saudáveis a não-saudáveis, de práticas de emancipação à práticas de submissão, de libertação à culpabilização dos sujeitos.

Na organização dos dados, esta categoria que discute as concepções de educação em saúde foi dividida em duas subcategorias, sendo que a primeira foi intitulada como 'Educar é orientar, ter saúde é não estar doente' e a segunda como

‘Educar é compartilhar saberes, ter saúde é produto de múltiplos determinantes’. Embora esta classificação tenha sido adotada no intuito de melhor apresentar os dados e desenvolver o processo de análise, pontua-se que, na prática, as ações de educação em saúde, muitas vezes, apresentam de forma concomitante elementos da abordagem tradicional e da abordagem radical. Por este motivo, por mais que as mesmas possuam pressupostos distintos, em alguns casos pode tornar-se difícil separá-las com propriedade.

Na análise desenvolvida a seguir, levou-se em conta as falas dos graduandos que evidenciaram os significados de educação em saúde, bem como as que indicaram quem seriam os sujeitos das ações educativas - para quem se faz, o público-alvo - e os seus agentes - quem está autorizado a fazer educação em saúde, ou seja, seus educadores. No contexto deste estudo, considerou-se que estes elementos compõem as concepções de educação em saúde que pautaram as experiências discentes destes alunos nos seus cursos de graduação em enfermagem.

5.2.1 Educar é orientar, ter saúde é não estar doente

Apesar dos avanços contemporâneos nos paradigmas que vem informando o campo da educação e da saúde e dos novos significados que estes dois conceitos têm assumido em resposta a estes avanços, os cursos de graduação em enfermagem parecem encontrar-se ainda fortemente influenciados por paradigmas já ultrapassados. Dessa forma, um grupo de graduandos evidenciou nas suas falas significados de educação em saúde subsidiados por uma abordagem tradicional de educação em saúde (OLIVEIRA, 2005), historicamente hegemônica e fundamentada num referencial biologicista e num modelo de intervenção que busca a prevenção de doenças pela mudança de atitudes e comportamentos individuais.

O enfoque preventivista desta abordagem apóia-se num entendimento de saúde como ausência de doença e na proposição de estratégias educativas orientadas por pressupostos biomédicos. Neste contexto, as ações de educação em saúde parecem ser direcionadoras e persuasivas, impondo aos grupos-alvo determinadas atitudes a fim de evitar patologias específicas. A abordagem

tradicional de educação em saúde caracteriza-se ainda, pela identificação dos profissionais da saúde como legítimos propositores e executores de ações educativas em saúde (BUSS, 2003).

Diante desta perspectiva, algumas falas indicaram a educação em saúde enquanto prática caracterizada como conjunto de ações preventivas pautadas em orientações e/ou informações que objetivam primordialmente prevenir doenças ou recuperar o estado de saúde de sujeitos acometidos por alguma patologia. Disto decorre que o discurso utilizado pelos alunos para justificar este entendimento foi subsidiado pelo conhecimento proveniente das ciências biomédicas, onde as ações educativas parecem estar centradas na divulgação da informação científica e de recomendações normativas, conforme trouxeram as seguintes falas:

Eu acho que educação em saúde são todas as informações, orientações, tudo o que a gente pode passar para alguém com tudo que a gente tem de conhecimento científico, de maneira a prevenir doenças ou danos, ou melhorar uma patologia já instalada. (Grad.9)

... educação em saúde são as orientações para tu ter consciência do que tu precisa para te ajudar, para prevenir que tu fique doente e necessite de um atendimento mais complexo, mais especializado. (Grad.14)

A ênfase na prevenção como essência da educação em saúde emergiu ainda, em alguns depoimentos, por meio do indicativo de que ser sujeito de ações educativas representa uma garantia de saúde. Dessa forma, a análise dos dados sugere que a ausência da educação em saúde configura-se, por si própria, como uma das causas dos processos de adoecimento, o que confere extrema relevância à educação no campo da saúde. Esta relevância ficou implícita em falas que referem 'educação em saúde' como sinônimo de 'saúde'. Assim, como no viés tradicional saúde é compreendida como o oposto de doença, em determinadas falas ficou claro que nesta relação, saúde pode ser substituída por educação em saúde e, portanto, como antítese de doença:

Eu acho que a educação em saúde atua mais nos métodos preventivos, até porque a grande demanda que a gente tem nos serviços de saúde hoje ocorre pela falta de educação em saúde, são problemas que ocorrem por não haver um esclarecimento maior da população sobre alguns cuidados básicos com a água, com higiene. (Grad.18)

Em conformidade com o que os graduandos referiram, Gutierrez *et al.* (1997) argumentam que, como nas atividades educativas preventivas o objetivo final é evitar a enfermidade, então a ausência de doenças apresenta-se como um objetivo suficiente para a educação em saúde. Além disso, Meyer *et al.* (2006) enfatizam que nos programas e projetos de educação em saúde permanece a idéia de que a falta de saúde é um problema possível de ser solucionado, individual ou coletivamente, desde que se disponha de informações técnico-científicas adequadas e da vontade pessoal dos sujeitos expostos a determinados agravos à saúde.

Todos estes elementos pinçados das falas para fins de análise subsidiam o argumento de que estes graduandos têm um entendimento de educação em saúde na sua forma mais tradicional, ou seja, como um conjunto de ações de prevenção. O modelo tradicional de educação em saúde, que parece estar orientando as falas destes alunos, pressupõe a capacidade de todos os indivíduos de se autocuidarem e, assim, permanecerem saudáveis ou não terem doenças. Esta ênfase no autocuidado está relacionada à importância dada à noção de estilos de vida no campo da saúde pública.

Segundo esta visão dos alunos, o foco das ações de educação em saúde são os padrões comportamentais ou estilos de vida dos sujeitos, os quais devem corresponder a padrões previamente definidos como saudáveis segundo a lógica biomédica. Segundo Castiel (2004), os estilos de vida constituem-se como uma categoria central para que se expliquem os processos de adoecimento, uma vez que nas práticas educativas há uma inclinação em focar os padrões comportamentais individuais como sendo responsáveis pela saúde. Neste sentido, os estilos de vida representariam também estilos de risco, tidos como foco para o planejamento das ações educativas. As falas que seguem evidenciam este argumento:

... a base que fundamenta a educação em saúde é que a gente possa estar dando orientações e fazendo a educação em saúde visando a prevenção de futuras doenças, de como ter hábitos de vida saudáveis (Grad.9)

... a educação em saúde está linkada com a prevenção, por exemplo, um paciente que tem hipertensão, o enfermeiro dá aquelas orientações de praticar exercícios, sobre hábitos alimentares. Então educação em saúde é isso: prevenir para aqueles que não tem e proporcionar hábitos mais saudáveis para aqueles que tem algum tipo de problema, para que possam estar tendo um estilo de vida melhor e mais qualidade de saúde. (Grad.17)

Nesta perspectiva preventivista da educação em saúde trazida por estas falas, os modos de vida dos indivíduos são as principais causas da falta de saúde. Diante disto, hábitos considerados não-saudáveis são vistos como resultado de decisões individuais equivocadas (OLIVEIRA, 2005). Nas falas dos graduandos, esta idéia de que estilos de vida incompatíveis com a saúde são resultados da escolha dos indivíduos é complementada pelo argumento de que cabe aos profissionais de saúde ajudar estes indivíduos a reverem seus comportamentos e a tomarem caminhos considerados mais corretos nas suas vidas.

A idéia é que os profissionais da saúde possuem a 'receita ou solução' para os possíveis problemas relacionados à saúde dos sujeitos. Neste sentido, o pressuposto é que os profissionais de saúde, por conhecerem quais as escolhas saudáveis e em função dos seus conhecimentos técnicos, são capazes de prescrever condutas a serem seguidas no intuito de fomentar a mudança de comportamento individual dos sujeitos. Sinalizando para convergências ao conteúdo dos depoimentos dos alunos, Chiesa e Veríssimo (2001) destacam que nas práticas educativas em saúde houve sempre uma tendência em estruturar tais ações no sentido de ampliar informações da população em geral, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos certos ou errados relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção.

A análise dos dados sugere ainda que, para este grupo de graduandos, a transmissão de informações sobre 'bons comportamentos' do ponto de vista da saúde pressupõe que, estando munidos de informações que 'asseguram saúde', os sujeitos tornam-se capazes de modificar seus hábitos anteriores, assumindo outros mais compatíveis com o que os educadores definem como saúde. Além disso, a eficácia da educação em saúde deverá manifestar-se através de comportamentos individuais específicos que necessitam expressar, de alguma forma, a reprodução das orientações transmitidas:

Educação em saúde são as orientações que ficam muito naquele preventivismo, então é só prevenir que é o contrário da doença, pois se a gente já disse, então daí ele tem o dever de fazer. Para mim é simples, se tudo isso causa doença, então isso aqui se faz para evita-la. (Grad.3)

As falas emergentes nesta categoria remetem a um entendimento de educação em saúde subsidiado num enfoque individualista do comportamento e a

uma visão descontextualizada da saúde. O investimento na saúde com base na prevenção de doenças através de mudanças individuais de comportamento reduz 'saúde', produto social, a um objeto passível de controle pelo indivíduo (Oliveira, 2005) e os indivíduos a objetos passivos da ação dos educadores, perdendo-se de vista o caráter sócio-ambiental dos modos de vida.

Nesta direção, os depoimentos enfatizaram o caráter bancário da educação e a posição 'missionária' e 'paternalista' do profissional da saúde enquanto agente responsável e competente para ajudar os sujeitos a se autocuidarem. Seguindo este mesmo viés, se por um lado, o educador em saúde tem o papel de promover decisões informadas sobre os riscos à saúde, por outro lado, o comportamento inadequado após a orientação passa a ser considerado como uma responsabilidade dos sujeitos, os quais são culpabilizados pelas conseqüências advindas das suas escolhas:

A educação em saúde serve para que as pessoas sejam orientadas, só que elas não procuram o antes, o que podem evitar para que fiquem doentes. Elas já foram informadas, então a responsabilidade passa a ser delas, mas daí a alimentação fazem errada, aí ficam com a pressão alta, com o colesterol elevado. (Grad.14)

Para este grupo de graduandos, a ocorrência da doença se deve, principalmente, à falta de cuidado e ao desleixo da população com sua saúde, o que resulta no reconhecimento do indivíduo doente como culpado pela sua falta de saúde. Como instrumento de intervenção que pretende a mudança comportamental, esta abordagem é limitada, porque o indivíduo neste contexto é tido como o maior responsável por sua saúde ou culpado por sua doença (SMEKE; OLIVEIRA; 2001). Ainda, destaca-se que as ações educativas construídas sobre a culpa e em torno do medo, entre normalidade e anormalidade, deveriam ser substituídas por experiências educativas apoiadas na vida, construídas em torno do prazer, do conhecimento e da responsabilidade de si (PAUL, 2005).

Para Ayres (2002), um desafio que se coloca nas práticas educativas em saúde é a efetiva substituição da atitude modeladora por uma atitude emancipatória, onde os comportamentos sejam vistos como a resultante final de um conjunto de condições estruturais. Assim, um modo de enfrentar este desafio supõe que os educadores em saúde procurem abandonar o papel de detentores do saber para serem mediadores do saber, construindo espaços educativos favoráveis ao efetivo

compartilhamento das problemáticas e à criatividade individual e comunitária na busca de soluções.

Uma outra questão evidenciada em um significativo contingente de depoimentos deste grupo de graduandos foi a ênfase na atenção básica de saúde como locus principal das ações educativas. “*Por ser uma área em que precisa passar mais orientações*” (Grad.9), o contexto da atenção básica configurou-se como um campo em que tais ações são evidentemente prioritárias:

Eu entendo a educação em saúde mais como método preventivo de saúde, um campo muito amplo, mas eu vejo como mais importante naquela parte da atenção básica que para nós por sermos da área às vezes nos parecem coisas muito lógicas, mas para as pessoas que são leigas até a lavagem de mãos para a prevenção da transmissão de doenças já é bastante significativo. (Grad.18)

O reconhecimento da rede básica como um espaço de excelência para a realização de ações educativas em saúde também é referido na literatura por Vasconcelos (2001). O referido autor argumenta que dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, a atenção básica pode ser considerada como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde por se tratar de ambientes caracterizados pela maior proximidade com a população e pela ênfase nas ações preventivas e promocionais.

Esta maior proximidade entre profissionais da saúde e a população parece não ser suficiente, contudo, para estimular abordagens participativas, uma vez que mesmo enfatizando a importância da atenção básica nos seus depoimentos, o enfoque principal das ações educativas referidas permaneceu sendo o tradicional. A visão estereotipada dos graduandos com relação a quem são os indivíduos que trazem estas demandas, definidos como pessoas leigas do ponto de vista do conhecimento em saúde, acaba produzindo a convicção de que são nestes espaços que existem pessoas ‘mais necessitadas’ de informações para o alcance de ‘mais saúde’.

Se por um lado, a maioria dos dados incluídos nesta categoria indicam entendimentos de educação em saúde que já deveriam ter sido modernizados, por outro, alguns graduandos trazem nos seus depoimentos elementos que parecem denotar certa tendência a assumir compreensões mais atualizadas de educação em saúde, ao utilizarem expressões como ‘troca’ e ‘vínculo’, o que sugere a

possibilidade de diálogo. Contudo, uma análise mais criteriosa destes depoimentos revela que o emprego destes termos é utilizado no sentido de enfatizar a necessidade do estabelecimento de vínculos, entre os agentes e os sujeitos das ações educativas, de forma a facilitar a persuasão destes últimos para a mudança de comportamentos e para a adoção dos hábitos recomendados. O depoimento abaixo ilustra esta reflexão:

Eu acho que a educação em saúde tem que ser uma troca e estabelecer um vínculo com a pessoa que tu está orientando, senão tu pode falar, falar, e ele não vai aprender nada do que tu falou ou ele vai dizer na tua frente que vai fazer e chega lá fora e não faz nada do que a gente disse, aí não serviu para nada as tuas orientações. (Grad.14)

A troca que aparece enfatizada na fala acima apresentada parece ser entendida apenas como uma aproximação física, uma forma de facilitação da transmissão e aceitação do saber biomédico por parte do outro, uma vez que não emerge nenhuma indicação de troca de saberes. A posição de aprendiz é vista como ocupada objetiva e definitivamente pelo 'outro'. Assim, não há nesta forma de troca nenhuma possibilidade de horizontalidade, que se traduz como condição para a participação dos sujeitos do processo educativo. Mesmo nas propostas que buscam ampliar a abrangência dos programas educativos, a ampliação efetiva-se no sentido da incorporação de estratégias participativas nas quais 'a interação com o repertório sócio-cultural e o seu resgate constituem um recurso de acomodação dos conteúdos técnico-científicos ao universo cultural daqueles a quem se deseja (ou se deve) ensinar" (MEYER *et al.*, p. 1336, 2006).

Ainda, mesmo algumas iniciativas francamente participativas implicam, essencialmente, em como vender a verdade do profissional de saúde, utilizando o máximo possível da terminologia e dos valores do educando, o qual acaba participando juntamente com o educador da sua própria doutrinação (LEFRÈVRE, LEFRÈVRE, 2004). Entretanto, esta compreensão não implica em desconsiderar que os programas de educação em saúde podem ser efetivos para prover a população de informações básicas sobre saúde, uma vez que os resultados, mesmo que insuficientes e limitados, integram o direito às decisões informadas.

Além dos termos 'troca' e 'vínculo', outras expressões usualmente associadas a propostas mais modernas de educação também são referidas nos depoimentos

dos graduandos, indicando que, pelos menos, em termos de vocabulário já existem algumas aproximações entre os currículos dos cursos de graduação em enfermagem e versões mais atuais de educação em saúde. Entretanto, o uso da expressão promoção da saúde parece permanecer somente no campo da retórica, uma vez que o enfoque da educação em saúde referido nas falas permanece orientado pelo modelo preventivo:

...eu acho que educar em saúde é a própria promoção da saúde, falando de uma forma bem objetiva, a mudança de indicadores de morbimortalidade, indicadores de acesso, diminuição de agravos, prevenção. (Grad.20)

Nas unidades por onde nós passamos, educação em saúde significava a promoção da saúde para estimular a prevenção de doenças, pois muitas vezes eram bem precárias as condições (Grad.4)

Embora se reconheça que a prevenção participa do campo de objetivos da promoção da saúde, entende-se que esta última não se restringe somente à primeira, uma vez que promover a saúde transcende a transformação individual ao enfatizar a necessidade de que haja também transformações de cunho social. Neste sentido, Buss (2003) argumenta que, com frequência, o conteúdo teórico das abordagens preventivas e da promoção da saúde se diferencia com mais precisão do que as práticas educativas que estas abordagens orientam o que, de certa forma, justifica o entendimento destes alunos perpassarem por estas duas vertentes paradigmáticas da educação em saúde.

Dessa forma, embora seja inegável a necessidade de se realizar atividades preventivas no campo educativo em saúde, percebe-se uma supervalorização da prevenção de doenças nos significados de educação em saúde manifestos pelos graduandos, finalidade indicada, inúmeras vezes, como objetivo único da educação em saúde. Assim, o que se pretende questionar é a utilização exclusiva das práticas preventivas, que com base nos argumentos apresentados podem ser consideradas ineficientes se utilizadas isoladamente no cenário das práticas pré-profissionais destes graduandos.

Os significados de educação em saúde expressos pelos graduandos em suas falas sugerem que na formação de educadores no âmbito da graduação em enfermagem, permanece ainda muito presente o enfoque preventivista com

abordagens educativas voltadas para práticas de orientação e alicerçadas na ação preventiva, de caráter persuasivo e individualista, onde os problemas são definidos pelos agentes educativos desde um ponto de vista patológico, havendo acentuada valorização do saber técnico-científico e ignorando, muitas vezes, as determinações sociais dos fenômenos saúde e doença. O eixo que norteia esta discussão ganha continuidade na análise que segue, desenvolvida com foco nos sujeitos e agentes das ações educativas alicerçadas sobre um enfoque tradicional de educação em saúde.

5.2.1.1 Os leigos e os experts da educação em saúde

As falas de um grupo de graduandos permitiram inferir que, nas ações de educação em saúde vivenciadas nos estágios curriculares, os sujeitos foram representados por participantes de grupos específicos, em sua maioria, indivíduos com doenças crônico-degenerativas, especialmente diabetes e hipertensão arterial. Além disso, foram mencionados como sujeitos das ações educativas, os indivíduos considerados desprovidos de conhecimento, escolaridade e renda, fatores que os enquadram juntamente aos sujeitos portadores de doenças crônicas em um grupo cuja característica principal é necessitar do conhecimento técnico-científico dos profissionais da saúde para sanar seus problemas, ou seja, dos saberes daqueles considerados *experts* em questões que envolvem a saúde.

Corroborando este panorama, Valla e Stotz (1997) apontam que os sujeitos das ações de educação em saúde são, muitas vezes, aqueles que apresentam alguma patologia em comum, pois os hábitos dos indivíduos são vistos como responsáveis pelas doenças, especialmente as crônico-degenerativas. Além disso, os comportamentos são vistos como fator de risco para estas doenças - dieta, fumo, sedentarismo - além de que os gastos com assistência médica possuem alta relação em termos de custo/benefício quando comparados às práticas educativas.

Bom, o que eu mais vivenciei foram com certeza grupos específicos de hipertensos e diabéticos, bem voltado para aquele paciente que já tem algum problema, que precisa fazer um tratamento, porque

com pessoas que não tinham nenhuma doença eu não cheguei a vivenciar (Grad.17)

...a maioria das ações era sempre direcionada a grupos que muitas vezes tinham como característica apresentar alguma patologia, alguma doença crônico-degenerativa, eram para pessoas de grupos específicos com consulta de enfermagem ao diabético, ao hipertenso. (Grad.10)

Ao enfatizarem os indivíduos portadores de patologias específicas como sendo os principais sujeitos da educação em saúde, os graduandos remetem a pelo menos duas interpretações: a primeira relaciona-se à demanda proporcionada por estas patologias, que faz com que sejam necessárias ações educativas que envolvam tais sujeitos nas formas de controlar as mesmas. A segunda possibilidade, diz respeito ao fato de que as ações educativas vivenciadas pelos alunos foram organizadas em função das patologias e que estes espaços foram utilizados para a disseminação de informações focalizadas nos aspectos de prevenção e recuperação, não ampliando seus objetivos para além das orientações rotineiramente empregadas nestes casos.

Esta última hipótese apresentada parece ser confirmada na expressão: *“com pessoas que não tinham nenhuma doença eu não cheguei a vivenciar” (Grad.17)*, o que sugere como pré-requisito para ser um sujeito das ações educativas o fato de possuir alguma patologia que seja privilegiada pela realização das abordagens grupais de educação em saúde. A crítica que se faz neste sentido não pretende desqualificar as ações educativas que objetivam instrumentalizar os sujeitos quanto aos seus problemas de saúde. Ao contrário disso, o que se questiona é o envolvimento dos graduandos em ações focalizadas em práticas meramente informativas, que não consideraram os múltiplos determinantes da saúde e da não-saúde.

Além dos indivíduos portadores de diabetes e hipertensão, também foram mencionados como sujeitos das ações educativas experienciadas pelos graduandos, participantes de outros grupos, como as mulheres, as crianças ou grupos denominados conforme a patologia em questão: *“grupo de fibrose cística, de asmáticos” (Grad.12)*, dentre outros. Conforme as falas dos graduandos, os sujeitos que foram envolvidos nestas ações educativas apresentaram alguma característica em comum, como por exemplo, a necessidade de orientações relacionadas a um

período específico da vida ou, como já se vem destacando, o traço identitário de ser portador da mesma doença, como se verifica nas falas seguintes:

Daí eram bem divididos os grupos, então tinha grupos de pessoas com diabetes, hipertensão, onde então o grupo era direcionado para estas patologias. Outros já eram de saúde da mulher, idosos, crianças. Surgiam de forma bem diversificada todas as idades assim. (Grad.4)

Então esse grupo de fibrose cística para mim foi um dos grupos, mulheres no climatério, na unidade básica de saúde, hipertensos, asmáticos, diabéticos foram também grupos que a gente realizou e também proporcionou educação para a saúde.(Grad.12)

Os depoimentos acima parecem ratificar um argumento que vem se destacando no decorrer desta análise: as ações educativas nas quais os alunos experienciaram suas práticas ainda são fortemente centradas na doença, dirigidas às formas de prevenção e controle das mesmas e que, portanto, ainda não conseguiram ampliar seus objetivos no sentido de proporcionar um maior envolvimento de outros sujeitos, senão aqueles que possuem a patologia enquanto meio de ingresso para a ação educativa.

Os depoimentos dos graduandos indicaram, ainda, que as ações educativas também são direcionadas aos sujeitos considerados desprovidos de conhecimento, escolaridade e renda. Isto sugere que nas ações de educação em saúde vivenciadas pelos alunos, conforme salientam Schwingel e Cavedon (2004), os educandos são tidos, muitas vezes, como indivíduos carentes e ignorantes. A insuficiência de conhecimentos justificaria assim, sua inclusão como sujeitos passivos de ações de transmissão de saberes em saúde considerados necessários para o preenchimento das lacunas de saber previamente diagnosticadas:

... a educação em saúde foi mais para a comunidade carente, de baixa renda, de baixo índice de conhecimento, porque no final das contas são estes que precisam do trabalho de orientação dos profissionais da saúde (Grad.2)

Neste sentido, considera-se que as condições socioeconômicas das classes populares justificam, em parte, a ênfase no direcionamento das ações educativas em saúde a estes sujeitos, uma vez que não se pode negligenciar o fato de que más condições de alimentação, moradia e saneamento básico, por exemplo, os tornam

mais vulneráveis a determinados problemas de saúde. Ayres (2002, p.19)) parece concordar com este argumento, mas faz um importante alerta no sentido da necessidade de se considerar as diferenças existentes entre os sujeitos, pois “embora a pobreza seja um poderoso determinante de vulnerabilidade, é preciso considerar que mesmo em populações pobres há diferenciais internos de extrema relevância, por exemplo, a cultura religiosa, a origem étnica, dentre outros”, aspectos que devem sempre ser considerados no âmbito das práticas educativas.

Para Valla (1997), o monopólio do saber técnico tende a secundarizar o saber acumulado pelas classes populares quando lança mão da escolaridade formal e da renda como parâmetros para a necessidade de práticas educativas. Essa desqualificação das classes populares passa também pela construção de uma imagem do “bruto”, do “carente”, do “nulo”, concluindo que famílias pobres são sinônimos de doença e, por este motivo, são estas que necessitam ser orientadas. Nas falas dos alunos percebe-se esta compreensão de que a pouca informação destes sujeitos é justificada por suas precárias condições de vida:

A educação em saúde foi sempre para as pessoas de baixa renda, pessoas com baixo nível de escolaridade, pessoas basicamente leigas, pessoas que tu sabe que estão desinformadas, digamos assim nesse sentido, vivendo em condições precárias. (Grad.5)

Quando eu penso também em educação em saúde me vem mais aquela coisa assim, ah, foi mais para a comunidade, educar o pessoal mais leigo, sem informação e tal. (Grad. 13)

A percepção deste grupo de graduandos de que as ações educativas em saúde devem ser prioritariamente dirigidas a indivíduos sem conhecimento sobre o risco de patologias a que estão expostos, revela novamente um enfoque pautado no controle das doenças. Tal percepção é reveladora de uma imagem idealizada do sujeito da ação educativa, um indivíduo que, a partir dos conhecimentos transmitidos, passa a ter condições para controlar a sua saúde. Lupton (1999) sugere que esta idealização tem como referência o indivíduo de classe média, racional, civilizado, disciplinado e consciente da sua saúde. Neste sentido, os sujeitos que não conseguirem enquadrar-se neste padrão, serão, conseqüentemente, aqueles perante os quais as ações educativas devem direcionar seus intentos.

No que se refere aos agentes da educação em saúde, destaca-se que os enfermeiros foram referidos como possuidores dos atributos necessários para realizar educação em saúde. Contudo, como as informações referentes à atuação da enfermagem no campo da educação em saúde já foram analisadas anteriormente (página 45), a análise aqui desenvolvida detém-se na compreensão dos graduandos sobre os demais agentes da educação em saúde.

Desse modo, o processo de análise das falas destes graduandos denota uma relativa diversidade de agentes considerados como autorizados a planejar, coordenar e desenvolver ações educativas, já que aqueles aqui elencados fazem parte do rol de profissionais da área da saúde ou estão sob a supervisão destes. Devido ao fato de que as ações educativas inúmeras vezes são pautadas na esfera de domínio dos profissionais da saúde, que priorizam a sabedoria técnico-científica e deixam, muitas vezes, para segundo plano a sabedoria prática dos indivíduos e comunidades, estas se restringem em estratégias educativas dirigidas ao alerta e à transmissão de informações científicas (MEYER *et al.*, 2006).

A visão de saúde como ausência de doença e do conhecimento em saúde como restrito ao campo biomédico resultou na óbvia indicação de profissionais reconhecidos enquanto detentores deste conhecimento como preferenciais e legítimos agentes de educação em saúde:

... os profissionais da área da saúde, por ter um conhecimento mais aprofundado, então a enfermagem, a fisioterapia, podem fazer educação em saúde. O profissional da saúde por estudar mais sobre as patologias tem a saúde mais presente nas matérias do currículo. (Grad.3)

... a educação em saúde se refere mais à prevenção de doenças, então quem tem mais conhecimento sobre essa área seriam os profissionais que estão na área da saúde, os enfermeiros principalmente. (Grad.15)

As falas dos entrevistados expressaram uma clara separação entre os profissionais da saúde, tidos como legítimos detentores dos saberes sobre saúde e os demais indivíduos. Na perspectiva dos graduandos, torna-se evidente que o saber profissional, definido pela ciência biomédica, figura como um dos instrumentos essenciais para a efetividade de ações educativas em saúde. Neste sentido, Lefrèvre e Lefrève (2004) destacam que no cotidiano das ações educativas, o profissional de saúde por se considerar técnico e especialista, ainda acredita

possuir, sob a forma de monopólio, o único conhecimento verdadeiro sobre os temas que envolvem a educação em saúde. Disto decorre o fato de que o profissional acredita estar socialmente investido de autoridade sanitária para, em nome dos interesses da coletividade, impor este tipo de comportamento aos demais sujeitos.

Dessa forma, para alguns alunos, a relação estabelecida entre agentes e sujeitos das ações educativas em saúde parece ser essencialmente assimétrica, uma vez que os educadores detêm um saber técnico-científico, com status de verdade, e os sujeitos das suas ações ficam com a obrigação de, uma vez informados, seguir esta informação. Neste contexto, a ação educativa fica restrita a um caráter informativo, na qual o educador explicita ao educando hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde (ALVES, 2005).

Os agentes comunitários de saúde também foram identificados pelos graduandos como profissionais autorizados a atuar como educadores em saúde. Entretanto, esta atuação parece estar condicionada a uma supervisão dos profissionais que tiveram seu conhecimento legitimado na graduação, o que denota a compreensão de que o espaço acadêmico configura-se como o símbolo da qualificação para a educação em saúde. Neste sentido, desconsidera-se o saber acumulado pelos agentes comunitários, os quais, como membros das comunidades em que atuam, estão mais identificados com as necessidades dos sujeitos das ações educativas, pois compartilham o mesmo contexto cultural e as mesmas condições estruturais.

Apesar dos agentes comunitários ocuparem uma posição estratégica na equipe de saúde, em função da responsabilidade que lhes é conferida para traduzir o discurso biomédico para as comunidades com as quais trabalham, seus saberes técnico-científicos não são entendidos pelos graduandos como suficientes para lhes garantir autonomia no campo da educação em saúde. Tal autonomia é limitada pela sua condição de profissional de saúde cujo saber não foi qualificado por um curso de graduação:

... a enfermagem por ser uma profissão de nível superior está preparada para estar passando esse tipo de conhecimento para os agentes, mas tem que ser de uma forma muito mais simplificada. Então o agente vai passando o que ele pode e a gente vai lá e reforça, melhora aquilo que ele passou ou de repente corrige,

alguma informação que não é correta, daí a gente passa o que é correto e o porquê. (Grad.2)

Eu acho que até o agente de saúde pode ser um educador em saúde, mas cabe aos profissionais de nível superior capacitar para que eles possam dar as orientações. (Grad.14)

Destaca-se neste contexto, que a indicação dos agentes da educação em saúde, em nenhum momento foi justificada pelos graduandos, por outro fator senão aquele que se apóia na lógica do pensamento tecnicista, orientador de modelos comportamentais pautados no conhecimento puramente técnico-científico. A compreensão destes graduandos apoiada neste ideário denota o quanto ainda permanece arraigada nos cursos de graduação, a percepção do profissional da saúde como legítimo *expert* em questões relativas aos processos de adoecimento e mecanismos de prevenção e, portanto, quem melhor pode exercer a função de conscientizar os demais sobre sua saúde. Como argumenta Ayres (2002), no campo da educação em saúde coloca-se como um desafio a substituição da tradicional atitude modeladora dos agentes das práticas educativas por uma atitude emancipatória, o que no caso dos cursos de graduação estudados parece ainda não ter acontecido totalmente.

O necessário reposicionamento do educador implicaria o reconhecimento de que este não é detentor de saberes, mas sim, mediador dos saberes que resultam do compartilhamento de experiências que permeiam o processo educativo. A questão da necessidade de transcender o entendimento de prática educativa em saúde como espaço de controle dos profissionais da saúde, supõe um entendimento da educação em saúde como espaço onde sujeitos e agentes necessitam atuar enquanto protagonistas, no qual emerge a necessidade da intensificação da mudança paradigmática que deve se processar efetivamente nas práticas educativas em saúde e que se encontra apresentada na discussão desenvolvida a seguir.

5.2.2 Educar é compartilhar saberes, ter saúde é produto de múltiplos determinantes

Ao contrário das concepções de um grupo de graduandos que entende educação em saúde segundo a abordagem tradicional discutida anteriormente,

emergiram também concepções que parecem estar pautadas numa noção ampliada de educação e de saúde, a qual transcende a atividade centrada na doença e busca enfatizar os múltiplos determinantes da saúde. Ao serem articuladas pelos participantes da pesquisa nas suas falas acerca dos significados atribuídos a educação em saúde, estas concepções revelaram elementos do que a literatura tem caracterizado como modelo radical de educação em saúde (GASTALDO, 1997; OLIVEIRA, 2005).

A educação em saúde radical apóia-se nos pressupostos da promoção da saúde, uma proposta que buscou renovar e transformar as práticas educativas no campo da saúde, predominantemente centradas na prevenção de doenças. A intenção de superar a lógica preventivista da educação em saúde tradicional resultou num enfoque educativo mais abrangente, que extrapola o objetivo da mudança de comportamento individual e investe em transformações que alcançam o campo das condições estruturais de vida. Assim, para a promoção da saúde e, portanto, para a abordagem radical de educação em saúde, somente a prevenção de doenças não poderá ser considerada como um objetivo suficiente, já que perante qualquer nível de saúde sempre haverá algo a ser feito para promover condições de vida mais satisfatórias para os sujeitos.

O principal subsídio desta mudança de perspectivas reside no próprio conceito de saúde, a qual é entendida num sentido positivo e multidimensional. Neste contexto, conforme destaca Buss (2003), os modelos de intervenção educativos propostos são essencialmente participativos, sendo oferecidos à população com a finalidade de abordar uma vasta rede de temas relacionados à saúde. Na perspectiva radical, a ampliação do escopo de saberes e práticas orientadores da educação para a promoção da saúde leva também, a uma abertura ao trabalho de agentes que não sejam exclusivamente os profissionais da saúde.

Mediante o exposto, os significados de educação em saúde de uma parcela dos graduandos entrevistados parecem convergir para estas concepções ampliadas de educação em saúde. A análise das falas sugere que o entendimento destes sobre educação em saúde incorpora o conceito de saúde que emergiu no contexto do movimento da promoção da saúde, o qual propõe um significado de saúde que não se restringe à ausência de doenças, mas que se configura como resultado de inúmeros determinantes (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Destaca-se que alguns destes determinantes apareceram, de forma isolada ou combinada, nos

depoimentos dos alunos, evidenciando a consciência da ampla gama de fatores relacionados ao fenômeno saúde. No entendimento deste grupo de alunos, as ações educativas em saúde podem incidir sobre as condições de vida da população desde que destas provenham propostas para ações intersectoriais que envolvam educação, saneamento básico, habitação, renda, trabalho, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros determinantes sociais da saúde:

... educação em saúde é tu poder orientar a pessoa de que ela tem direito à saúde, colocando todo aquele conceito de saúde como ter direito a ter saneamento, a segurança, e não só orientação, mas passar todo o sentido amplo da saúde. (Grad.1)

... educar em saúde é tu tentar mostrar estratégias de acordo com a cultura de cada pessoa para que ela tenha uma melhor qualidade de vida, tenha a oportunidade do lazer, do acesso a serviços de saúde, uma boa alimentação, um bom convívio familiar. (Grad.17)

Nas falas acima, uma das maneiras de articular os múltiplos determinantes da saúde foi indicar sua vinculação com o conjunto de direitos da população. Nesta perspectiva, a educação em saúde tem como objetivo, não somente promover a conscientização da população sobre tais direitos, mas também, indicar caminhos para a conquista de uma vida com qualidade. O conteúdo destes depoimentos, ao apontar que a educação em saúde pode ser um instrumento de incentivo aos sujeitos para a conquista destes 'múltiplos determinantes de saúde', evidencia uma ênfase no potencial das ações educativas em transcender as práticas preventivas, configurando-se como um mecanismo de apoio a indivíduos e grupos para o desenvolvimento de uma postura crítica e propositiva na busca por melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde.

A compreensão de educação em saúde a partir de um conceito ampliado de saúde sugere ainda, o reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo no risco individual para responder aos processos de saúde e não-saúde (Marcondes, 2004). Tal reconhecimento tem se configurado como um dos pontos de partida das críticas ao modelo tradicional de educação em saúde, o que indica que, nos cursos de graduação estudados, os alunos têm tido algumas oportunidades de vivenciar experiências educativas que ao incorporar o conteúdo destas críticas se aproximam de abordagens mais modernas de educação em saúde. Estas experiências também representam uma oportunidade

para a conscientização sobre a necessidade de ampliação do foco da educação em saúde para além da abordagem educativa subsidiada por saberes biomédicos e estratégias de autocuidado, e ainda, para o reconhecimento da importância da ampliação do escopo de trabalho dos agentes educativos.

Neste sentido, os graduandos também expressaram concepções que apontam para a educação em saúde enquanto espaço de interações entre sujeitos sociais, que munidos de diferentes saberes, experienciam um processo de construção de novas formas de participação na esfera social com vistas à saúde. A referência a 'aprender com as pessoas', 'construção compartilhada' e à 'troca' que se estabelece neste contexto, entre o sujeito e o agente da educação ação educativa em saúde, sugere abordagens educativas horizontais, dialógicas e construtivistas:

... eu acho que educar em saúde é conhecer as pessoas, não é chegar e impor o conhecimento, achar que tal comunidade precisa saber mais sobre higiene, sobre alimentação no caso dos hipertensos. Porque educação em saúde é também aprender com as pessoas, tem que auxiliar as pessoas a encontrarem uma melhor maneira de alcançar a saúde, é mais uma troca assim (Grad.7)

... eu acho que educação em saúde é construir o saber entre os diversos atores sociais, uma construção compartilhada, dividindo responsabilidades, vinculando tanto o saber científico quanto o saber popular, uma construção coletiva do saber. (Grad.6)

Os depoimentos acima evidenciam que, para alguns graduandos, o componente 'educação' dos processos educativos em saúde é orientado por princípios que se aproximam aos da educação popular. Esta forma de educar proposta por Paulo Freire há pelo menos três décadas, vem orientando projetos e práticas educativas formais e informais, tanto em nível nacional, quanto internacional. Como destaca Vasconcelos (2004), o adjetivo popular presente na denominação educação popular não se refere à característica de sua clientela, mas à perspectiva política dessa concepção de educação: a construção de uma sociedade em que as classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos ativos na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas.

Os princípios da educação popular também têm sido utilizados nas experiências educativas de profissionais da saúde que insatisfeitos com as práticas

mercantilizadas e rotinizadas engajaram-se nesse processo. Além disso, o objetivo da educação popular e da educação popular em saúde é trabalhar pedagogicamente os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade, não sendo reproduzidas, portanto, a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Esta forma de educar em saúde “não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participativa e ação social, é também o jeito brasileiro de fazer promoção da saúde” (VASCONCELOS, 2004, p. 80).

Esta evolução conceitual que se apresenta em alguns significados de educação em saúde expressos nas falas dos entrevistados sugere a possibilidade de futuros reflexos na atuação destes alunos enquanto educadores em saúde, cujas ações educativas poderão sinalizar para práticas em que os sujeitos sejam reconhecidos como portadores de saberes relevantes e capazes de estabelecer uma interlocução dialógica com os agentes educativos e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade. Outros depoimentos reforçaram este entendimento de educação em saúde enquanto prática alicerçada na interação de saberes que se efetiva por meio de uma interlocução não impositivo-autoritária entre sujeitos e agentes das ações educativas no campo da saúde:

Educação em saúde são todas as orientações que a gente faz para as pessoas tentando observar para que não seja daquela forma impositiva, dizendo que nós não somos os donos da verdade, mas que se possa interagir com as pessoas e também aprender algo com elas, que seja da forma mais dialógica possível. (Grad.3)

Eu acho que a educação em saúde consiste em levar em consideração o saber das pessoas, sempre tem que ser uma troca entre o usuário e o educador e para isso tem que conhecer a comunidade, ir vendo o que eles já sabem para depois trazer coisas novas. (Grad.8)

Diferente da compreensão de educação em saúde mais tradicional, indicada anteriormente, esta concepção mais moderna é orientada pela idéia de que o saber profissional dos agentes educativos deve funcionar como elemento potencializador de uma nova relação entre conhecimentos técnicos e populares, onde os sujeitos das ações educativas possam realizar suas escolhas de vida e adquirir consciência de sua realidade. Como observam Chiesa e Veríssimo (2001), as ações educativas

em saúde desenvolvidas segundo tais perspectivas objetivam não somente informar para a saúde, mas também, articular os saberes de sujeitos e agentes educativos visando o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no campo da saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional da saúde, mas pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde dos sujeitos, conforme destacado nas falas que seguem:

A educação em saúde deve ser vista como a possibilidade de buscar melhores condições sociais para os usuários. Numa comunidade que não tem água encanada, o enfermeiro tem que atuar, tem que ajudar aquela comunidade, se não tem luz, não tem escolas, eu acho que o enfermeiro vai ter uma atuação que não visa uma pessoa só, mas sim uma comunidade inteira. (Grad.14)

De repente não é somente orientar, mas ir lutar mais pelo lado social, dessa parte toda de saneamento que é relacionada também com a educação em saúde, despertar mais para o todo. (Grad.11)

Os elementos que compõem estes depoimentos dizem respeito à articulação entre os saberes técnicos e populares e ao uso de estratégias emancipatórias no desenvolvimento de ações educativas em saúde, onde os educadores atuam como ativistas em saúde, buscando instrumentalizar os sujeitos para a luta por seus direitos como cidadãos. Conforme argumentam Valla e Stotz (1997), auxiliar as pessoas a enfrentar as condições prejudiciais à saúde em seus locais de moradia e trabalho implica o desenvolvimento de certas destrezas sociais, bem como a capacitação necessária em termos de habilidades de todos os envolvidos para enfrentar as condições problemáticas. Além disso, a educação em saúde necessita ser compreendida como caminho que busca articular dimensões complementares com vistas à construção de respostas sociais significativas, indicando que esta não deve tratar somente de definir comportamentos corretos para os demais, mas criar oportunidades de reflexão crítica entre os sujeitos sociais.

Esta forma de compreender a educação em saúde, conforme destaca Pedrosa (2001), traz implícita a idéia de que as práticas educativas requerem a previsão de espaços para a escuta dos interesses dos sujeitos e, paralelamente, para a promoção de sua participação na ação empreendida no sentido da defesa e concretização destes interesses. Como sugerem Meyer *et al.* (2006), vista segundo uma perspectiva integrada e abrangente, como parece ser o caso dos significados de educação em saúde dos graduandos aqui analisados, a ação educativa pode ser

pensada não como estratégia de aliciamento para uma aprendizagem sanitária satisfatória, como ocorre nas abordagens tradicionais, mas como eixo orientador de escolhas significativas para os sujeitos. Os argumentos trazidos por estes autores encontram vão ao encontro do conteúdo das seguintes falas:

Eu acho que com a educação em saúde a gente pode mudar muita coisa, a maneira da pessoa se comportar, não um comportamento de disciplina, mas como ela pode ser crítica em relação a alguma coisa. Despertar interesses, despertar autocríticas, questionar algumas práticas, a gente fornece ferramentas para que as pessoas realizem suas escolhas. (Grad.15)

Na educação em saúde tu não tem que querer que a pessoa mude, tu não pode dizer: tu não pode comer isso e ponto. Eu acho que tu tem que fazer com que as pessoas possam refletir o que foi conversado, o profissional vai auxiliar, mas quem vai decidir qual é a melhor alternativa para sua vida é a própria pessoa. (Grad.5)

Observa-se nos depoimentos a valorização do investimento na autonomia dos sujeitos como referência para algumas concepções de educação em saúde. A compreensão de educação em saúde como meio para promover a autonomia dos indivíduos para a realização de suas escolhas não veio acompanhada, contudo, de uma necessária consciência dos limites desta autonomia. Conforme observam Campos, Barros e Castro (2004, p. 747) quando as ações educativas em saúde se propõem à possibilidade de fomentar a autonomia dos sujeitos, não se está referindo a um processo de escolhas unicamente individuais ou a um exercício de vontade puro e simples, pois “todo o tempo estamos submersos numa rede de saberes e poderes que constroem e destroem opções, que abrem e fecham caminhos, que libertam e constroem escolhas”.

Além disso, muitas vezes as escolhas dos sujeitos encontram-se fortemente influenciadas pelas orientações dos profissionais, o que resulta numa autonomia regulada, ou seja, em escolhas feitas pelos sujeitos, mas que têm com base as alternativas indicadas pelos agentes educativos. Lupton (1999) corrobora este argumento ao afirmar que a promoção da saúde focaliza a escolha individual dos sujeitos como um meio para o afastamento radical do modelo preventivo, entretanto, as decisões autônomas estão formatadas pelas informações preconcebidas pelos profissionais. A análise dos dados sugere ainda, que reflexões deste gênero ainda precisam ser promovidas no contexto dos cursos de graduação para que os alunos

levem em conta no planejamento, implementação e avaliação das suas ações educativas em saúde, os limites e as possibilidades destas ações.

Os depoimentos sugerem ainda que, no entendimento destes graduandos, aumentar a capacidade dos sujeitos para avaliar as questões em que se acham envolvidos, implica numa ampliação do seu potencial para exercer controle sobre suas vidas e, conseqüentemente, sobre sua saúde. O controle adviria de um maior envolvimento dos indivíduos em ações que favorecessem as mudanças estruturais necessárias ao atendimento das suas demandas. Esta concepção de educação em saúde que permeia o discurso de alguns graduandos está identificada com a proposta do *empowerment* de indivíduos e grupos, uma das finalidades da educação em saúde no projeto da promoção da saúde (BYDLOWSKI, WESTPHAL E PEREIRA, 2004; CARVALHO, 2004).

O *empowerment* caracteriza-se como um processo de emancipação humana que se efetiva por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e do estímulo a ações que busquem a mobilização de recursos individuais e coletivos para que se possa analisar e, por conseguinte, atuar criticamente no meio social de modo a superar estruturas institucionais e ideológicas de opressão, como por exemplo, as práticas persuasivas e impositivas ainda predominantes no campo da educação em saúde. Nesta direção, Czeresnia (2003) aponta que as abordagens educativas inseridas no âmbito da promoção da saúde necessariamente envolvem escolha e, como tal, esta não se coloca na esfera do conhecimento científico, mas na esfera dos valores, vinculando-se a processos que não se expressam de maneira precisa ou facilmente mensurável. Esta característica justifica, em parte, a importância que categorias como o *empowerment* assumem neste contexto, uma vez que este incorpora temáticas diversas como a subjetividade e a singularidade de indivíduos e coletividades, conforme ilustram os depoimentos que seguem:

... a educação em saúde é uma forma de tu empoderar as pessoas, a gente planta sementes, mas quem vai cuidar mesmo essa plantinha é a própria pessoa. Então a gente tem que empoderá-los de saber, de questionamentos e acho que questionando algumas coisas a gente pode mudar outras (Grad.15)

Quando penso em educação em saúde, a primeira palavra que me vem em mente seria emancipação, eu acho que seria a minha possibilidade enquanto profissional de estimular o desvelar da realidade das pessoas, partindo dos valores que norteiam práticas perante a doença, a saúde, as questões sociais, valores que vão

influenciar diretamente as atitudes daquele grupo perante as orientações.(Grad.10)

As falas acima traduzem a centralidade que a noção de *empowerment* assume nos significados de educação em saúde dos graduandos. Porém, parece não estar totalmente claro se a ênfase no empoderamento que resulta dos processos educativos a que se referem os graduandos, tem relação com a interação entre sujeitos e agentes ou representa, por outro lado, uma valorização excessiva da competência dos profissionais para 'prepararem' os sujeitos para intervirem nos problemas que vivenciam. Neste sentido, o processo de *empowerment* teria como pressuposto a problemática idéia de que um indivíduo dotado de determinado poder é capaz de atribuí-lo a outro indivíduo, que a princípio, encontra-se desprovido deste mesmo poder.

Segundo Sícoli e Nascimento (2003), embora o *empowerment* compreenda uma perspectiva que busca incorporar os preceitos da promoção da saúde, reconhecendo os sujeitos enquanto atores deste processo, assumir este princípio como a parte mais essencial das abordagens educativas mais modernas pode ser preocupante. Esta escolha pode incorrer nos riscos de focar somente a dimensão singular ou particular da mudança, sem atrelá-la a um processo estrutural maior, que fomenta a responsabilização individual e desresponsabiliza o Estado, sem articular a participação ativa que de fato permite impulsionar mudanças nos determinantes sócio-econômicos e ambientais da saúde. Diante disto, decorre que, assim como a educação em saúde tradicional abordada anteriormente, a abordagem radical que em princípio supera os problemas do antigo modelo, também possui alguns pontos questionáveis.

Na análise dos significados de educação em saúde aqui discutidos, evidencia-se que para um grupo de alunos, existe um entendimento mais ampliado e abrangente, que visualiza a educação em saúde enquanto importante estratégia do movimento da promoção da saúde. A educação em saúde entendida segundo esta ótica, procura atuar positivamente perante as mais variadas esferas da vida da população, buscando focalizar a relevância da mobilização das estruturais sociais para a produção da saúde. Assim, considera-se que focalizar esta abordagem ampliada no interior dos cursos de graduação contribui para que se introduzam novas idéias, linguagens e conceitos sobre saúde e os caminhos para promovê-la.

Além disso, estes significados de educação em saúde, apoiados em pressupostos ampliados, sinalizam para a existência, no interior dos cursos de graduação, da abertura de espaços para que as transformações paradigmáticas no campo da educação em saúde possam desenvolver-se efetivamente. Contudo, apesar da importância da presença de concepções ampliadas de educação em saúde no contexto da formação dos enfermeiros, conforme já destacado nesta análise, ainda observa-se presente um entendimento de educação em saúde que já deveria ter sido superado dados os consideráveis avanços teóricos que envolvem o terreno da educação e da promoção da saúde.

Assim, o desafio que se coloca para os processos formativos consiste em superar as práticas educativas em saúde desenvolvidas com o objetivo de modificar comportamentos individuais, eliminando ou promovendo determinados hábitos de vida, ficando restritas a estratégias pontuais que se configuram ineficientes para produzir as transformações esperadas. Dessa forma, um ponto a ser fortalecido na formação dos educadores em saúde é o investimento em práticas educativas que efetivamente estimulem os sujeitos a contribuir nas decisões, potencializem seu poder crítico e ampliem sua capacidade de intervir positivamente sobre a realidade. A efetividade destas mudanças encontra-se atrelada ainda, a uma relação diferenciada entre os sujeitos e os agentes das ações educativas, colocando-os enquanto protagonistas do processo educativo em saúde, conforme o que se discute na subcategoria desenvolvida a seguir.

5.2.2.2 Os protagonistas da educação em saúde

Em consonância com o entendimento de educação em saúde construído com base num caráter emancipatório, os graduandos expressaram em suas falas que os indivíduos envolvidos nas ações educativas, sejam eles sujeitos ou agentes, exercem um papel protagonista no contexto destas ações. A referência a estes protagonistas da ação educativa indica uma compreensão em que, tanto sujeitos como agentes da educação em saúde, possuem saberes e experiências que ocupam espaço legítimo nos processos educativos em saúde, sinalizando para uma provável evolução dos paradigmas que tradicionalmente sustentam a formação de

enfermeiros e sua prática profissional, conforme destacado na discussão concretizada anteriormente.

Embora este avanço esteja evidenciado claramente nos discursos dos graduandos, observa-se que se trata de uma transformação no contexto educativo em saúde que pode ser considerada ainda insipiente e, portanto, que parece estar mais desenvolvida no terreno da retórica do que no campo das práticas. Isto se justifica pelo reduzido número de depoimentos que apontaram como sujeitos da ação educativa indivíduos não-doentes, os quais acabam sendo sujeitos de empreendimentos educativos que representam exceções nas situações práticas de educação em saúde vivenciadas pelos graduandos. Portanto, nestas 'exceções educativas', os sujeitos foram chamados à educação em saúde em função de ocuparem uma posição estratégica nas comunidades ou estarem envolvidos com determinadas problemáticas sociais, como por exemplo, respectivamente, membros da pastoral da saúde e indivíduos submetidos a determinadas precariedades estruturais.

No que se refere especificamente aos membros da pastoral da saúde, sua inclusão no perfil dos possíveis sujeitos das ações educativas foi relacionada à sua posição como líderes comunitários, portanto, figuras importantes na discussão de questões de interesse das comunidades que representam. Os líderes comunitários seriam indivíduos que, pela própria vivência naquela comunidade, conhecem intimamente as questões consideradas prioritárias pelos demais. A indicação destes sujeitos das ações de educação em saúde revela uma relativa abertura dos processos formativos, que são alvo de análise nesta pesquisa, para a ampliação do escopo da atuação da enfermagem neste campo:

... eu trabalhei com grupos de pastoral da saúde e nesses grupos nós procuramos embasar todas as ações de educação em saúde em função das necessidades da comunidade. Inicialmente procuramos conhecer o grupo, ver suas percepções e o que eles achariam necessário mediante as ações que estavam sendo implantadas, o que eles achariam importante para a comunidade. (Grad.6)

Este depoimento e os argumentos que a ele se articulam, sinalizam para um investimento em novas maneiras de perceber os sujeitos das ações educativas em saúde. Desse modo, parece estar implícita nesta idéia uma tendência em conceber as ações educativas como projetos coletivos, definidos e implementados em função

de interesses comuns a ambos, agentes e sujeitos destas ações. Possibilitar o envolvimento de sujeitos educativos que conheçam as problemáticas que envolvem as comunidades, como destacam Wendhausen e Saupe (2003), supõe efetivar uma educação em saúde para a emancipação, a qual se fundamenta a partir do diálogo e da interação entre as pessoas. Neste tipo de contexto educativo, a argumentação dos profissionais por mais que provenha de sua capacitação técnica, não exclui nem o conhecimento, nem os aspectos humanos colocados pelos sujeitos, buscando de forma conjunta encontrar a melhor forma de enfrentar as situações.

Outro depoimento sugeriu como sujeitos de ações de educação em saúde, indivíduos submetidos a condições precárias de vida. Seguindo o viés da participação e da emancipação, o depoimento que segue considerou os indivíduos como partícipes na busca, em conjunto com os agentes educativos, de propostas de ação que transcendessem aquelas orientadas para a clínica, investindo em novos caminhos para a busca da qualidade de vida:

Este grupo tinha várias precariedades, várias condições que os dificultavam, mas eu acho que o objetivo maior foi o alcance da qualidade de vida das crianças e de suas famílias e ligando com o serviço local, procurar não atendê-los de uma forma tão clínica, mas prestar um cuidado de enfermagem diferenciado. Acho que não transmiti de uma forma vertical os meus conhecimentos, porque pelos relatos a gente compartilhou bastante coisa. (Grad.19)

O depoimento sugere que, na formação destes alunos, a premissa para justificar a presença deste ou daquele indivíduo em contextos educativos não corresponde à tradicional condição de ser doente ou estar mais exposto ao risco de adoecer, lógica que indica uma definição unilateral de necessidades: somente os sujeitos das ações educativas têm o que aprender, o que caracteriza o monólogo das abordagens educativas em saúde mais tradicionais. A lógica aqui parece ser outra, denotando ser preciso criar espaços de educação em saúde para que profissionais e comunidade possam, no diálogo, aprender juntos.

As idéias de Freire (1989) contribuem e dão sustentação a este argumento da necessidade de os sujeitos compartilharem seus saberes com os agentes da educação em saúde, argumento defendido por aqueles que reconhecem a abordagem radical de educação em saúde como a de maior potencial transformador. Neste sentido, quanto mais as massas populares desvelam a realidade objetiva e

desafiadora sobre a qual devem incidir sua ação transformadora, tanto mais se inserem nela criticamente, sendo que a liderança e as massas, co-intencionadas, encontram-se em uma tarefa em que ambas são sujeitos no ato, não somente de desvelar a realidade, mas criticamente de recriar esta realidade. Ao alcançarem na reflexão e na ação em comum este saber da realidade, estes parceiros se descobrem como seus refazedores permanentes e se direcionam a novas ações e soluções (FREIRE, 1989).

Com relação aos agentes educativos expressos nas falas dos graduandos que foram interpretadas como indicação de uma concepção radical de educação em saúde, evidenciou-se uma diversidade destes agentes. Ao contrário daqueles que tem uma visão mais tradicional da educação em saúde, estes graduandos consideraram que ‘fazer educação em saúde’ não é prerrogativa apenas dos profissionais da saúde e a educação em saúde configura-se como um campo de parceria entre profissionais da saúde e profissionais de outras áreas, além de outros membros da comunidade.

A ênfase dos graduandos na atuação conjunta de profissionais de diversas áreas revela uma lógica interdisciplinar em seus processos formativos, onde reconhecer nos profissionais das mais variadas disciplinas a figura de um educador em potencial remete ao entendimento de que o alcance da educação em saúde não se restringe somente ao campo de conhecimentos da área da saúde. Tal evidência ganha especial destaque uma vez que se reconheça que as questões envolvidas nestas ações vão além dos determinantes essencialmente biológicos, ou seja, avançam o campo de domínio dos porta-vozes das ciências biomédicas, necessitando, por outro lado, da atuação de múltiplos agentes, conforme o que se expressa nas falas seguintes:

Eu acho que não precisaria o enfermeiro muitas vezes ter que atuar sozinho na educação em saúde, poderia trabalhar mais com o assistente social, com o nutricionista, com o psicólogo, porque a gente precisa de outros profissionais e a interdisciplinaridade é essencial para trabalhar educação em saúde. (Grad.1)

Eu acho que a educação em saúde é uma responsabilidade dos profissionais das diversas áreas, da enfermagem, da fisioterapia, da nutrição, do professor de educação física, então eu acho que essa é uma função interdisciplinar. (Grad.17)

A interdisciplinaridade que se destaca nos depoimentos dos alunos abrange principalmente o envolvimento de agentes pertencentes às áreas da saúde e da educação, o que em princípio pode parecer um entendimento um tanto restrito dado o amplo terreno de áreas capazes de estabelecer uma interlocução com o binômio educação-saúde. Entretanto, tomando como parâmetro a comum compreensão de que os profissionais da saúde estão verdadeira e exclusivamente autorizados a desenvolver ações educativas, percebe-se como um considerável avanço o fato de alguns graduandos entenderem a necessidade de práticas interdisciplinares na educação em saúde. Como afirmam Saupe *et al.* (2005), a interdisciplinaridade contempla a possibilidade de trabalho conjunto, o qual respeita as bases disciplinares específicas e busca soluções compartilhadas, reconhecendo a complexidade crescente do objeto da educação em saúde e a conseqüente exigência de um olhar plural.

Os graduandos também referiram a possibilidade de que membros da comunidade atuem como educadores em saúde. Esta participação daqueles que se deslocam da qualidade de sujeitos para assumir o papel de agentes, implica um significativo progresso no contexto da educação em saúde, uma vez que os agentes até então lembrados pelos alunos deveriam possuir um diploma de graduação ou terem sido preparados por estes graduados, como no caso dos agentes comunitários de saúde. Os depoimentos que seguem traduzem este entendimento por parte dos alunos:

Acho que até quem não fez faculdade pode ser educador em saúde, pois uma pessoa da comunidade tem informações que não deixam de ser educação em saúde. A gente vê que tem pessoas que tem conhecimento, de repente eles não vão saber passar da maneira científica, mas vão saber conversar com os outros. (Grad.11)

Eu acho que todas as pessoas que tem um conhecimento sobre determinada coisa são pessoas capacitadas para atuar na educação em saúde. A pessoa pode não ter curso nenhum e pode orientar sobre questões referentes à saúde para a melhoria da qualidade de vida (Grad.5)

O envolvimento de membros da comunidade como agentes de educação em saúde remete também a uma nova relação entre indivíduos da comunidade e profissionais, onde ambos são protagonistas destas ações: os primeiros atuantes em função da íntima leitura que possuem desta realidade e os últimos, em função deste

estreito conhecimento da comunidade sobre suas prioridades, atuantes no ato de pensar novos caminhos, utilizando a bagagem acumulada em seus processos formativos acadêmicos e de vida. Em consonância com este argumento, Buss (2003) refere que, inicialmente restritas ao campo de ação de profissionais da saúde, as estratégias de educação em saúde necessitam ser também uma responsabilidade da população organizada com interesses em saúde e de atores de outros setores sociais não diretamente envolvidos com a área da saúde.

Neste contexto, destaca-se o importante papel dos educadores em saúde, sejam profissionais ou membros da comunidade, em relação ao compromisso com a produção de saúde e com a produção de sujeitos autônomos, reflexivos e socialmente solidários (CARVALHO, 2004). Na análise dos sujeitos e agentes da educação em saúde, destaca-se que tanto nos processos formativos destes alunos como nas práticas educativas que se desenvolvem na atualidade, conforme já enfatizado no decorrer desta discussão, existe uma coexistência de pressupostos tradicionais e de pressupostos mais modernos de educação em saúde.

Assim, evidencia-se que os cursos experimentam um processo de transição, onde a formação de enfermeiros-educadores sofre a influência desta mescla de concepções, quando na verdade, o foco na formação de um profissional comprometido em transcender a tradicional lógica preventivista e subsidiado essencialmente por este referencial emancipatório-participativo, já deveria ser predominante no interior dos processos formativos. No intuito de dar continuidade ao processo de análise dos dados, a seguir é apresentada a terceira categoria analítica: Elementos do Ensino da Educação em Saúde, bem como suas respectivas subcategorias.

5.3 Elementos do Ensino da Educação em Saúde

Esta categoria de análise inclui os dados que se referem à compreensão dos graduandos sobre quais saberes estiveram envolvidos na sua formação quando o enfoque era a preparação do aluno para ser agente de educação em saúde, bem como as abordagens educativas empregadas e os parâmetros de avaliação utilizados nas ações de educação em saúde por eles vivenciadas.

5.3.1 Saberes envolvidos

A escolha pela denominação saberes, entendida como “conhecimentos, informações, instruções, habilidades” (SABERES, 2002, p.111), justifica-se em função de que este termo pode abranger tanto conteúdos acadêmicos específicos, como, também, posicionamentos e atitudes dos futuros educadores, designando assim, o conjunto dos instrumentos necessários para a atuação dos graduandos na educação em saúde. Por este motivo, esta denominação julgou-se a mais adequada para ilustrar a bagagem de conhecimentos reconhecida nos cursos estudados como necessária para que os futuros enfermeiros adquiram competência para atuarem como educadores em saúde.

Neste sentido, as falas dos graduandos indicaram que o campo de saberes que orienta a formação do educador em saúde na graduação em enfermagem compõe-se, prioritariamente, por conhecimentos específicos das ciências biomédicas, sendo estes considerados como saberes essenciais às ações de educação em saúde:

Sabendo a parte biológica e fisiológica tu poderia tranqüilamente fazer educação em saúde, era sempre assim, tinha que saber as patologias, seus sinais e sintomas.(Grad.16)

Eu acho que para fazer uma boa educação tinha que saber o mínimo das patologias para ti poder orientar causas, conseqüências. Eu acho que o conhecimento científico é muito importante porque tu tem que saber o que tu vai passar, então esse era o conhecimento que era pedido pelos professores. (Grad.2)

A valorização dos saberes biomédicos, tradicional característica da formação de profissionais da saúde, como sendo essencial ao desenvolvimento de ações educativas, indica que os espaços destinados a ensinar os graduandos a fazer educação em saúde foram orientados por uma noção tecnocientífica de saúde. Vista nesta perspectiva, como um objeto subordinado ao conhecimento das ciências da saúde, a saúde fica restrita ao controle e posse dos profissionais da área (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2004). Ao sugerirem que foram ensinados que os saberes biomédicos podem garantir o trabalho competente dos enfermeiros como agentes de

educação em saúde, os graduandos indicaram terem aprendido que é na ciência residem as bases da prática educativa em saúde.

Esta orientação, que tem sido hegemônica no desenvolvimento de processos de formação de educadores em saúde e, por conseqüência, das práticas neste campo, tem sido criticada por supervalorizar conhecimentos produzidos fora do contexto e experiências de vida dos sujeitos destas práticas. Como argumenta Tesser (2006), o caráter extremamente técnico do saber biomédico nas ações educativas em saúde, gera um distanciamento entre os sujeitos e os conhecimentos relacionados a sua saúde. Além disso, este saber que pode ser considerado especializado desligou-se da perspectiva de vida dos sujeitos, sendo ineficiente para abrir possibilidades de responsabilização destes em relação ao próprio cuidado.

Ainda no que se refere ao emprego de saberes oriundos das ciências biomédicas, o conhecimento sobre doenças crônicas, especialmente diabetes e hipertensão, também foi referido pelos graduandos como essencial à atuação do educador em saúde, provavelmente em função da predominância destas doenças como foco das práticas educativas em saúde. Os depoimentos dos graduandos sugeriram que estes saberes foram usados para delinear uma lógica comportamental capaz de produzir um conjunto de regras ou imperativos que devem ser aprendidos e seguidos à risca pelos sujeitos. Tal lógica parece constituir-se a partir de dois campos de saber: um referente a conhecimentos sobre o estilo de vida destes sujeitos e outro, de caráter biomédico, que serve de referência para a avaliação da necessidade de correção da forma como estes vêm orientando suas vidas.

No curso tinha que dominar a teoria para fazer educação em saúde, por exemplo, como sempre tinha que falar sobre hipertensão, então tinha que saber quais são os fatores de risco, sobre alimentação, o que pode comer, o que não pode comer, o controle que deve ser feito, esse tipo de coisas importantes. (Grad.5)

Ah, em educação em saúde sempre tinha alguma pessoa com diabetes, então você tinha que saber quais os exames, os estilos de vida, o que ela faz, o que ela não faz, o que ela come e o que ela não come, os exercícios. (Grad.20)

Nestas falas, a idéia de que conhecer como determinadas doenças se manifestam, porque elas se manifestam em determinados grupos de pessoas em detrimento de outros, e o que fazer para controlá-las foi considerada essencial para

a prática da educação em saúde. Isto pressupõe, em primeiro lugar, que doenças crônicas são causadas por comportamentos individuais inadequados e que ensinar suas características básicas consiste na principal condição para que comportamentos protetores sejam assumidos individualmente e estratégias de autocuidado sejam desenvolvidas pelos sujeitos. A possibilidade de controle dos comportamentos da população, com vistas à saúde pública, apareceu fortemente vinculada à capacidade de autocontrole de cada indivíduo, capacidade esta que, segundo o conteúdo das entrevistas, constituiu-se em um dos saberes mais relevantes na prática da educação em saúde.

Em crítica ao uso excessivo de saberes que tratam de enumerar os comportamentos esperados para os sujeitos acometidos pelas doenças crônicas principalmente, Gazzinelli *et al.* (2005, p. 204) argumentam que os educadores em saúde, munidos de seu poder terapêutico, “tomam sob sua guarda a alimentação, o sono, o trabalho, o lazer, a sexualidade das pessoas”. No entanto, os sujeitos têm como referências suas próprias experiências, nas quais criam os significados tanto de sua saúde, como da atenção relacionada a ela que recebem dos educadores. Dessa forma, as práticas educativas pautadas nesta perspectiva conteudista, normativa e cientificista têm demonstrado que isoladamente de outros saberes, a aquisição de saberes científicos instituídos não resulta, necessariamente, em mudanças nos comportamentos destes sujeitos.

Como comumente ocorre nas ações educativas que focalizam as doenças crônicas, os educadores em saúde fazem uso de conhecimentos caracterizados como prescrições revestidas de um caráter rígido e restritivo: não beba, não fume, não use drogas, durma bem, alimente-se moderadamente, coma mais vegetais, restrinja o açúcar, o sal, a gordura, não se estresse, dentre outras inúmeras proibições (TESSER, 2006). Os saberes envolvidos neste tipo de ação educativa são traduzidos para os sujeitos por meio de mensagens transmitidas de forma imperativa, onde é ensinado que apenas uma única opção é compatível com a saúde e que os indivíduos devem compartilhar esta opção. Como tem sido largamente demonstrado na análise da eficácia das ações de educação em saúde com semelhante enfoque educativo, a aposta na mudança de comportamento individual como resposta direta a intervenções pautadas apenas em saberes científicos não tem tido os resultados esperados (AYRES, 2002; CASTIEL, 2004).

Além da valorização dos saberes científicos que fundamentam ações educativas voltadas às doenças crônicas, os graduandos sinalizaram para a necessidade de dominar tais saberes no sentido de que este conhecimento possa ir além do que os sujeitos sabem. Isto sugere o reconhecimento de que os sujeitos das ações educativas também trouxeram seus saberes para o espaço educativo e que, na comparação entre o que o educador e o educando sabem, o primeiro deve ser aquele que melhor domina os saberes relativos à saúde:

Quando a gente ia falar sobre doenças crônicas, o que a gente tinha era que ter um conhecimento básico sobre hipertensão, diabetes, colesterol, porque muitas vezes um paciente de doença crônica, ele sabe muito mais do que tu, então tu tem que saber como orientar aquele paciente para que tu não fique perdido. (Grad.18)

Como quase sempre era sobre doenças crônicas, então não tinha como a gente fazer uma campanha e distribuir folder se não soubesse falar além do que a pessoa sabe, porque a gente pode ter preparado um discurso, mas na hora as dúvidas são outras. (Grad.4)

Os depoimentos acima sugerem ainda, que apesar do reconhecimento de que a população possui um saber significativo acerca das doenças crônicas, não há interesse em dialogar com estes saberes. A supremacia dos saberes científicos sobre doenças, aprendidos em livros, sobre os saberes produzidos na própria experiência do adoecimento é reveladora de uma noção de saúde já ultrapassada, porque definida a priori e externamente ao contexto da vida dos sujeitos (CASTIEL; GUILAM, 2007). A arrogância da lógica que afirma a sabedoria profissional e a ignorância de pessoas, ditas leigas porque não adquiriram seus saberes em ambientes acadêmicos, parece estar justificando a escolha por métodos educativos impositivos e persuasivos, onde existe pouco espaço para a troca de saberes e alternância de posições entre agentes e sujeitos da educação em saúde.

No que se refere a esta hegemonia dos saberes científicos no cotidiano das ações de educação em saúde, Schwingel e Cavedon (2004) argumentam que a atuação dos educadores estrutura-se de modo a definir os sujeitos como indivíduos passivos, cujo papel consiste em receber as orientações. Além disso, muitas vezes, manifestações e posicionamentos de saber, por parte dos educandos, não são bem recebidos pelos educadores em saúde, os quais parecem esperar que os sujeitos sejam ativos apenas no cumprimento de normas e orientações.

Um dos argumentos que resulta destas reflexões é o de que há uma multiplicidade de saberes implicados na produção de saúde e que esta multiplicidade precisa ser considerada no desenvolvimento das ações educativas em saúde. Neste contexto estão implicados, por exemplo, conhecimentos populares e científicos referentes a problemáticas que extrapolam o campo específico das doenças e se encontram, muito frequentemente, ausentes das ações educativas realizadas por profissionais de saúde, como é o caso da violência, do desemprego, da fome, da miséria e de outros problemas que tem conseqüências diretas na saúde da população.

Assim, ao privilegiar saberes sobre doenças nas práticas de educação em saúde, sem a devida contextualização e interlocução com outros saberes, os cursos de graduação em enfermagem acabam reduzindo as possibilidades de sucesso dos enfermeiros como agentes de prevenção e promoção da saúde através da educação. Como refere Marcondes (2004), na perspectiva da educação em saúde torna-se emergente a necessidade do emprego de outras áreas do conhecimento científico, bem como dos saberes populares para falar de saúde, uma vez que somente com a perspectiva da prevenção e da racionalidade médica, não será possível dar conta da complexidade que a noção de saúde oferece.

Por outro lado, a análise das falas permite ainda considerar que este processo de formação também é permeado por determinados domínios de saber indicados pelos graduandos como necessários à prática da educação em saúde, sendo considerados como saberes complementares na formação do educador. Dessa forma, quando questionados acerca dos saberes que complementariam a atuação dos educadores em saúde, os graduandos referiram a necessidade de dominarem certas habilidades para o desenvolvimento de ações educativas em saúde, como por exemplo, a capacidade de traduzir os saberes acadêmicos, de forma a torná-los inteligíveis aos sujeitos destas ações, conforme apresentado nos seguintes depoimentos:

... a gente precisa tentar transpor as coisas que a gente conhece da academia, a teoria que a gente sabe, tentar passar da linguagem científica para uma forma que as pessoas possam entender e fazer uso dessas informações o mais praticamente possível para elas, no que consideram que elas precisam. (Grad.12)

Na comunidade principalmente, eu acho que o educador precisa ter um linguajar familiar a ela, tem que ser uma linguagem bem chula e de igual para igual para que a pessoa possa decidir o que fazer com aquele saber que passamos. (Grad.8)

Como argumenta Ayres (2001), um dos maiores desafios colocados aos educadores em saúde consiste em superar as barreiras lingüísticas que o vocabulário técnico interpõe a uma autêntica interação entre agentes e sujeitos das ações educativas, uma vez que sem a existência dessas pontes lingüísticas dificilmente poderá haver compartilhamento de horizontes entre os envolvidos neste processo. Para os graduandos acima citados, parece que as ações educativas em saúde foram orientadas no sentido de atender as necessidades percebidas pela população e não aquelas diagnosticadas pelos profissionais da saúde. Isto sugere uma ruptura importante na tendência, verificada nas entrevistas, em se reconhecer como conteúdo legítimo da educação em saúde apenas o que a ciência biomédica define como prioridade. Neste sentido, as falas acima sugeriram também, que pelo menos para alguns graduandos existe a possibilidade da prática educativa em saúde orientada por saberes que permitem transcender o horizonte normativo que comumente subsidia estas práticas.

Ainda, considera-se que as falas anteriormente apresentadas sinalizaram para a busca de alternativas no campo da educação em saúde pautadas no empenho em compartilhar e submeter à legitimação social os conhecimentos construídos no setor saúde e informados pela ciência (MEYER *et al.*, 2006). Ainda nesta perspectiva, os graduandos sugeriram que, nos cursos de graduação em enfermagem estudados, existe uma preocupação de que o saber estruturado no meio acadêmico seja traduzido à população de modo a ser utilizado de acordo com as suas próprias prioridades, embora a análise de outras falas apresentadas anteriormente indique que isto não é uma unanimidade entre os participantes da pesquisa.

Um outro saber complementar lembrado pelos graduandos como importante para as práticas dos educadores em saúde foi a capacidade da compreensão do comportamento dos sujeitos, evitando julgamentos e atitudes de repreensão. Este posicionamento dos alunos remete, conforme destaca Paul (2005), a um campo de atuação mais abrangente que a imposição de determinados conhecimentos nas ações educativas em saúde, onde os sujeitos possuem espaço para fazer suas

escolhas dentro do respeito e da liberdade, o que supõe o desenvolvimento de métodos mais participativos e compreensivos, além de ações centradas nos sujeitos e em seu grupo social, onde fundamentalmente a ausência de julgamento necessita estar presente:

Eu acho que além do conhecimento científico que a gente adquiriu, que é essencial para nossas ações educativas em saúde, existem também outros valores, como assumir postura de ajuda, de acolhimento, de receptividade, sem julgar as pessoas. (Grad.6)

Eu acho que o educador tem que estar muito aberto e tranqüilo para ouvir tudo o que a pessoa vai dizer e principalmente não condenar ela, não julgar. Tentar compreender o que a pessoa está falando, ser tranqüila, não repreender. (Grad.18)

Outro saber complementar destacado pelos participantes da pesquisa foi a compreensão do contexto social dos sujeitos das ações educativas em saúde. Para os graduandos que fizeram este destaque, tal saber é necessário para que se efetivem ações educativas comprometidas com as necessidades destes sujeitos. O conhecimento da realidade dos sujeitos foi referido como um dos fatores determinantes para que as ações sejam adequadas às possibilidades que os sujeitos dispõem para empregar o que é discutido no âmbito das ações educativas em seu cotidiano. Além disso, os graduandos consideraram que as ações educativas que se desenvolveram de acordo com a realidade dos sujeitos foram àquelas que efetivamente se diferenciam das informações oferecidas pelos meios de comunicação, uma vez que não serão caracterizadas como orientações massivas e, portanto, despersonalizadas, mas, por outro lado, serão adequadas às inúmeras, porém específicas situações que se apresentam na área educativa em saúde:

É necessário conhecer a realidade social, econômica e cultural na educação em saúde para promover uma comunicação mais efetiva, estabelecer vínculo, acolhimento, coisas desse tipo que podem fazer com que ele melhore seus hábitos, não como um ato que vai punir o que ele vem fazendo, mas que vai tentar reorientar para um melhor caminho. (Grad.7)

... eu aprendi que é super importante conhecer o contexto das pessoas, no sentido de ver o que elas precisam, quais são as suas necessidades. Na educação em saúde tem que necessariamente haver uma troca com a pessoa, porque este vai ser um diferencial da informação da TV, do livro, da internet, então tu tem que usar das tuas habilidades pessoais para a educação em saúde. (Grad.16)

Neste sentido, Valla e Stotz (1997) reforçam estes argumentos dos alunos ao considerarem que, para que as ações educativas possam alcançar o que os sujeitos realmente precisam, os educadores necessitam conhecer a realidade destes, bem como o que pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam. Para tanto, os educadores necessitam considerar não somente a história que se inicia no contato entre agentes e sujeitos das ações educativas, mas ainda, resgatar a história pregressa das experiências acumuladas, as quais se caracterizam como fatores que essencialmente influenciam as escolhas de vida dos sujeitos.

Os dados analisados neste tópico reforçam a análise desenvolvida anteriormente, a qual indica que ainda existe uma valorização muito forte da racionalidade científica no contexto das ações educativas em saúde e que isto relega a segundo plano as temáticas intimamente relacionadas às condições estruturais de vida dos sujeitos, tão influentes na produção de saúde e de não saúde. Entretanto, a análise dos depoimentos de alguns graduandos evidencia que, na formação dos enfermeiros, existem saberes que contradizem a lógica de que a saúde é uma temática de domínio exclusivo da ciência e dos profissionais da saúde.

Conforme já destacado nesta análise, os dados permitem vislumbrar uma possível ruptura da hegemonia dos saberes biomédicos no campo da educação em saúde, o que remete também a uma mudança de paradigma na formação em enfermagem e em particular na formação de enfermeiros para atuarem como educadores em saúde. Na análise que segue, são discutidas as abordagens de ensino que utilizaram estes saberes aqui analisados, as quais são representadas pelas estratégias e pelas experiências educativas em saúde.

5.3.2 Abordagens educativas

As abordagens educativas referem-se às estratégias metodológicas e às experiências educativas em saúde vivenciadas pelos graduandos em seu processo de formação. No que se refere especificamente às principais estratégias metodológicas empregadas nas ações educativas em saúde, a análise dos dados sugere que estas foram, predominantemente, a realização de palestras, a

distribuição de materiais didático-informativos e a realização de dinâmicas grupais em oficinas educativas.

A utilização de palestras para a realização de atividades educativas tem sido bastante comum no contexto da saúde. Como referido na literatura, em geral, as palestras constituem-se em propostas educativas onde praticamente inexistem espaços para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas por aqueles que as realizam (CHIESA, VERÍSSIMO, 2001), conforme expresso nas falas a seguir:

A gente sempre fazia uma palestra, levava imagens e depois abria para as perguntas, e como as perguntas vinham em papezinhos, então vinham aos montes, a gente ficava uma manhã inteira respondendo as perguntas. (Grad.13)

Quando a gente fez atividades educativas a gente se prendia mais às palestras. Antes que a gente fosse sair falando tinha que dizer que depois eles teriam espaço para perguntar, porque daí a gente fazia com que eles se interessassem mais. (Grad.20)

Assim, pode-se inferir que as experiências de educação em saúde vivenciadas pelos alunos dos cursos de graduação em enfermagem estudados, foram delineadas num enfoque marcado pelo distanciamento entre os agentes que realizaram a palestra, e os seus ouvintes, aqueles que necessitaram atentamente receber os ensinamentos de forma passiva, já que lhes cabia apreender tais orientações preferencialmente em silêncio para que a explanação não fosse interrompida, conforme comumente se observa nestas situações.

Uma outra crítica que aparece na literatura com relação às palestras como abordagem educativa no campo da educação em saúde, é a de que, inúmeras vezes, estas privilegiam prescrições que geralmente são enunciadas como regra: não fume, não transe sem camisinha, não abandone o tratamento, coma verduras, pratique exercícios (LEFRÈVE, LEFRÈVE, 2004). Entretanto, uma vez que se torne perceptível a insuficiência destas estratégias, pela não adesão às orientações, o que usualmente se observa é a realização de um maior número de palestras, pois entende-se que quanto mais orientações forem repassadas aos sujeitos, maiores serão as chances de que estas sejam seguidas. Na verdade, este entendimento pode ser considerado equivocado, já que a adoção de determinados comportamentos, considerados saudáveis desde o ponto de vista das ciências

biomédicas, acontece em um processo que inclui fatores sociais, culturais, econômicos, bem como motivações individuais.

Ainda ao considerar a estrutura que formata as palestras, evidencia-se que na formação do enfermeiro-educador, muitas vezes, são empregadas estratégias educativas nas quais a relação entre agentes e sujeitos é intermediada por questionamentos escritos em tarjas de papel, configurando assim a inexistência da possibilidade do diálogo. Esta estrutura privilegia primeiramente àqueles munidos do saber, os quais expõem seus conhecimentos aos demais. Após a palestra realizada, os ouvintes são estimulados a encaminhar suas dúvidas para que sejam elucidadas pelos agentes educativos, que têm a responsabilidade de 'sanar' as dúvidas que anonimamente chegam até eles. Conforme argumenta Vasconcelos (2004), esta forma de trabalho educativo boicota a possibilidade de participação, pois faz calar os sujeitos afastando-os do processo de transformação social que se efetiva por meio do diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e de saúde.

O emprego de estratégias educativas deste gênero na formação dos enfermeiros-educadores, embora possibilite a aquisição e o exercício de algumas habilidades por parte dos alunos, como a oratória, restringe outras inúmeras possibilidades. Dentre estas, destaca-se a possibilidade de que os graduandos utilizem em seus processos formativos, estratégias que proporcionem o compartilhamento de saberes, possibilitando o estabelecimento de vínculos entre agentes e sujeitos da educação em saúde. Isto se evidencia devido ao fato de existir uma tendência de que os graduandos reproduzam os recursos que usualmente foram empregados nas práticas curriculares, sendo, portanto, bastante provável que as palestras continuem sendo amplamente utilizadas no cotidiano de sua atuação profissional.

A distribuição de materiais didático-informativos também emergiu das falas enquanto estratégia utilizada pelos graduandos para o desenvolvimento de ações educativas. Tradicionalmente estes materiais educativos consistem em cartilhas, pôlderes, panfletos e manuais que objetivam promover o esclarecimento dos sujeitos acerca de determinado tema, o que geralmente se traduz em orientações sobre uma patologia ou um período específico da vida, como a gestação, o climatério, a adolescência ou a senilidade, dentre outros exemplos, como ilustram os depoimentos que seguem:

Nas atividades de educação em saúde a gente fazia uso de pôsteres, tudo que fosse de material didático, que fosse bem explicativo. Então não era somente a conversa, mas também o que a gente pudesse disponibilizar de material estava incluído. (Grad.3)

A gente usava bastante material informativo que a gente construía, usava um álbum seriado onde tinha desenhos sobre as DST, levamos também manuais sobre os diferentes tipos de preservativos, tentamos usar bastante a ilustração e a teoria, assim bem expositivo. (Grad.4)

Como referem Moreira, Nóbrega e Silva (2003), materiais informativos são muito utilizados em ações educativas em saúde, embora esta utilização seja problemática em alguns aspectos. Para os autores os problemas incluem, por exemplo, sua característica enquanto método educativo impessoal, não possuindo o mesmo valor da comunicação interpessoal que se estabelece nos processos grupais. Além disso, o emprego destes materiais apresenta dificuldades na avaliação de seu impacto em decorrência da distribuição massiva e de algumas limitações como a possível inadequação destes em função da diversidade de sujeitos a quem se destinam tais mensagens.

Embora se entenda que os materiais educativos possam, em algum grau, auxiliar no desenvolvimento das ações de educação em saúde, destaca-se que no processo de formação dos graduandos, estes materiais geralmente se configuram como produto de trabalhos realizados em sala de aula para que sejam efetivados na prática educativa. Assim, na maioria das vezes, estes materiais são produzidos pelos alunos ou por profissionais da área da saúde, tendo como base a literatura relacionada com o tema em foco, chegando 'prontos' para serem utilizados nas atividades de educação em saúde. Desse modo, considera-se que esta estratégia educativa, inúmeras vezes, estrutura-se de forma desarticulada aos interesses e ao entendimento dos sujeitos, quando provavelmente acarretaria melhores resultados caso fosse construída coletivamente com os sujeitos das ações educativas e no interior e desenvolvimento destas.

Por outro lado, embora não de forma predominante, também emergiram nas falas dos graduandos depoimentos sobre experiências subsidiadas por enfoques mais participativos, ou seja, que previam o envolvimento ativo de sujeitos e de agentes educativos. Estas estratégias foram referidas pelos graduandos como dinâmicas grupais, onde se destacaram, principalmente, as oficinas educativas. Conforme salienta Pedrosa (2001), o emprego de estratégias participativas para a

realização de educação em saúde acaba caracterizando as ações educativas como elementos desencadeantes da ação participativa de cada sujeito em determinado cenário. Tais ações são traduzidas em estratégias que objetivam a introjeção da vontade de mudar, produzindo novos sentidos para as experiências vividas.

Em um grupo que a gente fez na comunidade nós utilizamos oficinas, procuramos conhecer a comunidade, ver o que as pessoas necessitavam. Além disso, tinha outras dinâmicas de grupo que a gente fazia sempre buscando que não fosse somente a gente transmitir, mas tentando estimular para que elas também participassem. (Grad.15)

... então a gente sempre buscou fazer dinâmicas, técnicas de grupo para ficar mais atrativo e usamos também as oficinas, que é um método em que todos criam juntos. (Grad.7)

Nesta direção, considerando que as questões que envolvem a educação em saúde possuem componentes amplos e inter-relacionados e que, portanto, não deveriam ser abordados por meio de estratégias individualizantes, destaca-se a necessidade de que os cursos busquem efetivamente investir nestas formas mais participativas de realizar as intervenções educativas no âmbito da formação de seus alunos. Entretanto, adotar as oficinas e demais técnicas grupais como estratégias de educação em saúde não assegura, necessariamente, a participação ativa dos sujeitos das ações educativas, pois estas ações, que a princípio deveriam ser caracterizadas pelo compartilhamento de saberes, muitas vezes, configuram-se como espaços onde alguém munido de um saber especializado vai falar para a população ouvir (SCHWINGEL; CAVEDON, 2004). O interesse em proporcionar aos alunos da enfermagem uma formação para o trabalho educativo em saúde que privilegie o diálogo entre os saberes populares e os acadêmicos, necessita estar pautado no compromisso em empregar estratégias educativas que proporcionem efetivamente a participação dos sujeitos a partir do compartilhamento de saberes que advém de suas vivências.

As estratégias educativas analisadas até este ponto foram referidas pelos alunos nos seus relatos sobre experiências vivenciadas durante os estágios curriculares. Segundo os graduandos, tais experiências ocorreram, na maioria das vezes, no trabalho com grupos específicos, dentre os quais se destacaram grupos com enfoque na saúde da mulher, na saúde de adolescentes e, principalmente, grupos de diabéticos e hipertensos. Estas experiências educativas relatadas nos

grupos considerados prioritários para o trabalho de educação em saúde traduzem a lógica e a estrutura que em geral caracteriza os espaços educativos de formação dos futuros enfermeiros-educadores, ou seja, reforçam a idéia de que tais ações educativas são estruturadas, em sua maioria, conforme já mencionado nesta análise, em função de um período específico da vida ou em função de patologias específicas. Isto remete a uma interpretação de que embora as abordagens grupais sejam fortemente valorizadas na formação destes alunos, estas não asseguram que as ações educativas em saúde sejam subsidiadas por métodos participativos, já que os temas discutidos, geralmente colocam-se na esfera de conhecimentos dos agentes destas ações.

Como a abordagem grupal comumente permeou as experiências educativas dos alunos, foi escolhido um exemplo de cada um destes grupos para ilustrar resumidamente como tais experiências se efetivaram e ainda, apontar algumas possibilidades que poderiam ser contempladas em seu desenvolvimento. Assim, no que se refere às experiências dos alunos com os grupos de saúde da mulher, percebe-se que as temáticas que principalmente estiveram envolvidas nas ações educativas relacionaram-se à gestação, às manifestações do climatério e orientações sobre o uso de anticoncepcionais:

Uma experiência bastante marcante foi no PSF que eu fiz estágio e daí foi num grupo de gestantes. Daí a gente resolveu trabalhar sobre os tipos de parto, a gente trouxe fitas, mostrou cesárea e o parto normal e daí a gente falou das vantagens e desvantagens de cada um. (Grad.8)

O desenvolvimento destas ações educativas com grupos de mulheres geralmente efetivou-se por meio de orientações que objetivaram responder dúvidas comuns às participantes dos grupos. Percebe-se que tais experiências focalizaram essencialmente assuntos ligados aos aspectos fisiológicos da vida destas mulheres, os quais poderiam ser privilegiados caso fossem agregados a temas como a violência doméstica, profissionalização, educação dos filhos, relacionamento interpessoal, dentre outros, os quais emergem enquanto temáticas relacionadas ao cotidiano destas mulheres e que não foram contemplados nas experiências educativas narradas pelos graduandos.

Neste sentido, para Silva *et al.* (2003) o trabalho educativo com grupos de mulheres também necessita ser pensado no sentido de aprofundar discussões

próximas de suas vidas de modo que possam superar suas dificuldades, obtendo maior autonomia e podendo viver mais harmonicamente com a condição de sua realidade. Entretanto, parece haver pouca valorização no interior dos processos de formação de enfermeiros-educadores para que a estrutura das experiências educativas possa abranger discussões que transcendam a lógica cientificista.

Num segundo exemplo, as experiências educativas dos graduandos juntamente com adolescentes priorizaram temas relacionados à sexualidade, com ênfase nos métodos preventivos em decorrência dos casos de gravidez na adolescência e das doenças sexualmente transmissíveis. Segundo os depoimentos dos graduandos, tais experiências educativas foram desenvolvidas, principalmente por meio de palestras em escolas para um grande número de alunos, onde se buscou prioritariamente a conscientização para a importância da prevenção. Gazzinelli *et al.* (2005) salientam que embora exista uma rede de possibilidades a serem exploradas para o desenvolvimento de ações educativas em saúde, estas experiências continuam utilizando abordagens comportamentalistas e fundamentalmente preventivistas, como por exemplo, as ações direcionadas a grupos de adolescentes.

... essa atividade foi desenvolvida no 6º semestre quando a gente foi tirar as dúvidas de um grupo de adolescentes numa escola que estava tendo um alto índice de meninas grávidas. A gente foi dar todo esse esclarecimento da parte da prevenção e das DST. Então foi bem importante porque é uma necessidade deles saber sobre essa parte do sexo, da sexualidade. (Grad.4)

Esta experiência acima apresentada revela que nas abordagens educativas utilizadas pelos graduandos, conforme destaca Oliveira (2001), a adolescência foi definida enquanto problema de saúde, a gravidez como inquestionavelmente indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis entendidas como problemas originados na falta de conhecimento científico sobre métodos contraceptivos. Segundo esta autora, mediante esta visão, estes são problemas que precisam ser enfrentados através de abordagens informativas, ou seja, reduzidas a transmitir saberes biomédicos. Esta simplificação resulta em abordagens descontextualizadas e muitas vezes desprovidas de sentido para os adolescentes porque, muitas vezes, não possuem conexão com a realidade da vida que, em última instância, é onde se origina sua vulnerabilidade à gestação e às doenças.

No processo de formação destes alunos, as orientações acerca destes temas - gravidez, contracepção, DST/AIDS - foram tidas como prioritárias para as ações educativas junto aos adolescentes. Neste sentido, embora se entenda a relevância destes temas, questiona-se a forma como estes foram abordados, uma vez que no contexto deste estudo, não apareceram articulados a outros temas também relacionados à vida dos adolescentes como, por exemplo, o papel do adolescente na sociedade, conflitos familiares, importância do ensino escolar, impacto das drogas, dentre outros que poderiam trazer férteis reflexões ao cenário educativo em saúde.

Ainda, dentre as experiências narradas pelos graduandos, aquelas efetivadas juntamente com grupos de diabéticos e hipertensos configuraram-se enquanto maioria nas experiências educativas em saúde destes alunos. Esta predominância de atividades educativas dirigidas aos grupos de portadores de doenças crônicas sinaliza para a correção de comportamentos que norteia as ações educativas, as quais estão fundamentalmente relacionadas à utopia do conhecimento/controlado das doenças. Nesse sentido, como refere Ayres (2001), obviamente não se deve diminuir a importância do controle das doenças, mas deve ser revista sua exclusividade como critério normativo para as experiências educativas em saúde. Segundo este mesmo autor, as ações de controle no âmbito das práticas educativas em saúde tornam-se posturas limitadas, pois supõem “uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora dos sujeitos-alvo de nossas intervenções” (AYRES, 2001, p.70). O depoimento que segue evidencia uma típica experiência educativa em saúde desenvolvida para grupos de diabéticos e hipertensos:

Teve uma experiência que eu gostei muito que foi num grupo com hipertensos e acabou sendo repetida com diabéticos. Daí nós pesquisamos a parte fisiológica e de prevenção e trouxemos um material, foi um folder para que eles pudessem ler de vez em quando. Porque nem que não tenha extrema necessidade por parte daquelas pessoas, os grupos de diabéticos e hipertensos têm que estar recebendo essa orientação. (Grad.16)

O exemplo escolhido para ilustrar as experiências dos graduandos com grupos de diabéticos e hipertensos esboça com propriedade uma ação educativa em saúde desenvolvida no âmbito da formação destes alunos, a qual, na maioria das vezes, estruturou-se com os seguintes recursos: grupo de educadores, público-alvo pertencente a um grupo específico e temática acerca das doenças crônicas - desenvolvida com base na literatura científica e apresentada por meio de recurso

metodológico impresso. Conforme vem se destacando no decorrer desta análise das experiências educativas dos graduandos, reafirma-se a noção de que as ações educativas seguem uma estrutura restrita que, em sua maioria, deixou de contemplar abordagens educativas mais participativas e emancipatórias, comprometidas com a realidade e os interesses dos sujeitos e que incitassem o envolvimento destes nas problemáticas cotidianas.

Neste sentido, embora a maioria das experiências educativas em saúde dos graduandos siga o formato do exemplo anteriormente apresentado, pelo menos um dos relatos dos alunos indicou uma ação educativa em saúde que mostrou estruturar-se em princípios mais participativos e em função de objetivos ampliados:

Este posto de saúde é um campo de estágio da residência multiprofissional em saúde, então hoje de manhã teve um grupo de caminhada do qual eu faço parte. Esse grupo se reúne todas as quintas-feiras de manhã e a gente sai para fazer uma caminhada com o pessoal numa pracinha, faz uma série de alongamentos indicados pelo pessoal da fisioterapia e depois a gente fala sobre algum tema que o pessoal tenha interesse e já tenha sido sugerido por eles. Hoje a gente caminhou, alongou, fez brincadeiras e depois a gente conversou porque eles sempre têm coisas novas para trazer e a gente também tem a contribuir. (Grad.19)

Esta experiência educativa indica uma ação educativa onde sujeitos e agentes interagiram, compartilharam saberes e onde a presença de diferentes profissionais, mesmo pertencentes somente à área da saúde, parece ter influenciado diretamente a estruturação de uma atividade diferenciada de educação em saúde, que parece traduzir as concepções dos graduandos pautadas nas linhas teóricas da promoção da saúde, as quais foram anteriormente discutidas nesta análise. Ainda, esta experiência educativa demonstra ser possível os cursos de graduação em enfermagem envolverem seus alunos em ações educativas onde interesses mútuos de educadores e sujeitos da educação sejam contemplados mediante um trabalho conjunto dos diversos profissionais envolvidos com o tema saúde. Lefrève e Lefrève (2004) salientam que as ações educativas em saúde necessitam ir além das abordagens que focalizam o conhecimento científico sobre o corpo humano normal e o patológico, pois os sujeitos necessitam do auxílio de agentes que discutam temas próximos ao seu cotidiano para que consigam entender a complexidade envolvida nas questões que a ele se relacionam.

Mediante a análise das abordagens educativas utilizadas pelos graduandos enquanto educadores em saúde, pontua-se que, predominantemente, tanto as estratégias como as experiências educativas em saúde, caracterizaram-se como abordagens que objetivaram conscientizar, instruir ou orientar acerca de determinadas condutas a serem seguidas pelos sujeitos a fim de evitar doenças ou ampliar conhecimentos acerca de períodos específicos de suas vidas.

Este panorama, bem como a escassez de abordagens efetivamente participativas, remete à necessidade de que as abordagens de educação em saúde da graduação em enfermagem, que são os espaços onde o campo conceitual que envolve a educação em saúde realmente se efetiva, sejam estruturadas de acordo com os princípios da educação em saúde radical/promoção da saúde/ educação popular, os quais pouco apareceram nas falas dos graduandos neste tópico de análise. No intuito de proceder à continuidade deste processo de análise, a seguir são discutidos os parâmetros de avaliação das ações educativas em saúde vivenciadas pelos graduandos.

5.3.3 Parâmetros de avaliação

Os parâmetros de avaliação podem ser considerados como elementos que serviram de referência para avaliar o desenvolvimento das ações educativas em saúde. No contexto deste estudo, estes parâmetros foram classificados como objetivos e subjetivos. Desse modo, no que se refere aos parâmetros objetivos de avaliação, a mudança de comportamentos, também referida pelos alunos como a adoção de hábitos mais saudáveis, foi tida como uma referência para que as ações educativas fossem consideradas positivas. Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Schwingel e Cavedon (2004), onde ficou demonstrado que no desenvolvimento das ações educativas em saúde esperam-se atitudes tomadas mediante comportamentos que são prescritos e que devem ser seguidos pelos sujeitos para garantir o êxito da ação educativa. Segundo as autoras do referido estudo, a responsabilidade do êxito recai, portanto, sobre aqueles a quem está direcionada a atividade de educação em saúde, conforme o que foi relatado nas falas seguintes:

... A gente procurava fazer combinações de mudanças de hábitos com as pessoas e depois verificava se aquelas combinações feitas tinham sido realizadas e dessa forma a gente procurava avaliar. (Grad. 7)

Então quanto à avaliação, a gente orientava e os pacientes sempre retornavam a cada dois meses, daí dava para ver se eles estavam aderindo ou não a partir dos resultados dos hábitos, dos exames, do peso. Daí dava para ver se estava tendo resposta, se a tua orientação educativa estava sendo eficaz ou não. (Grad. 13)

Estas falas evidenciam o imperativo de que os sujeitos apresentem mudanças visíveis aos educadores em saúde como parâmetro avaliativo que define o sucesso destas ações. Estas mudanças na conduta dos sujeitos representam atestados de adesão às orientações anteriormente repassadas pelos educadores, já que é com base nestas que se pesa a eficácia das ações educativas. Isto sinaliza para uma forte valorização da adoção das orientações por parte dos sujeitos, como único e exclusivo fim para a prática educativa, o que leva à consideração de que as orientações não seguidas não repercutem positivamente na avaliação da ação educativa em saúde.

Outro parâmetro objetivo de avaliação empregado nas ações de educação em saúde, que segue os moldes do exemplo anterior, pode ser denominado como do tipo 'teste de conhecimentos'. Neste caso, os graduandos avaliaram o sucesso das suas práticas educativas em saúde com base na medida da capacidade dos sujeitos em reproduzir as orientações que foram transmitidas pelos educadores. Tal fato, segundo Paul (2005), permite inferir que tanto nos processos formativos quanto na prática educativa, o olhar dos educadores em saúde, inúmeras vezes, é um construto baseado na fragmentação e nas respostas a curto termo, como se os sujeitos das ações educativas deveriam ser moldados segundo a imagem dos educadores, tornando essas ações da ordem da reprodução, que parecem não possuir outro objetivo educativo senão a repetição de modelos comportamentais considerados pertinentes, conforme manifesto nas seguintes falas:

Quando eu posso acompanhar, quando eu posso ver que ele faz corretamente o que lhe foi explicado, quando ele consegue passar para os outros familiares exatamente como a gente explicou, daí eu posso avaliar, eu avalio, bom valeu à pena meu trabalho, eu consegui fazer, foi positivo. (Grad.2)

Bom, a gente dava aquelas orientações básicas de exercícios, de medicação, de tudo. Num próximo encontro, do jeito que ele expunha para ti tu conseguia ver se tudo que tu orientou ele conseguiu fazer do jeito que tu explicou ou ele não fez, mas se ele sabia mostrar corretamente aquilo que a gente tinha ensinado, aí a avaliação era muito positiva. (Grad.11)

Além da necessidade de que as orientações repassadas aos sujeitos das ações educativas fossem por eles reproduzidas, para que estas ações fossem consideradas bem-sucedidas, os graduandos destacaram ainda, que esta repetição deveria ser feita 'exatamente' como tenha sido transmitida. Diante desta perspectiva, reafirma-se a figura do agente educativo enquanto aquele que preenche lacunas de saber nos sujeitos e perdem-se de vista as possibilidades do diálogo, da troca e da interação, fatores intrinsecamente atrelados aos processos de transformação das práticas educativas, conforme vem se discutindo no decorrer desta análise.

Destaca-se ainda, que os resultados esperados nestas ações de educação em saúde foram definidos pelos educadores, não havendo, muitas vezes, a possibilidade da comunidade construir junto, de participar, de definir prioridades. Ao definir as metas, o que se espera destas e as formas de avaliá-las, os educadores decidem pelos sujeitos quais objetivos eles devem ter para a própria saúde. Dessa forma, a educação em saúde se torna "uma prática que normatiza as atitudes mais corretas, os hábitos mais saudáveis e onde se dá o disciplinamento dos indivíduos" (SCHWINGEL E CAVEDON, 2004, p. 162,).

Por outro lado, foram também utilizados na formação dos graduandos, alguns parâmetros subjetivos de avaliação das ações educativas, sendo que o primeiro destes teve como referência a observação da necessidade dos sujeitos em relação aos conhecimentos dos educadores:

Eu acho que às vezes, eu sinto assim que quando tu vai orientar parece que eles sabem, parece que eles te passam uma impressão de que já sabem, só que tu vai ver e na verdade, eles não sabem nada. Então quando tu percebe que eles precisavam mesmo do teu conhecimento isso é muito válido, a avaliação é muito positiva. (Grad.13)

Eu lembro que nos grupos de amamentação, as pessoas perguntam muito e expõem como fazem, depois a gente expõe da maneira científica o que é certo. Então valeu nossa ação porque eles foram beneficiados com o nosso saber, quando a gente vê que sanou suas dúvidas, aí a gente avaliava como uma ação educativa bastante efetiva. (Grad.20)

Desta maneira, novamente aparece desvinculada a dimensão participativa da educação em saúde, uma vez que se espera a demonstração da compreensão que embasa o entendimento dos sujeitos, para que, em seguida, o educador aplique sua atitude corretiva e controladora, acreditando exercer efetivamente seu papel de agente educativo ao demonstrar o que é 'certo' e 'inquestionável', pois advém da ciência. Para Deslandes (1997), muito mais do que focalizar a ênfase oferecida ao conhecimento do educador, este parâmetro avaliativo não deixa de atribuir certo empobrecimento às práticas de educação em saúde, pois reduz um amplo campo de atuação a uma instância de complementação insuficiente de conhecimentos.

O segundo parâmetro subjetivo de avaliação diz respeito à participação dos sujeitos nas ações educativas em termos de número, envolvimento e interesse. Contudo, embora este parâmetro traga o tema da participação para o campo avaliativo, pode-se inferir que se trata de uma avaliação pautada em termos quantitativos, ou seja, relacionada ao número de participantes, de questionamentos e posicionamentos:

Num primeiro momento para avaliar era ver quantas pessoas tinham, o número de participantes, se as pessoas quando eram solicitadas ou instigadas a falar se elas participavam. (Grad.3)

No início a gente valorizava muito a quantidade, o número de pessoas: ah, teve dez pessoas então foi bom, compareceram bastante, a nossa proposta foi bem atendida. E também a gente avaliava pelo número de questionamentos, pelo interesse que buscavam tirar as dúvidas. (Grad.12)

Ayres (2001), em crítica à valorização dos parâmetros avaliativos que se subsidiam em termos técnicos e operacionais, destaca que existe a necessidade de monitorar além do êxito instrumental, da organização, da aderência e dos arranjos gerenciais das práticas educativas, sendo preciso que a avaliação elucide e favoreça as potencialidades para se gerar processos criativos e solidários de melhoria de vida dos sujeitos, comunidades e populações.

Além dos depoimentos que evidenciaram os parâmetros de avaliação das ações educativas em saúde, outros manifestaram em seus depoimentos a existência de dificuldades ou até mesmo impossibilidades para realizar a avaliação. Isto foi justificado pelos alunos em função do reduzido número de horas dos estágios e da descontinuidade do acompanhamento dos mesmos sujeitos:

Na graduação eu acho difícil nos campos que a gente passa conseguir avaliar a efetividade da educação em saúde, porque a gente fica muito pouco tempo em cada campo de estágio, então muitas vezes tu dá uma orientação e não consegue ter um retorno daquela pessoa, se ela realmente fez aquilo. (Grad.14)

Na maioria das vezes a gente não avaliava o andamento dos grupos, terminou, terminou, e como os estágios eram muito curtos a gente fazia um grupo e depois nem retornava a ver as mesmas pessoas, não tinha continuidade para que se pudesse avaliar. (Grad.8)

Estes alunos, bem como os educadores que atuam no cenário educativo, parecem estar filiados a uma cultura imediatista com relação às ações educativas. Contudo, esta visão precisa ser relativizada e atualizada, ou seja, é necessário compreender as particularidades do trabalho educativo e em que tempo se dá seu impacto junto aos sujeitos (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003). Diante do exposto no que se refere aos parâmetros avaliativos das ações de educação em saúde, a análise destes dados sugere que a avaliação ainda se constitui num campo pouco explorado no processo de formação destes alunos, uma vez que a relativa abertura e ampliação dos pressupostos que norteiam as práticas educativas em saúde, conforme se observou nos tópicos anteriores desta análise, não se fizeram presentes no campo da avaliação.

Os parâmetros de avaliação do sucesso das ações educativas em saúde vivenciadas pelos graduandos não focalizaram o alcance das problemáticas sociais, o desenvolvimento de processos educativos atrelados às necessidades e os interesses dos sujeitos, o estabelecimento de espaços interativos de compartilhamento de saberes e experiências capazes de privilegiar e enriquecer os processos educativos. Desta forma, segundo uma perspectiva avaliativa integrada e abrangente que incluía estes fatores antes destacados, os parâmetros trazidos pelos alunos não demonstraram relação com espaços formativos comprometidos em preparar estes alunos para uma atuação na educação em saúde compatível com as transformações que se processam no campo conceitual das práticas educativas em saúde.

5.4 A Formação que Temos e a Formação que Queremos

Nesta última categoria de análise são abordadas as percepções atuais e as perspectivas futuras dos alunos para a formação de enfermeiros-educadores nos cursos de graduação em enfermagem. Esta discussão evidencia primeiramente a análise dos alunos acerca de seu processo formativo para educar em saúde, bem como revela, num segundo momento, o que estes esperam como novos caminhos orientadores para este processo.

5.4.1 Percepções sobre a formação de enfermeiros-educadores

No que se refere especificamente às percepções dos alunos sobre o preparo para ser educador em saúde proporcionado pelos cursos de graduação estudados, observa-se que, de modo geral, os graduandos sinalizaram para um processo formativo que poderia ter proporcionado mais vivências educativas em saúde, que ainda não introduziu efetivamente as reflexões teóricas que permeiam esse campo e que priorizou a instrumentalização técnico-científica de seus alunos.

Assim, dentre estas percepções acerca do preparo que receberam para atuação na educação em saúde, os graduandos consideraram terem sido poucas as experiências educativas práticas para sua formação. Para estes alunos, atuar em um maior número de ações educativas em saúde conduziria a um melhor preparo nesta área, uma vez que o papel de educador em saúde ocupado pelos alunos num maior número de vivências práticas, poderia repercutir em maiores reflexões acerca destas práticas, produzindo assim, uma formação mais qualificada. Dessa forma, para que o ensino de enfermagem consiga incorporar uma sólida formação acadêmica, necessita de práticas de ensino centradas em um expressivo número de vivências pré-profissionais que considerem, especialmente, os sistemas de saúde e as comunidades nas quais os futuros profissionais vão atuar concretamente (MACHADO; CALDAS; BORTONCELLO, 1997). Assim, as falas a seguir selecionadas ilustram este entendimento:

Eu acho que o curso pode preparar mais, fazer o aluno ir mais para a prática, pensar um pouco mais, refletir sobre algumas coisas. Prática eu acho que muito pouco, inclusive durante toda nossa trajetória na graduação foi muito escasso e o aluno tem que atuar para pegar o jeito de educador em saúde. (Grad. 15)

O tempo que a gente tem de prática é muito pouco. Hoje eu não vou dizer que eu saiba muito, mas o pouco sobre como educar em saúde foi devido ter uma bolsa em dois lugares, foi aliado ao estudo, à minha busca, porque nossas experiências educativas em saúde foram poucas, acho que a prática deveria ser maior, nossa carga horária prática deveria ser maior. (Grad. 1)

Os graduandos também referiram que a formação para a educação em saúde que receberam ainda não abriu o espaço necessário para que os referenciais relacionados à educação em saúde pudessem ser discutidos em profundidade no interior deste processo formativo, a fim de despertar posturas críticas relacionadas ao fazer educativo nesta área. Esta percepção dos alunos encontra consonância com os resultados de um estudo realizado por Rosa *et al.* (2006), no qual ficou evidenciado que na graduação em enfermagem os alunos têm pouco contato com a reflexão teórica e com a discussão que há em torno dos modelos de educação em saúde existentes, o que possivelmente dificulta a adoção de referenciais mais modernos e a implementação destes na prática educativa em saúde, conforme destacado nos depoimentos que seguem:

A graduação prepara para ser um enfermeiro generalista, então também precisa saber fazer educação em saúde, necessita do conhecimento, de uma reflexão teórica para fazer educação em saúde. Então acredito o curso nos dá instruções muito básicas, mas nós teríamos que discutir melhor essa temática. (Grad.19)

Eu acho que ele te dá noções bem simplórias, mas isso não significa que ele prepare bem, ele incentiva, os professores que eu tive até que incentivaram. Mas o curso te dá noções, coisas mais específicas como preparar um grupo, quais são as discussões em torno da prática educativa, aí eu acho que ele peca, a gente nem vê isso. (Grad.9)

Nesta direção, essa escassez de reflexões teóricas acerca da educação em saúde e, paralelamente, das transformações que atravessam este campo, contribui para que este processo de formação continue sendo permeado por atividades educativas pautadas na instrumentalização técnico-científica de seus alunos. Conforme destacam Ceccim e Feuerwerker (2004), o modelo hegemônico do ensino

em saúde ainda é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica e planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes, o que acaba perpetuando modelos tradicionais do ensino em saúde. Ainda, segundo estes autores, esta perspectiva tradicional que ainda prevalece na formação da área da saúde, parece não empregar estratégias problematizadoras, construtivistas e com protagonismo ativo dos alunos.

Nesta perspectiva, outros autores (BARROS, 2005; SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006) também compartilham este argumento acima apresentado ao referirem que o ensino das profissões de saúde tem se fundamentado, habitualmente, na presunção de que o domínio e transmissão de conhecimentos e habilidades, lastreadas nos últimos avanços técnico-científicos, conduzem a uma prática profissional qualificada. Além disso, o debate sobre formação, em muitas ocasiões, encontra-se atrelado à transmissão de conteúdos, marcados pela excessiva racionalização, conscientização e tecnicismo. Assim, nos processos formativos de profissionais da saúde, freqüentemente, se oculta o caráter político-social para que se privilegie uma ideologia cientificista, onde não se procura analisar as matrizes sociais/políticas que deveriam orientar as práticas de formação na atualidade. Tais percepções apresentaram-se nas seguintes falas:

Eu acho que o curso ainda não prepara adequadamente para a educação em saúde, porque eu ainda vejo a nossa graduação muito voltada para a área assistencialista prática, o enfermeiro tem que saber fazer uma punção, uma sondagem, a medicação. Mas não prepara para a educação em saúde, para discutir saúde com as pessoas, teria que haver uma mudança radical nisso. (Grad. 12)

... muitas vezes na nossa graduação os professores querem que a gente vá lá e faça a prática, não querem aquela coisa de tu orientar, tu sentar, não querem fazer um enfermeiro que primeiro pense, o enfermeiro tem que agir, tem que ir lá e fazer sondagem, fazer punção, dominar a técnica. Ao mesmo tempo em que a gente quer uma transformação nas práticas de educação em saúde, a gente não consegue ver isso dentro da graduação. (Grad. 7)

Os depoimentos destes graduandos apontam para a necessidade de profundas mudanças no ensino de enfermagem, especialmente no ensino relacionado à educação em saúde, que parece não possuir a mesma valorização da instrumentalização técnica proporcionada aos alunos. Além disso, os próprios

graduandos referiram o desejo de uma transformação neste preparo para que sejam privilegiados os espaços educativos em saúde junto aos sujeitos. Para Machado, Caldas e Bortoncello (1997), o ensino das profissões de saúde como um todo, deverá passar por transformações nas próximas décadas, pois o modelo biomédico, até então vital ao desenvolvimento do ensino da área da saúde, mostra sinais de esgotamento, exigindo a construção de novos modelos para a formação de recursos humanos em saúde.

De acordo com as percepções dos graduandos sobre a formação de enfermeiros-educadores em saúde, existe a necessidade de que os cursos de enfermagem possam rever seus processos formativos no sentido de oportunizar vivências práticas alicerçadas sobre referenciais crítico-reflexivos acerca da dimensão educativa na atuação dos enfermeiros. Para tal, novos caminhos precisam ser delineados para que as mudanças desejadas pelos graduandos efetivem-se concretamente. Neste sentido, estes caminhos para uma transformação deste processo formativo foram sugeridos pelos graduandos e discutidos no texto desenvolvido a seguir.

5.4.2 Perspectivas para a formação de enfermeiros-educadores

As perspectivas para a formação de enfermeiros-educadores em saúde trazidas pelos graduandos sinalizaram quais aspectos deste processo formativo necessitam de mudanças, ou seja, dizem respeito ao que eles esperam que seja redirecionado no que tange ao preparo do enfermeiro para ser educador em saúde. Tais perspectivas assumem especial importância, uma vez que são decorrentes da compreensão dos atores que foram os sujeitos deste processo de formação, e que, portanto, são capazes de focalizar os aspectos a serem revistos e, ainda, as lacunas que podem ser preenchidas a fim de qualificar este preparo.

Neste sentido, conforme explicitado no capítulo referente aos Caminhos Metodológicos deste estudo (página 39), devido ao fato de que as concepções evidenciadas pelos alunos dos cursos estudados foram bastante semelhantes, optou-se por serem analisadas conjuntamente. Entretanto, somente no que se refere a uma das perspectivas para a formação de enfermeiros-educadores que emergiram

no estudo, os depoimentos dos alunos dos diferentes cursos necessitaram de uma análise em separado.

Dessa forma, os graduandos do Curso de Enfermagem da UFSM apontaram a necessidade da introdução, na grade curricular do curso, de uma disciplina específica¹ nos semestres iniciais para abordar a temática da educação em saúde, a fim de assegurar um estudo mais aprofundado das questões que envolvem a referida temática e, conseqüentemente, proporcionar um melhor preparo destes alunos para atuação na área educativa em saúde, conforme apontaram os seguintes depoimentos:

... eu acho que deveria ter uma disciplina específica de educação em saúde porque muitas vezes essa temática fica pulverizada em várias disciplinas e não tem o devido destaque. Eu acredito que quem sabe adotar uma metodologia de trabalho que trate especificamente de discussões sobre educação em saúde poderia fortalecer bastante nossa formação. (Grad.10)

Eu acho que está faltando uma preocupação maior na graduação desde o início do curso, com uma disciplina de educação em saúde. Eu acho então que faltou esse trabalho gradual e bem determinado desde o início do curso, falta essa cadeira para que a graduação prepare melhor para atuar na prática de educação em saúde. (Grad.7)

Por outro lado, os alunos do Curso de Enfermagem da UFRGS, que possuem uma disciplina específica em sua grade curricular intitulada 'Educação e Saúde' (Anexo B), a qual é oferecida no segundo semestre do curso, referiram a necessidade de que a educação em saúde seja mais valorizada e enfatizada no curso como um todo, no sentido de estimular o aluno para a atuação nesta área a partir do reconhecimento da importância das ações de educação em saúde no cotidiano dos serviços de saúde, como destacaram as falas que seguem:

Bom, no nosso currículo nós temos uma disciplina de educação em saúde que é lá no início do curso. Mas teria que focar mais a educação em saúde durante a faculdade, acho que a questão é focar em todas as disciplinas, puxar mais o aluno para isso que não é tão priorizado. (Grad.13)

¹ Esta disciplina específica - Educação e Saúde - foi inserida na grade curricular do Curso de Enfermagem da UFSM em virtude da adaptação curricular de 2005, a qual não atingiu os alunos participantes deste estudo, que ingressaram no ano de 2002, quando o currículo antigo - versão 1996 - era vigente no curso.

Eu acho que falta ênfase mesmo em conscientizar os alunos de que é importante estar fazendo educação em saúde. A graduação como um todo podia bater mais nessa tecla, falar mais da importância, porque quando a pessoa passa a entender aquilo como realmente importante e fundamental ela começa a atuar mais, agir mais naquilo que acredita, pois se o próprio curso não acreditar fica difícil. (Grad.19)

Diante deste impasse, constata-se que possuir uma disciplina específica de educação em saúde na grade curricular formal dos cursos de enfermagem, não necessariamente assegura que esta temática seja abordada de forma a proporcionar um preparo qualificado para a formação de enfermeiros-educadores, segundo a visão dos alunos. Conforme referem Scherer, Scherer e Carvalho (2006), a ênfase à área educativa em saúde, assegurada ou não por uma disciplina específica, deve estar presente no fazer dos docentes e nas várias disciplinas que compõem o currículo, a fim de que se evidencie a importância das ações educativas junto à população, de que sejam estimuladas posturas comprometidas com esta atuação e de que a prática educativa em saúde seja vista com um terreno fértil para o desenvolvimento de processos educativos grupais de fomento às propostas da promoção da saúde.

Além desta questão acima discutida, outras perspectivas para a formação de enfermeiros-educadores foram enfatizadas pelos alunos de ambos os cursos, como por exemplo, a necessidade de um corpo docente comprometido com a temática da educação em saúde, a valorização do compromisso social do enfermeiro e uma maior interação dos processos de formação com a rede básica de saúde. Entretanto, uma das perspectivas para a formação referida pelos graduandos mostrou-se direta ou indiretamente relacionada a todas as demais perspectivas referidas anteriormente e, por este motivo, foi escolhida para receber uma maior atenção analítica.

Esta perspectiva dos graduandos para a formação de enfermeiros-educadores, selecionada para concluir este processo de análise e que traduz as demais perspectivas, diz respeito à necessidade evidenciada pelos alunos de que seus processos formativos sejam contextualizados aos aspectos sociais, culturais e estruturais da vida dos sujeitos das ações educativas, no sentido da valorização de seus saberes, do comprometimento com seus interesses e necessidades e do estímulo a posturas participativas nas problemáticas que os envolvem, conforme destacado pelos graduandos nas falas seguintes:

Na graduação a gente teria que ter uma formação que ajudasse a entender mais as questões culturais, do contexto social de cada pessoa. Eu acho que o que deveria mudar no currículo seria ter mais link com as necessidades das pessoas, com o incentivo de sua participação na saúde, pois agora que eu estou me formando que eu estou pensando nisso. (Grad.3)

Eu acho que um dos grandes problemas nossos é a pouca valorização da identidade social da nossa profissão. Então nossa formação precisaria focalizar mais isso, o enfermeiro tem este comprometimento social, e a partir do momento que você reconhece este comprometimento social, você vai entender a importância da educação em saúde e vai qualificar a tua atuação nessa área. (Grad.11)

Nesta direção, a educação em saúde enquanto produto desta formação almejada pelos alunos, poderia figurar como dispositivo político capaz de interrogar saberes e poderes instituídos, construindo práticas cotidianas nos espaços públicos em que “os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde, pautados num dialogismo que demanda o embate de múltiplas vozes, constituindo efeitos de polifonia quando estas vozes se deixam escutar” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p.21).

Diante do que esperam os alunos para seus processos de formação para a educação em saúde, evidencia-se que reconhecer a necessidade da transformação, trilhar novos caminhos conceituais e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, porém insuficientes para superar conceitos e práticas hegemônicas, solidamente instalados nas instituições formadoras. Assim, políticas claras do SUS devem indicar ações orientadas para a mudança na formação de profissionais da saúde capazes de convocar o pensamento crítico e o compromisso de todos os atores deste processo (FEUERWERKER, 2002, CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dessa forma, para que a formação de educadores em saúde possa contemplar esta necessidade de transformação evidenciada pelos graduandos, deve essencialmente estar atrelada ao desenvolvimento de experiências educativas onde os sujeitos sejam vistos em seu contexto histórico e social, intrinsecamente ligados a um contexto familiar, ao ambiente e à sociedade. Neste contexto, as ações de educação em saúde precisam ser pensadas enquanto elementos potencializadores de um saber coletivo de estímulo à autonomia e à emancipação de todos os envolvidos.

Com base nestas reflexões teóricas e nos argumentos dos alunos, destaca-se que para que esta perspectiva para a formação trazida pelos alunos possa efetivamente produzir mudanças nos processos formativos, torna-se fundamental, ainda, que alunos, docentes e profissionais atuantes na área educativa em saúde sejam capazes de discutir as práticas de educação em saúde vigentes a fim de aproximá-las dos princípios de atenção integral, humanizada e de qualidade, e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, ao propor uma análise da formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem, revelou que este processo, apesar das mudanças paradigmáticas que atravessam o campo da educação em saúde, ainda encontra-se fortemente subsidiado por pressupostos biomédicos, traduzidos em ações educativas em saúde pautadas em práticas de orientação com finalidades preventivistas e embasadas em premissas individualistas. Nos depoimentos dos alunos, ficou clara a ênfase da formação para o trabalho educativo em saúde nos conhecimentos científicos sobre doenças, prevenção e intervenções terapêuticas, em detrimento de conhecimentos igualmente relevantes.

O entendimento de saúde e de não-saúde como resultantes de comportamentos individuais equivocados originados, principalmente, de falhas de conhecimento dos sujeitos, parece justificar o investimento da formação de enfermeiros-educadores para a transmissão pura e simples de informações sobre saúde, concebidas desde um ponto de vista biomédico. Neste contexto, destaca-se a abordagem das doenças crônicas e das respectivas ações de autocuidado, temáticas reconhecidas pelos graduandos como elementos legítimos do arcabouço de saberes que constituem a educação em saúde como um conteúdo a ser ensinado.

Por outro lado, ainda que, com menos freqüência, alguns depoimentos trouxeram elementos de uma noção ampliada de educação em saúde, a qual transcende a atividade centrada na doença e busca enfatizar os múltiplos determinantes da saúde. Na análise destes depoimentos foi possível identificar alguns dos pressupostos da promoção da saúde, o que sugere uma tendência de superação da lógica preventivista, de transcendência do objetivo da mudança de comportamento individual e de investimento em transformações que alcancem o campo das condições estruturais de vida.

Assim, pode-se considerar que no processo formativo em estudo, foram proporcionadas aos alunos algumas experiências curriculares nas quais a educação em saúde foi vista como estratégia para a promoção da saúde, com potencial para renovar e transformar as práticas educativas existentes. Nestas experiências, as estratégias educativas não foram estruturadas somente em função de saberes

científicos, mas em decorrência da necessidade de promover ações participativas, emancipatórias, com investimento na construção compartilhada de saberes e em reflexões críticas que objetivaram o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

Dessa forma, em síntese, destaca-se neste estudo que o preparo do aluno de graduação em enfermagem para o trabalho educativo em saúde é permeado por concepções que mesclam pressupostos tradicionais e pressupostos mais modernos de educação em saúde, sendo que estes últimos permanecem, em sua maioria, somente no campo da retórica. A dificuldade de uma implementação prática destes referenciais ampliados, como o da promoção da saúde, é justificada pelo forte predomínio do saber biomédico neste processo formativo, que se traduz principalmente em experiências curriculares que objetivam instrumentalizar os alunos para ações educativas em saúde preventivistas, com ênfase em mudanças individuais de comportamento e pautadas em saberes técnico-científicos.

Destaca-se neste contexto, a responsabilidade das universidades e dos centros formadores com a preparação de profissionais da saúde comprometidos com as necessidades sociais, com o fortalecimento do SUS e com projetos educativos que extrapolem a educação para o domínio de saberes técnico-científicos. Para que os processos de formação consigam preparar profissionais inseridos nesta transição de paradigmas, necessitam investir em ações educativas que proporcionem espaço para o desenvolvimento de profissionais críticos, questionadores, capazes de refletir sobre sua realidade social, política, cultural e, portanto, instrumentalizados para viabilizar rupturas em práticas instituídas.

Para que tais reflexões possam promover reestruturações efetivas no interior dos processos formativos dos cursos de graduação em enfermagem, torna-se imprescindível a participação conjunta dos alunos, docentes e profissionais atuantes no cenário educativo em saúde. Estes atores devem assumir a responsabilidade de discutir novos caminhos para que a educação em saúde ganhe efetividade na promoção da saúde de indivíduos e grupos, sendo fundamental a mudança dos processos de formação de profissionais da saúde no sentido da ampliação dos saberes e experiências curriculares na orientação de práticas que possam promover a participação dos sujeitos na definição dos modos possíveis de encaminhar a vida e que valorizem, no cotidiano do fazer em saúde, o encontro entre profissionais e usuários na luta pela garantia dos direitos da cidadania.

Os resultados deste estudo, bem como minhas recentes experiências enquanto aluna de graduação e de um curso de mestrado em enfermagem, fortaleceram minhas percepções iniciais acerca da formação de educadores em saúde, as quais evidenciavam a necessidade de uma transição da concepção hegemônica tradicional - biologicista, mecanicista, centrada em conhecimentos científicos - para uma concepção construtivista, interacionista e problematizadora. Neste sentido, destaca-se o potencial das pesquisas em enfermagem, bem como a necessidade de novos estudos que dêem visibilidade a questionamentos passíveis de serem fortalecidos por diversas vozes, e assim, evidenciem novas formas de preparo de enfermeiros para atuar em saúde, como no caso do contexto deste estudo.

Considera-se que esta pesquisa traz importantes subsídios para a reflexão sobre a formação de enfermeiros-educadores e evidencia a possibilidade de transformação das práticas destes enfermeiros no contexto da educação em saúde. Esta transformação deve ser orientada no sentido de propor ações educativas em saúde que transcendam o campo da prevenção de doenças e se configurem como estratégias de apoio a indivíduos e grupos para o desenvolvimento de uma postura crítica e propositiva na busca por melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.6, n.11, p. 11 -24, ago. 2002.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

_____. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-139.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. *In:* PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B;

MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005. p. 131-150.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, DF, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf-tratados.html>. Acesso em: 12/10/2005.

_____. **Decreto nº 4.726**, de 09 de junho de 2003. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF, 09 jun. 2003. Disponível em: < www.portal.saude.gov.br/portal/sgtes. Acesso em: 09/02/2006.

_____. **Resolução nº 03**, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Conselho Nacional de Educação. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 07 nov. 2001.

_____. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 10 out. 1996.

_____. VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Anais. Brasília, DF, 1986.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.57, n.2, p.165-169, mar./abr. 2004.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.14-24, mai./ago. 2004.

CAMPOS, G. W. O. Os cursos continuam formando profissionais como se fossem trabalhar nos EUA (Entrevista). **Rede de Escolas Técnicas do Sus - RET-SUS.**, v.2, n.11, p.2-3, set. 2005.

_____. BARROS, R.B; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.754-749, 2004.

CARDOSO, C. P.; COCCO, M. I. M. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, p.778-785, nov./dez. 2003.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1088-1095, jul./ago. 2004.

CASTIEL, L. D. Qual é o alcance do conceito “estilo de vida” em Promoção de Saúde e Prevenção do Câncer? **Rev. Bras. de Cancerologia**, v.50, n.2, p.142-145, 2004.

_____. GUILAM, M. C. R A saúde persecutória: à espera dos riscômetros portáteis. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.11, n.21, p.145-163, jan./abr. 2007.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores

públicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.373-383, abr./jun. 2002.

_____. CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005. p.69-92.

_____. FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, set./out. 2004.

CEZAR VAZ, M. R. *et al.* Educação e produção de saúde: um estudo da enfermagem de saúde coletiva no extremo sul do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v.12, n.1, p.59-67, jan./mar. 2003.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de Enfermagem**. Brasília (DF): Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 2001. Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem. Acesso em: 10 dez. 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença ente prevenção e promoção. *In:* CZERESNIA, D. O. ; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.103-107, jan./mar. 1997.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.754-757, set./out. 2005.

FERNANDES, H.; HORTA, A. L. M. Percepções de alunas de graduação em enfermagem sobre parcerias sorodiscordantes para o HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.522-529, jul./ago. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

FIGUEIREDO, R. M. *et al.* Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, p.50-55, jul./ago. 2001.

FERRAZ, C.A.; NAKAO, J. R. S.; MISHIMA, S. M. Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil – 1995 a 2003. Enfermagem. In: **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 19ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** 36ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GASTALDO, D. É a Educação em saúde saudável? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Rev. Educação e Realidade**, v.22, n.1, p.147-168, jan./jun. 1997.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.200-206, jan./fev. 2005.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n.4, p.365-368, jul./ago. 2003.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática.** 3. ed. Portugal: Celta Editora, 1997.

GRACIOTO, A. *et al.* Grupo de orientação de cuidados aos familiares de pacientes dependentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.59, n.1, p. 105-108, jan./fev. 2006.

GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.57, n.6, p.662-665, nov./dez. 2004.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, 2004. p.21-36.

GUTIERREZ, M. L. et al. La promoción di salud. In: ARROYO, H.V; CERQUEIRA, M. T. (Orgs.) **La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina**. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Promoción de la Salud: una antología**. Washington: OPAS, 1996.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.32-38, mai./ago. 2004.

LUPTON, D. **Risk**. Nova York: Routlege, 1999.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1996.

MACHADO, J. L. M.; CALDAS, A. L.; BORTONCELLO, N. M. F. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais da saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.1, n.1, p. 147 -156, 1997.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.5-13, mai./ago. 2004.

MEYER, D. E. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-1342, jun. 2006.

_____. KRUSE, M. H. L. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n.4, p.335-339, jul./ago. 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

_____. (Org.) **Pesquisa social**. teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n.2, p. 184-188, mar/abr. 2003.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar e reforma, reformar o pensamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

OLIVEIRA, D. L. L. C. de. **Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky sex - What implications for health promotion?** 2001. 237 f. PhD thesis - Institute of Education, University of London, London, 2001.

_____. D. L. L. C. de. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.423-431, mai./jun. 2005.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.57, n.6, p.761-763, nov./dez. 2004.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316, ago. 1998.

PAUL, P. A dimensão ética na educação para a saúde. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.1, p.30-40, jan./abr. 2005.

PEDRO, E. N. R. **Vivências e convivências de crianças portadoras de HIV/AIDS e seus familiares**: implicações educacionais. 2000. 250 f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

PEDROSA, J. I. dos S. Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.1, n.2, p.155-165, mai./ago. 2001.

PENNA, C. M. M.; PINHO, L. M. O. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 1, p. 7-12, jan/fev. 2002.

PIRES, P. V. **De Pasteur à Lalonde: os caminhos da educação em saúde no Brasil.** 2005. 31f. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RAVELLI, A. P. X.; MOTTA, M. G. C. Dinâmica musical: nova proposta metodológica no trabalho com gestantes em pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.25, n.3, p.367-376, dez. 2004.

ROSA, R. B. *et al.* A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.27, n.2, p.185-192, jun. 2006.

SABERES. In: **Dicionário Oxford Escolar.** São Paulo: Oxford University Press, 2002.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n. 35, jan./abr. 1999.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.9, n.18, p. 521 -536, set/dez 2005.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; CARVALHO, A. M. P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.285-291, 2006.

SCHWINGEL, B.; CAVEDON, N. R. As representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Orgs.). **Gestão Local em Saúde: práticas e reflexões.** Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 147-167.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.7, n.12, p. 101-122, fev. 2003.

SILVA, D.G.V. *et al.* Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.12, n.1, p.97-103, jan./mar. 2003.

SILVÉRIO, M. R.; PATRÍCIO, Z. M. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.239-246, 2007

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação e saúde e concepções de sujeito. *In*: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.115-136.

SOUZA, A. C. *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.26, n.2, p.147-153, ago. 2005.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. *In*: VALLA, V.V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. p.15-26.

TESSER, C. D. Medicalização Social: limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.10, n.20, p. 347-362, jul/dez. 2006.

TIMOTEO, R. P. S.; LIBERALINO, F. N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n.4, p.358-360, jul./ago. 2003.

THOMÉ, E. G. R.; LEAL, M. I. A percepção dos alunos sobre a educação para saúde nas práticas hospitalares. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.23, n.1, p.19-29, jan. 2002.

TORRES, G. V.; ENDERS, B. C. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p.71-77, abril, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

VALLA, V. V. Participação popular e saúde: A questão da capacitação técnica no Brasil. *In*: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *In*: **Participação Popular, Educação e Saúde**. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. p. 55-86.

_____. STOTZ, E. N. Apresentação. In: **Participação Popular, Educação e Saúde**. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Redefinido as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-19.

_____. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.67-83, 2004.

WENDHAUSEN, À.; SAUPE, R. Concepções de Educação em Saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v.12, n.1, p.17-25, jan./mar. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Título da Pesquisa: A formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem: concepções dos graduandos

Aluna - Pesquisadora: Juliana Silveira Colomé

Orientadora: Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada

1. Na sua opinião, qual o significado do termo “educação em saúde”?
2. Para você, quem são as pessoas que estão preparadas para realizar ações educativas em saúde? Por quê?
3. Na sua avaliação, como tem sido a atuação dos enfermeiros no papel de educadores em saúde?
4. Após ter vivenciado atividades de educação em saúde no curso de graduação em enfermagem, o que você considera que a enfermagem objetiva com estas ações? Que outros objetivos poderiam também ser propostos para estas ações de educação em saúde?
5. Durante o curso, quem foram os principais sujeitos das ações educativas em saúde realizadas pelos alunos? Em que locais e/ou circunstâncias estas ações aconteceram? Que estratégias foram utilizadas para a realização destas ações?
6. Nas atividades educativas em saúde realizadas durante a graduação, quais foram os conhecimentos considerados indispensáveis para o desenvolvimento deste tipo de trabalho? Além destes conhecimentos, o que você considera que um educador em saúde precisa saber?
7. Nestas oportunidades, de que forma as atividades desenvolvidas no âmbito da educação em saúde foram avaliadas?
8. Você poderia relatar uma experiência educativa em saúde vivenciada durante o curso? Como foi sua participação nesta atividade?
9. Você considera que o curso de graduação em enfermagem prepara o futuro enfermeiro para atuar como educador em saúde? Por quê? Se não prepara de forma satisfatória, o que você poderia sugerir para melhorar esta preparação?
10. No seu caso específico, você acredita estar apto a atuar de forma qualificada no campo da educação em saúde, considerando o preparo proporcionado pela graduação em enfermagem? Por quê?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Título da Pesquisa: A formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem: concepções dos graduandos

Aluna-Pesquisadora: Juliana Silveira Colomé

Orientadora/ Pesquisadora Responsável: Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Eu....., livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, informo que aceito participar da pesquisa: **A formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem: concepções dos graduandos**, que tem como objetivos: analisar a formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem segundo as concepções dos graduandos; identificar e problematizar a concepção de educação em saúde destes e conhecer o entendimento dos graduandos acerca dos agentes envolvidos no ensino da educação em saúde, as abordagens de ensino utilizadas e os conhecimentos que têm subsidiado este processo de formação. A justificativa para a realização desta pesquisa é centrada na necessidade do estudo sobre questões relacionadas à formação profissional dos enfermeiros, proporcionando, dessa forma, contribuições para a atuação destes profissionais no campo da educação em saúde.

A técnica para a coleta dos dados será através da entrevista semi-estruturada, que aceitei participar livremente. Além disso, as entrevistas serão gravadas, resguardadas sua confidencialidade, guardadas por cinco anos e após este tempo destruídas. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, serão divulgados e publicados, ficando a pesquisadora comprometida em apresentar o relatório final para os participantes do estudo. Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre os objetivos, a justificativa e os procedimentos do estudo. Estou igualmente ciente que:

- terei a garantia de receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento deste estudo;
- retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- ver cumprido o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos;
- ter assegurado que este estudo não coloca em risco a vida dos seus participantes;
- este termo apresenta-se em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante do estudo.

.....
Assinatura da Aluna-Pesquisadora

Data:

Telefone para contato: (55) 9144 - 2104 (Aluna-Pesquisadora)

(51) 3316 - 5481 (Pesquisadora Responsável)

.....
Assinatura do Participante

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro.ri.pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006579

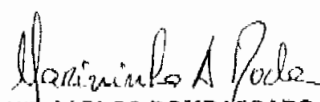
Título : A FORMAÇÃO DE EDUCADORES EM SAÚDE NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: CONCEPÇÕES DOS GRADUANDOS

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
DORA LUCIA LEIDENS CORREA DE OLIVEIRA	PESQ RESPONSÁVEL	00006540@ufrgs.br	33165237
JULIANA SILVEIRA COLOMÉ	PESQUISADOR	jucolome@bol.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 9 , ata nº 75 , de 10/08/2006 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, terça-feira, 15 de agosto de 2006


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO B – Plano de Ensino da Disciplina Educação e Saúde do Curso de Enfermagem da UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 FACULDADE DE EDUCAÇÃO
 DEPARTAMENTO DE ENSINO E CURRÍCULO
 ÁREA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
 DISCIPLINA: EDU02004 – EDUCAÇÃO E SAÚDE –2006
 CURSO: 244 – 01 ENFERMAGEM
 SEMESTRE (etapa no curso): 2º semestre
 HORÁRIO: 2072
 PROFESSORES: MIRIAM ROSA e RICARDO CECCIM

1. SÚMULA:

A disciplina de Educação e Saúde tem como área temática o entrelaçamento das políticas sociais de saúde e educação, historicamente situadas. Sob esta ótica, a disciplina se propõe abordar os principais enfoques do processo saúde-doença, recuperando conceitos que explicitam as práticas adotadas pela educação e pela saúde no que tange o processo educativo em saúde.

2. NÚMERO DE CRÉDITOS: 02 (dois)

3. PRÉ-REQUISITOS: ENF 01001 – Fundamentos do Cuidado Humano I; HUM 04002 – Introdução à Sociologia A e BIO 11418 – Introdução à Ecologia para a Área Biomédica.

4. OBJETIVOS:

- Oportunizar aos alunos o desenvolvimento da reflexão e a compreensão das políticas sociais historicamente utilizadas na educação em saúde.
- Compreender as relações entre as políticas de educação e as políticas de saúde, confrontando conceitos e significados adotados na prática profissional no que tange à educação em saúde.
- Compreender a Educação em Saúde como componente tanto da educação formal como da promoção da saúde exercida nos ambientes da vida social e de prestação de serviços de saúde, independentemente da atenção à saúde que se exerce pelos motivos de adoecimento e outros agravos.
- Relacionar Educação em Saúde e Comunicação em Saúde como formação de opinião e ampliação do conhecimento de direitos sociais e da participação em saúde, confrontando as práticas de imposição de valores e regramento social.
- Refletir sobre as práticas pessoais e profissionais do trabalhador de saúde no tocante a sua implicação como agente de produção da saúde que se deseja ter e ver em construção, nas realidades em que se está inserido.
- Construir um quadro referencial de educação em saúde na perspectiva do aprendizado e do cuidado, com um sentido de afirmação da vida.

5. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Estratégias pedagógicas para a integração de grupos.
- Retrospectiva histórica das políticas de saúde e das práticas utilizadas para a educação da saúde.
- Conceitos e concepções de saúde e doença como reflexão para as práticas de Educação em Saúde.
- Abrangência e limites da Educação em Saúde nos livros didáticos, nas cartilhas educativas e nos veículos de comunicação.
- Práticas fragmentárias e efeitos de disciplinamento corporal e moral pela Educação em Saúde e estratégias de superação na construção de uma prática educativa no setor da saúde que seja afirmativa da criação de vida.
- A Educação Popular e sua contribuição na Educação em Saúde: a religação dos saberes popular e acadêmico.
- Educação em Saúde como um campo temático próprio para a produção intelectual e para a produção de práticas sociais na área da saúde.
- Saber e participação popular: diálogo e aprendizagem da cidadania em saúde.
- Saúde na escola: medicalização da educação e/ou pedagogização da saúde?
- Educação em Saúde e a questão da “comunicação”: compreendendo os efeitos educativos das peças de comunicação de massas ou dirigidas.

6. METODOLOGIA/PROCEDIMENTOS/EXPERIÊNCIAS DE APRENDIZAGEM:

Seminários, debates, aulas expositivo-dialogadas, leitura de textos pertinentes que tratem criticamente os conteúdos e uso de filmes e vídeos que fundamentem as discussões. Um trabalho investigativo de campo comporá parte das experiências de ensino-aprendizagem. A experiência que cada aluno trouxer, fruto de vivências pessoais, leituras ou do trabalho investigativo e/ou reflexivo será reconhecida e absorvida por meio de debates e sistematizações conceituais. Exercícios vivenciais com técnicas educativas em saúde serão utilizados para a reflexão sobre o respeito à diversidade cultural e como apropriação de recursos de comunicação não verbal. A metodologia utilizada se fundamenta na participação, envolvendo professor e alunos no processo de análise crítica e sistematização dos assuntos trabalhados. A metodologia utilizada se fundamenta na participação, envolvendo professor e alunos no processo de análise crítica e sistematização dos assuntos trabalhados.

8. AVALIAÇÃO:

Considerando as características da disciplina, o processo avaliativo se pautará pela frequência definida no RGU, participação e comprometimento na realização das atividades propostas, assim como pela capacidade do aluno para historicizar o

conhecimento e propor soluções às situações-problema refletidas em aula. Serão utilizados como instrumentos de avaliação: auto-avaliação; avaliação cooperativa de grupo; elaboração de memorial e de reflexões diárias sobre a aprendizagem dos temas trabalhados; a realização de uma visita a um cenário onde se realize Educação em Saúde com posterior entrega de um relatório que contemple roteiro previamente estabelecido e uma prova de caráter descritivo, sendo estimulada a demonstração de capacidade para a aplicação dos referenciais da educação em saúde às práticas profissionais. O aluno deverá entregar digitado ao final da 4ª semana de aulas o memorial de educação em saúde.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

ALVES, Rubem Azevedo. Conversas com quem gosta de ensinar. São Paulo: Cortez: Autores associados, 1982.

_____. Estórias de quem gosta de ensinar. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984.

BERTHERAT, Thérèse & BERSTEIN, Carol. O corpo tem suas razões: Antiginástica e consciência de si. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BUARQUE, Cristovam. O que é apartação. São Paulo: Brasiliense, 1993.

CECCIM, Ricardo Burg et al.. Educação e assessoramento em redução de danos – atenção integral à saúde para usuários de drogas e sua rede social. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria S. (Org.). O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no RGS. Porto Alegre: Dacasa-Escola de Saúde Pública/RS, 2002, p. 193-216.

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Paulo R. Antonacci (Orgs.). Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/Ufrgs, 1997, p. 76-84.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima e MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização. Campinas: Cortez, 1996.

DISKIN, Lia & ROIZMAN, Laura Gorresio. Paz, como se faz? Semeando cultura de paz nas escolas. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, UNESCO, Associação Palas Athena, 2002.

FAZENDA, Ivani (Org.) Dicionário em construção: Interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2001.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida & CARVALHO, Vilma de. O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado. Rio de Janeiro: REVINTER, 1999.

FREIRE, Paulo. Como trabalhar com o povo. São Paulo: Assoc. Paulista de Saúde Pública, 1983.

_____. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo & BETTO, Frei. Essa escola chamada vida: depoimento ao repórter Ricardo Kotscho. São Paulo: Ática, 1991.

L'ABBATE, Solange. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (Orgs.). Prática em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 267-292.

MEYER, Dagmar E. Estermann (Org.) Saúde e Sexualidade na Escola. Porto Alegre: Mediação, 1998.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília, DF, UNESCO, 2000.

MERHY, Emerson Elias. Micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In:

MERHY, Emerson Elias. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 41-66. (Saúde em debate, 145)

MOYSÉS, Maria Aparecida. Aprofundando a discussão das relações entre desnutrição, fracasso escolar e merenda. Revista Psicopedagogia. São Paulo, vol. 16 n° 40, jun. 1997.

ROSA, Miriam Suzete O Educação em saúde nos serviços de saúde: falácia, realidade ou utopia? Porto Alegre: UFRGS, 1989. (Dissertação de Mestrado em Educação)

_____. Educação em Saúde: Identidade Reencontrada. São Paulo: PUC-SP, 2003. (Tese Doutorado: Ciências Sociais)

_____. O cuidado ao Cuidador. Brasília: Revista do CONASEMS, Dez/Jan. 2005.

SANTO, Ruy César do Espírito. Pedagogia da transgressão: um caminho para o autoconhecimento. Campinas: Papirus, 1996.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

VALLA, Victor V. & STOTZ, Eduardo N. Participação popular e saúde. Coleção Saúde & Educação. Petrópolis: Serrana, 1989.

PEREGRINO, Mônica. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. In: VALLA, Victor Vincent (Org.) Saúde e Educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 61-85. (Coleção O Sentido da Escola).

SILVA, Jacqueline Oliveira. (org.) Saúde na mídia. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p.63-88.

VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro (org.). Educação, saúde e cidadania. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

WERNER, Jairo. Saúde e educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno. Rio de Janeiro: Gryphus, 2000. (Educação em diálogo, 5

REVISTAS CEBES (4, 15, e o artigo de Neila Guimarães Alves da revista 18).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

ANDREWS, Susan. Stress a seu favor: como gerenciar sua vida em tempos de crise. Porongaba, SP: Instituto Visão Futuro, 2001.

BOFF, Leonardo. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues, ALLESSANDRINI, Cristina Dias & LIMA, Edvaldo Pereira. Criatividade e novas metodologias. São Paulo: Peirópolis, 1998.

BUSETTI, Gemma Rocco et al. Saúde e qualidade de vida. Peirópolis: Fundação Peirópolis, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.

COSTA, Nilson R. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

CREMA, Roberto. Introdução à visão holística. São Paulo: Summus, 1989.

_____. Saúde e plenitude: um caminho para o ser. São Paulo: Summus, 1995.

FERGUSON, Marilyn. A conspiração Aquariana. Rio de Janeiro: Record, 1984.

INOUE, Ana Amélia et al. Temas transversais e educação em valores humanos. Peirópolis: Fundação Peirópolis, 1999.

DISKIN, Lia. Ética, Valores humanos e transformação. São Paulo: Peirópolis, 1998.

LIMA, Gerson Zanette. Saúde Escolar e Educação. São Paulo: Cortez, 1985.

MERHY, Emerson Elias et al.. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MIGLIORI, Regina de Fátima. Ética, valores humanos e transformação. Peirópolis: Fundação Peirópolis, 1998.

NOLETO, Marlova J. Abrindo espaços: educação e cultura para paz. Brasília: UNESCO, 2003.

PUEBLA, Eugénia. Educar com o coração: uma educação que desenvolve a intuição. São Paulo: Peirópolis, 1997.

SILVA, Carlos dos Santos; ROCHA, Carlos Alberto e SOARES, Marcelo Costa. “Nessa Escola eu fico: uma experiência de promoção de saúde”. Promoção da Saúde, vol. 1, n° 2. Experiências Saudáveis, p.41-43, nov./dez., 1999.

TRAESEL, Claudia Adriani et. al.. Educação em saúde: fortalecendo a autonomia do usuário. In: FRANCO, Túlio Batista et. al. (Orgs). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 111-142. (Saúde em debate, 157)