

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL JATAÍ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

JACQUELINE RODRIGUES DO CARMO CAVALCANTE

**TRABALHO EDUCATIVO EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)**

Jataí- GO
2019

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ Dissertação ☐ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante

Título do trabalho:

Trabalho educativo em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

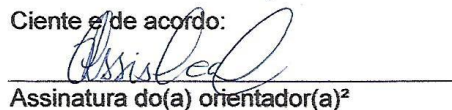
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 05 / 09 / 19

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL JATAÍ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

JACQUELINE RODRIGUES DO CARMO CAVALCANTE

**TRABALHO EDUCATIVO EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Fundamentos da Educação e Formação Humana.

Orientadora: Professora Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal.

Jataí- GO

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Cavalcante , Jacqueline Rodrigues do Carmo
Trabalho educativo em saúde no âmbito do Sistema Único de
Saúde (SUS). [manuscrito] / Jacqueline Rodrigues do Carmo
Cavalcante . - 2019.
138 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Unidade
Acadêmica Especial de Ciências Humanas e Letras, Jataí, Programa
de Pós-Graduação em Educação, Jataí, 2019.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de
figuras, lista de tabelas.

1. Trabalho. 2. Saúde. 3. Sistema Único de Saúde . I. Leal , Cátia
Regina Assis Almeida , orient. II. Título.



Universidade Federal de Goiás
Regional Jataí
Programa de Pós-Graduação em Educação

Ata de Defesa Pública de Dissertação de Mestrado

Área de Concentração: Educação

Linha de Pesquisa: Cultura e Processos de Ensino e Aprendizagem

Ano de Ingresso: 2017

Ao décimo segundo dia do mês de agosto de 2019, às 17h, no prédio da Pós-graduação da Regional Jataí da Universidade Federal de Goiás, iniciaram-se os trabalhos referentes à Defesa Pública de Dissertação de Mestrado da candidata **Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante** com o trabalho intitulado “**Trabalho educativo em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**”. A Banca Examinadora, constituída pelos (as) membros: Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal (Presidente/Orientadora), Dra. Cristiane José Borges (Membro Interno) e Dra. Maria Goretti Queiroz (Membro Externo), considerou a candidata, Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante: **APROVADA (x) REPROVADA ()**.

Foi concedido um prazo de 30 dias, para a candidata efetuar as correções sugeridas pela Banca Examinadora e entregar o trabalho em sua redação definitiva. E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca.

Prof. Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal

Presidente/Orientadora

UFG/REJ

Prof. Dra. Cristiane José Borges

Membro Interno

UFG/REJ

Prof. Dra. Maria Goretti Queiroz

Membro Externo

UFG/Goiânia

Agradecimentos

A concretização deste trabalho se resume expressamente em uma única palavra GRATIDÃO.

Sou grata a Deus, pelo fôlego de vida e coragem a cada manhã para enfrentar os obstáculos da vida!

Sou grata à minha família, em especial ao meu esposo Maurício, pelo companheirismo de sempre. Ao meu filho Pedro, por compreender as minhas ausências (apesar de sua tenra idade), que todo este trabalho lhe sirva de inspiração pela busca do “ser mais”. Aos meus pais, que diante de tantas adversidades, mesmo que inconscientemente, acreditaram na possibilidade de transformação mediado pela educação. Ao meu irmão Lucas, pelas palavras de ânimo e pelo exemplo de coragem, disposição e resiliência no enfrentamento das adversidades cotidianas. Que Deus os proteja sempre!

Sou grata a minha orientadora Profa. Dra. Cátia, pelo acolhimento, compreensão e pela aprendizagem proporcionada no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFG/Regional Jataí.

Sou grata a banca examinadora, à Profa. Dra. Maria Goretti, que amorosamente me acolheu desde minhas andarilhagens na disciplina de Educação Popular em Saúde. Grata também às Profas. Dra. Cristiane José e Dra. Ludmila Grego, e ao Prof. Dr. Luiz Almeida, pelas contribuições no debate sobre as minhas inquietações, desde a graduação em Enfermagem.

Sou grata, à turma de 2017, do Programa de Pós-Graduação em Educação UFG/Regional Jataí, em especial a pessoa da Ludmila, pela força e incentivo em momentos de dúvidas e incertezas.

Sou grata aos meus colegas de trabalho, Jéssica e Danilo, a parceria de vocês proporcionou a conclusão deste trabalho.

Sou grata, às minhas amigas Ezilaine e Francislaine, por estarem sempre na torcida pela concretização de mais este trabalho, que por vezes, parecia inatingível.

Gratidão!

Resumo

O trabalho de investigação está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí, tendo como objeto de estudo, o trabalho educativo no âmbito do Sistema Único de Saúde. No geral, objetivou-se identificar o trabalho educativo em saúde realizado no município de Jataí-GO analisando seu alinhamento com o que tem preconizado o Sistema Único de Saúde. A pesquisa é de cunho documental fundamentada no método epistemológico do Materialismo Histórico Dialético. Foram analisados documentos do Ministério da Saúde e arquivos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí-GO. Os resultados da pesquisa revelaram que o trabalho educativo em saúde no município em estudo, acontece de forma alinhada com o que tem preconizado o SUS no quesito de se trabalhar ações de educação em saúde, educação permanente e educação continuada. No entanto, se distanciando das recomendações do sistema, os dados demonstraram que as estratégias educativas propostas durante essas ações permaneceram vinculadas à concepção tradicional de educação, com enfoque em palestras e na prevenção de doenças, vinculado ao paradigma biomédico de ciência. Assim, foram reveladas estratégias educativas anti-dialógicas, assistemáticas, descontínuas e fragmentadas, que somado à incipiência dos registros encontrados, refletiram a (des)atenção com o trabalho educativo em saúde local, e a perpetuação do trabalho educativo em saúde alienado na sociedade capitalista.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde. Sistema Único de Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos conceitos de educação trabalhados no SUS	56
Quadro 2 – Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí-GO, 2018	76
Quadro 3 – Ações, programas e projetos da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí-GO, 2018	78
Quadro 4 – Projetos em fase de implantação na Secretaria Municipal de Saúde de Jataí-GO, 2018	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Regional de Saúde Sudoeste II – 201471

Figura 2 – Mapa da disposição de alguns dos estabelecimentos de saúde (público e privado) no município de Jataí-GO.....74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos de estabelecimentos de saúde no município de Jataí-GO, 2018	71
Tabela 2 – Panorama dos estabelecimentos de saúde referente a prestação de serviços para o SUS no município de Jataí-GO, 2018	72
Tabela 3 – Classificação do trabalho educativo no município de Jataí-GO, 2011 a 2017	80
Tabela 4 – Agrupamento do trabalho educativo em saúde do município de Jataí-GO, 2011-2017.....	81
Tabela 5 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme estratégias de ensino no município de Jataí-GO, 2011-2017.....	90
Tabela 6 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme estratégia de ensino em ações de educação em saúde no município de Jataí-GO, 2011-2017.....	91
Tabela 7 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme local, município de Jataí-GO, 2011-2017.....	95
Tabela 8 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme categoria profissional (educadores) no município de Jataí-GO, 2011-2017.....	100
Tabela 9 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme público-alvo no município de Jataí-GO, 2011-2017.....	103
Tabela 10 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme temas para a saúde no município de Jataí-GO, 2011-2017.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Saúde Coletiva

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIES – Comissões Permanentes de Integração-Ensino-Serviço

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMSSC – Centro Municipal de Saúde Serafim de Carvalho

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde

COSEMS – Conselho Estadual de Secretários da Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

DAB – Departamento da Atenção Básica

DEGERTS – Departamento de Gestão e da regulação do Trabalho em Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da educação na Saúde

DEPREPS – Departamento de Planejamento e Regulação da provisão de Profissionais da Saúde

EC – Emenda Constitucional

EP – Educação Popular

EPS – Educação Permanente em Saúde

HCSC – Hospital das Clínicas Serafim de Carvalho

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEVEAS – Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde
NOAS – Normas Operacionais Básicas
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso Fixo da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAREPS – Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PEEPS – Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEPS – Polos de Educação Permanente em Saúde
PNAB – Política Nacional da atenção Básica
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNEPS-SUS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SBPC – Sociedade Brasileira de Estudos de Saúde
SES/GO – Secretaria Estadual de Saúde de Goiás
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

Introdução	12
 1 Trabalho, educação e saúde e a materialização do SUS	
1.1 Concepções de homem, trabalho e educação	20
1.2 Concepções de saúde e educação	24
1.3 Da proposição à materialização: SUS que temos hoje, uma herança histórica ..	31
1.3.1 Afinal, como se organizou o SUS	38
1.3.2 A operacionalização do SUS	43
1.3.3 SUS: o que temos hoje.....	47
 2 Trabalho educativo em saúde: reflexões e práticas	53
2.1 Trabalho educativo em saúde: concepções e contradições	54
2.2 A educação popular e o trabalho educativo no SUS	59
2.3 A educação permanente e o trabalho educativo no SUS	63
 3 Trabalho Educativo em Saúde no município de Jataí-GO	68
3.1 Caracterização do município de Jataí-GO.....	69
3.1.1 Caracterização da atenção em saúde no município de Jataí-GO	70
3.1.2 A Secretaria Municipal de Saúde	75
3.2 Trabalho educativo em saúde de Jataí-GO: concepções, projetos e práticas	77
3.2.1 Caracterização do trabalho educativo em saúde no município de Jataí-GO ..	80
3.3 Trabalho educativo em saúde: novos olhares, algumas considerações	111
 Considerações Finais.....	117
 Referências	122

1 Introdução

O tema educação me interessou a partir de vivências profissionais que de certa forma motivaram e contribuíram para o desenvolvimento do trabalho educativo em saúde, trabalho esse realizado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Somaram as experiências como Agente Comunitário de Saúde (ACS), a graduação no curso de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí e a participação em Projetos de Pesquisa e Extensão. Todos, igualmente, contribuíram para um contato permanente com a temática, o que possibilitou o envolvimento no planejamento de ações educativas, a serem desenvolvidas no município de Jataí-GO.

No entanto, diante dessas vivências, ficaram algumas lacunas e os seguintes questionamentos originados a partir do trabalho educativo realizado: As ações educativas em saúde, dadas como estratégicas, atendem as necessidades da população? Seria uma forma de dominação e/ou imposição de modelos de saúde considerados saudáveis? Quais caminhos percorrer na busca pela efetividade das ações de educação em saúde?

Nesse contexto, adveio a necessidade e inquietude em se compreender o trabalho educativo no Sistema Único de Saúde (SUS); conhecer os pensamentos educacionais que norteiam esse trabalho educativo em saúde e evidenciar a relevância, contribuições, possibilidades e, contradições no que se refere ao trabalho educativo em saúde.

Para fins da pesquisa, o trabalho educativo é compreendido como “ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” (SAVIANI, 2015, p. 287), o trabalho ontológico em ato. Ou seja, o trabalho educativo ontológico é estabelecido por meio das relações sociais, uma prática estritamente humana, que vem sendo produzido e constituído historicamente pela ação humana, que a favor do bem coletivo em sua dimensão ampla, potencializa o homem como um ser social e coletivo; no entanto, antagônico à sua gênese, surge o trabalho educativo alienado, que serve apenas ao individualismo e egoísmo humano amplamente difundido na sociedade capitalista, por não valorizar a historicidade, os modos de agir e conduzir a vida em coletividade em benefício de todos. A partir de então o trabalho educativo se desdobra em duas vertentes. A primeira e defendida na presente pesquisa, chamado de trabalho educativo ontológico. A segunda, chamada de trabalho educativo

alienado.

De acordo com Ramos (2008, p.115) “o trabalho é princípio educativo no sentido ontológico, pelo qual ele é compreendido como práxis humana e a forma pela qual o homem produz a sua própria existência na relação com a natureza e com outros homens”. Ou seja, o homem, pelo seu trabalho se constitui homem, e por meio da reflexão-ação sobre a sua realidade, busca meios de suprir suas necessidades, em conjunto com outros homens. O “seu campo específico de discussão teórica é o materialismo histórico em que se parte do trabalho como produtor dos meios de vida, tanto nos aspectos materiais como culturais” (CIAVATTA, 2008, p. 408).

Já o trabalho alienado, é tratado por Marx (2004), como trabalho, no qual, o homem, não se sente sujeito de sua própria história constituída coletivamente. O trabalho passa a ser estranho, exterior ao homem, um meio apenas de suprir as necessidades de existência física. Pensando na objetivação do trabalho em mercadoria, no trabalho alienado “o trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadorias cria. Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens” (MARX, 2004, p. 80). Partindo desses apontamentos, as relações sociais estabelecidas historicamente, determinam as ações humanas. Assim, na sociedade contemporânea capitalista, o trabalho educativo se apresenta a serviço da propagação desse sistema de produção, perpetuando o individualismo, a negação do homem, do trabalho e da vida em coletividade.

Como forma a se opor a qualquer forma e modelo de dominação impostos em nosso tempo histórico, é defendido na presente pesquisa, o princípio ontológico do trabalho educativo, objetivador da formação humana e da vida em sociedade.

No caso do trabalho como princípio educativo, a afirmação se remete à relação entre o trabalho e a educação, na qual se afirma o caráter formativo do trabalho e da educação como ação humanizadora por meio do desenvolvimento de todas as potencialidades do ser humano (CIAVATTA, 2008, p. 408).

Igualmente, a educação em seu sentido amplo “inclui de forma proeminente todos os momentos de nossa vida ativa” (MÉSZÁROS, 2008, p. 48), ou seja, a todo momento, por meio do trabalho, praticamos e consumimos a educação. Nessa perspectiva, Brandão (2002, p. 26), escreve: “Educar é criar cenários, cenas e situações em que, entre elas e eles, pessoas, comunidades aprendentes de pessoas,

símbolos sociais e significativos da vida e do destino possam ser criados, recriados, negociados e transformados”. A partir da definição de Brandão, o trabalho educativo, pode ser compreendido como uma prática social ligada ao processo de formação humana, que permite a construção de alternativas concretas, como forma de resistência e empoderamento, frente às diversas estruturas de dominação social. Assim, o papel do educador, no desenvolvimento do trabalho educativo, deve ser capaz de agir sobre a realidade e transformá-la a favor da coletividade.

Partindo desses apontamentos, torna evidente a importância do trabalho educativo ontológico, no campo da saúde. Já que ninguém escapa da educação, como afirma Brandão (2013), logo, tornamos coparticipantes do trabalho educativo e como acontece em todos os espaços, a educação, pode ser utilizada para o bem coletivo, ou não, a depender dos interesses de quem a desenvolve. Corroborando com Brandão, Vasconcelos (2011, p. 30) acrescenta que “todas as pessoas, pelo que fazem ou deixam de fazer, interferem no sentir/pensar/agir de outros. Por isso, todas são educadoras”. Assim, a todo momento nos serviços de saúde, cada profissional e usuário do sistema, mesmo que inconscientemente, articulam o trabalho educativo na saúde em diferentes espaços, produzindo meios de suprir suas próprias necessidades e/ou as de outrem, a depender da perspectiva e finalidade de cada prática.

A partir da realidade do nosso próprio tempo histórico, contemporâneo, no qual se intenciona um “desmonte” do sistema público de saúde, muitos são os desafios ao se tratar o trabalho educativo no SUS. Um dos caminhos sinaliza o trabalho educativo como fortalecedor do SUS. Ontologicamente, por favorecer a formação do indivíduo capaz de atuar em termos resistência, de luta por cidadania e por transformações nas relações sociais de trabalho, o trabalho educativo ontológico, pode produzir meios e formas de resistências à qualquer retrocesso e processo de alienação.

Apesar de esforços e iniciativas, o trabalho educativo no SUS, se sustenta em modelos tradicionais de educação, que em direção oposta aos princípios e diretrizes do sistema, reproduzem o individualismo e a fragmentação das ações nos serviços de saúde, resultantes da alienação do trabalho. Importante ressaltar que, nesta pesquisa, entende-se que as práticas educativas em saúde, resultantes das relações sociais, determinam o trabalho educativo em saúde, que ao final de seu produto, se materializa em duas vertentes. A primeira, chamada por Vasconcelos (2011), de prática da Educação Popular que “busca trabalhar, pedagogicamente, o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, para fomentar formas coletivas de

aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica” (VASCONCELOS, 2011, p. 29). Assim, o trabalho educativo na perspectiva da Educação Popular, é o que mais se aproxima do caráter ontológico do trabalho educativo, constituindo uma reflexão-prática, de enfrentamento e resistência, sobre a realidade que é imposta, de forma a redirecionar a vida em sociedade, a favor da coletividade.

Em oposição, a prática educativa, tratada pelo mesmo autor, de tradicional, revela o trabalho educativo alienado, por manter a exploração dos trabalhadores a serviço do sistema capitalista de produção, assim, o homem se estranha do seu próprio trabalho, de si e dos outros homens, pois “prepara pessoas para explorar e dominar outras pessoas e a natureza em geral. É a prática educativa que ajuda os atuais detentores do poder político, econômico e cultural a serem mais espertos e sabidos nas suas relações de exploração e de dominação”, que até mesmo, inconscientemente, objetiva “a formação de pessoas e trabalhadores submissos, dilacerados, com baixa autoestima, sem altivez, inseguros e sem esperança (VASCONCELOS, 2011, p. 32).

Posto isso e, considerando a partir de então, a relevância social do trabalho educativo em saúde, temos como objeto de estudo o trabalho educativo no âmbito do SUS. De modo geral e introdutório, para a compreensão e conhecimento do que tem sido produzido cientificamente a respeito do objeto proposto, foi realizada uma busca bibliográfica por trabalhos científicos em periódicos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online Brasil (SCIELO Brasil), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e em anais da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED) - Grupo de Trabalho (GT-06). A partir das leituras, foi verificado, que a inquietude e a busca pela temática, advém também de estudiosos que debatendo a questão, apontam lacunas e retrocessos, bem como, possibilidades e perspectivas relacionadas ao fortalecimento do sistema público de saúde por meio do trabalho educativo.

Na fase inicial da investigação utilizou-se de uma busca bibliográfica para aprofundar e apreender os nexos constitutivos do objeto em estudo na produção do conhecimento na área da educação e da saúde. Surgiu nesse momento, a necessidade de buscar nos clássicos um conceito amplo e elaborado sobre a educação e concomitantemente, sobre a saúde. No exercício de aproximar a educação com o campo saúde, vários autores, por meio de seus aportes teóricos,

contribuíram, dentre eles: Carlos Brandão; Demerval Saviani; Gaudêncio Frigotto; Karl Marx; Osmar Fávero; Paulo Freire; Eymard Vasconcelos; Victor Valla; István Mészáros; dentre outros. A partir de todo arcabouço teórico encontrado surge então a seguinte questão: Como as relações sociais estabelecidas historicamente e durante o trabalho em saúde e/ou práticas educativas em saúde tem determinado o trabalho educativo no SUS em um município do Sudoeste de Goiás?

Diante do problema levantado neste estudo, buscou-se o entendimento do trabalho educativo no SUS, das políticas públicas de saúde que o sustenta e sua materialização nos serviços de saúde. Espera-se que o trabalho educativo em saúde esteja (re)orientando as relações sociais em saúde estabelecidas historicamente e que em coletividade, favoreçam o fortalecimento do SUS. Embora tenha-se essa hipótese de estudo, há que se comprovar, o que também justifica a pesquisa.

Dessa forma, a pesquisa aborda o trabalho educativo em saúde realizado no município de Jataí, localizado na região sudoeste do Estado de Goiás. No geral, objetivou-se identificar o trabalho educativo em saúde realizado no município de Jataí-GO analisando seu alinhamento com o que tem preconizado o Sistema Único de Saúde. Como objetivos específicos: compreender as relações históricas entre trabalho, educação e saúde no contexto do Sistema Único de Saúde; descrever o trabalho educativo realizado no Sistema Único de Saúde; identificar o trabalho educativo no serviço público de saúde do município de Jataí-GO verificando se está de acordo com o que preconiza o SUS.

Trata-se de uma pesquisa documental realizada em documentos do Ministério da Saúde e em arquivos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jataí-GO. Para Silva-Sá, Almeida e Guindani (2009) o uso de documentos na pesquisa é fundamental para ampliar o entendimento sobre o objeto de estudo em seu aspecto histórico e sociocultural.

A pesquisa foi realizada em dois momentos. Primeiro, foi realizado um levantamento de dados sobre a temática em documentos de domínio público (leis, resoluções, decretos, políticas de saúde, relatórios e manuais) nas plataformas do Ministério da Saúde. O segundo, aconteceu na SMS, por meio da busca por documentos em arquivos institucionais. A pesquisa foi iniciada somente após anuência do gestor da SMS (ANEXO 1) e a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás com o parecer de nº 2.697.747 (ANEXO 2).

A busca por documentos, aconteceu primeiramente, no departamento da Atenção Básica (AB) e no de Educação Permanente em Saúde. Posteriormente, o departamento da AB, indicou coleta de mais dados de pesquisa a Vigilância Epidemiológica em Saúde, ao Conselho Municipal de Saúde e ao Setor de Integração Ensino-Serviço, bem como, em um depósito, em que estavam vários documentos dispostos aleatoriamente.

A coleta dos dados na secretaria de saúde ocorreu no período de julho a setembro do ano de 2018. Importante destacar que no ano da busca pelos dados da pesquisa (2018), uma nova conjuntura política assumiu a administração pública municipal, o que gerou dificuldades na localização de documentos, caracterizado por mudanças do corpo técnico na nova administração.

No geral, foram encontrados documentos impressos, como planos de educação em saúde dos anos de 2017 e 2018 no setor de Vigilância Epidemiológica. Plano de educação permanente em saúde, formulários, fichas de atividades coletivas produzidos no ano de 2017, designados para o registro e direcionamento do trabalho educativo em saúde, pelo Departamento de Educação Permanente em Saúde. Foram encontrados ainda, planilhas digitais referentes ao trabalho educativo nos anos de 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, que posteriormente foram disponibilizadas por e-mail. Os campos a serem registrados nessas planilhas digitais, envolveram questões sobre os eventos educativos. A primeira coluna, designada para o registro dos temas dos eventos educativos realizados, seguidos de colunas, referente a data, ano, local de execução, instrutores, público-alvo, número de participantes, conteúdo programático, custos, avaliação e observações.

Para a sistematização dos dados, realizou-se a leitura dos documentos e a consolidação dos registros numa planilha criada no *Microsoft Excel*. Retirou-se desses documentos informações relacionadas a: atividades de educação em saúde, educação permanente e educação continuada; estratégias educativas, que foram caracterizadas por palestras, rodas de conversa, teatro, debate, artesanato, oficinas, dentre outros; instrutores, que são identificados no presente estudo como educadores; público-alvo; local de realização do trabalho educativo e temas para a saúde. Importante ressaltar que nem todos documentos encontrados foram utilizados neste estudo, por se distanciarem da temática proposta.

O método de estudo utilizado na pesquisa é o do Materialismo Histórico Dialético proposto por Marx, no qual, o pesquisador desenvolve um papel ativo na

busca pela apreensão da dinâmica e estrutura do objeto de estudo “o sujeito deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação” (NETTO, 2011, p. 25).

Para Marx, o método não é um conjunto de regras formais que se “aplicam” a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme a sua vontade, para “enquadrar” o seu objeto de investigação [...] É a estrutura e a dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador. O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações (NETTO, 2011, p. 53).

Na busca pela apreensão da realidade do objeto em seus pormenores, Marx, caracteriza ainda, o processo da pesquisa em método de investigação e método de exposição. Durante processo de investigação o sujeito “tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão que há entre elas” (MARX, 1968, p. 16 apud NETTO, 2011, p. 25). O movimento real do objeto só poderá ser apreendido após esse trabalho de investigação, no qual, o pesquisador busca os entornos e os nexos constitutivos que dão materialidade ao objeto de pesquisa.

Somente quando se é concluída a fase da investigação, por meio dos resultados, que teremos a exposição dos dados, caracterizado por Marx, como Método de Exposição, “como se vê, para Marx, os pontos de partida são opostos: na investigação, o pesquisador parte de perguntas, questões; na exposição, ele já parte dos resultados que obteve na investigação” (NETTO, 2011, p. 27).

Partindo desses apontamentos fundamentado no Materialismo Histórico Dialético, o Método em Marx, possibilitou o conhecimento do movimento real do objeto, desde sua aparência fenomênica imediata e empírica à essência do trabalho educativo em saúde do município de Jataí-GO. Pelo método, é possível extrair do objeto de estudo o que lhe é próprio, a sua totalidade, historicidade e mediações. A busca pela essência do objeto de estudo proposto, revela a sua materialidade e a sua concreticidade (NETTO, 2011).

Dessa forma, o método de pesquisa em Marx, buscou a compreensão da realidade a partir de suas contradições. E se a realidade é contraditória, o conhecimento produzido por meio da pesquisa, permite o desvelamento dessas contradições. Netto (2011), esclarece que é por meio do movimento dialético do

objeto, que ocorre a produção do conhecimento em uma perspectiva que permite a historicidade, a totalidade e os sistemas de mediações, que não estão dados na aparência do objeto, mas que se elevam do abstrato ao concreto, visto agora, em suas múltiplas determinações.

Nesse contexto, a estrutura da exposição da pesquisa foi organizada em três capítulos, o primeiro capítulo apresentou a historicização do SUS e as concepções de homem, trabalho, saúde, educação e trabalho educativo. Diante dessas concepções, historicamente, as relações societárias foram sendo construídas, sofrendo forte influência do modo de produção capitalista. O capítulo aborda ainda, questões fundamentais sobre o trabalho educativo em saúde e a educação popular, e seu arcabouço teórico apresentado no ideário do SUS, principalmente ao se tratar questões sobre democratização social da saúde, participação popular, saúde como direito universal, integralidade e humanização do cuidado. É também exposto, as relações conflituosas e antagônicas nas quais estabeleceu-se o SUS, resultando em novos desafios políticos e econômicos a serem superados. A herança histórica que o acompanha, deixa rastros e resquícios da pujança de um trabalho educativo sanitarista, autoritário e regulador, trabalho alienado.

O segundo capítulo aborda o trabalho educativo em saúde e as definições das concepções de educação que o direciona, como as de educação em saúde, educação popular em saúde, educação permanente em saúde, educação continuada em saúde. A reflexão passa pelos conceitos que as integra e pela articulação entre elas, instituídos pelo SUS. Universalmente, buscou-se apreender as contradições no campo do trabalho educativo em saúde e suas práticas sociais estabelecidas universal e singularmente, dialogando com diversos estudiosos da temática. No capítulo 3, temos a caracterização do trabalho educativo em saúde no município de Jataí-GO, revelando a sua singularidade, sucedido do processo de descentralização do SUS. Em seguida, o trabalho educativo apreendido pela pesquisa, proporcionou a sua historicidade, suas mediações e a totalidade, pelas quais, o trabalho educativo no SUS, em Jataí-GO, vem sendo determinado. Posteriormente, dialeticamente, os achados foram sendo contextualizados, por meio do aporte teórico do primeiro e segundo capítulo.

1 TRABALHO, EDUCAÇÃO, SAÚDE E A MATERIALIZAÇÃO DO SUS

1.1 Concepções de homem, trabalho e educação

A busca pelo entendimento das mediações que determinaram a materialização do SUS perpassa as concepções históricas de homem, sociedade, trabalho, saúde e educação (STHAL, 2016). Desde os primórdios, o homem vivendo em sociedade busca por meio de seu trabalho condições de subsistência e concomitantemente, se constitui um ser de cultura e de educação construindo a sua própria identidade. Compreende-se que é por meio das relações sociais e históricas de trabalho, que o homem, intencionalmente, modifica a natureza e a si mesmo, determinando a sua existência e o seu mundo de cultura, logo, por meio da educação se constitui um ser universal cuja essência se configura em seu trabalho produtivo, consciente e livre (MARX, 2004).

Em outras palavras, ao nos relacionarmos com a natureza, pelo trabalho, nos constituímos seres históricos, formadores de cultura e de aprendizagem, fazemos a história, logo, somos seres de educação, construímos o nosso próprio mundo, no qual, por meio da reflexão e ação, damos significado à nossa existência. Segundo Fávero (1983),

A cultura é o processo histórico (e portanto de natureza dialética) pela qual o homem, em relação ativa (conhecimento e ação) com o mundo e com os outros homens, transforma a natureza e se transforma a si mesmo, construindo um mundo qualitativamente novo de significações, valores e obras humanas e realizando-se como homem neste mundo humano (FÁVERO, 1983, p. 16).

Entendemos que o homem se constitui um ser social, e em sua essência se torna dono de si e para si busca universalmente, por meio de sua natureza inorgânica, a materialidade de sua própria vida, criando e recriando o seu próprio mundo, sendo capaz de determinar e conduzir o seu futuro. De acordo com Marx (2004, p. 85) o que diferencia o homem dos animais é o trabalho consciente, social, universal e livre que constitui sua natureza inorgânica e acrescenta que “o animal produz apenas sob o domínio da carência física imediata, enquanto o homem produz mesmo livre da carência física, e só produz, primeira e verdadeiramente, na [sua] liberdade [com relação] a ela”. Marx dessa forma, apresenta a categoria trabalho como a atividade vital humana. Em seu sentido abrangente, o trabalho produz a vida genérica do

homem, ou seja, a sua vida produtiva, consciente e livre. Contraditoriamente, em sua forma estranhada, o trabalho tem se apresentado ao homem, apenas como um meio para a sua existência física, o distanciando de sua essência (MARX, 2004).

Para a compreensão da natureza humana em sua obra *Manuscritos Econômico-Filosóficos de 1844*, Marx afirma que:

A universalidade do homem aparece precisamente na universalidade que faz da natureza inteira o seu corpo inorgânico, tanto na medida em que ela é 1) um meio de vida imediato, quanto na medida em que ela é o objeto/matéria e o instrumento de sua atividade vital. A natureza é o corpo inorgânico do homem, a saber, a natureza enquanto ela mesma não é corpo humano (MARX, 2004, p. 84).

Compreendemos que a natureza humana em seu aspecto histórico-ontológico abrange o entendimento da concepção do homem como um ser universal, prático, produtor e transformador, constituído coletivamente. A construção do ser humano, como um ser histórico-social, que busca no trabalho, sua atividade vital, condições de subsistência, se depara então, com novas necessidades além das dos animais (MARX, 2004).

Dentre as novas carências do ser humano ao se estabelecer a vida em coletividade, a educação se apresenta como uma “necessidade” humana. Saviani (2015), em sua obra *“Sobre a natureza e especificidade da educação”*, explica que a educação em sua natureza é um fenômeno intrínseco ao homem e que participa ativamente do processo de formação do gênero humano. Como diz o autor “dizer, pois, que a educação é um fenômeno próprio dos seres humanos significa afirmar que ela é, ao mesmo tempo, uma exigência de e para o processo de trabalho, bem como é, ela própria, um processo de trabalho” (p. 286).

Em se tratando da natureza da educação, Saviani (2015), classifica que é por meio do trabalho imaterial, em sua segunda modalidade, que se posiciona a educação. Essa modalidade é distinguida pelo autor, pelo fato de que, o processo de produção da educação não se separa de seu produto de consumo. Ou seja, ao mesmo tempo que a praticamos a consumimos. Nesse aspecto, necessariamente, conhecimentos, ideias, conceitos, valores, símbolos, hábitos, atitudes, habilidades, são assimilados na condição de segunda natureza. E acrescenta: “Podemos, pois, dizer que a natureza humana não é dada ao homem, mas é por ele produzida sobre a base da natureza biofísica” (SAVIANI, 2015, p. 287).

Não que ela seja exterior ao homem, mais o contrário, a todo momento nos achamos com a educação, só não tomamos consciência disso. Brandão (2013, p.07) escreve que ela existe por toda parte e por meio dela socializamos o nosso saber “para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação”.

Rumo a supressão das necessidades humanas, a educação, mediada pelo trabalho educativo, tem a capacidade de inquietar o homem na busca por mudanças concretas em seu mundo material, seja para suprir suas carências biofísicas, seja para suprir suas carências materiais. Constatamos então, que somente por meio da educação, para além da educação formal, que o homem por meio do trabalho educativo, se concretiza na produção da humanidade estabelecida ao longo da história e em coletividade.

Compartilhando a discussão sobre a categoria trabalho apresentada por Marx, Saviani (2015) explica o conceito de trabalho educativo e sua finalidade na produção da formação humana, tornando claro que:

O trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens. Assim, o objeto da educação diz respeito, de um lado, à identificação dos elementos culturais que precisam ser assimilados pelos indivíduos da espécie humana para que eles se formem humanos e, de outro lado e concomitantemente, à descoberta das formas mais adequadas para atingir esse objetivo (SAVIANI, 2015, p. 287).

Corroborando com a compreensão do autor, Newton Duarte em *Sociedade do conhecimento ou sociedade das ilusões?*, elucida que, concomitantemente, todo trabalho educativo corrobora, de forma positiva e/ou negativa, com a formação humana “a formação do indivíduo é, portanto, sempre um processo educativo mesmo quando essa educação se realiza de forma espontânea, isto é, quando não há a relação consciente com o processo educativo que está se efetivando no interior de uma determinada prática social” (DUARTE, 2008, p. 33).

Partilhando a compreensão de Saviani e Duarte sobre a essência do trabalho educativo, temos a educação a favor da produção da formação humana, o homem posto como ser social, capaz de agir sobre a realidade e a transformar em benefício da coletividade. No entanto, distante dessas finalidades, o trabalho educativo, em uma sociedade em que prevalece os interesses de classes, se manifesta em um campo de

contradições, e inconscientemente ou não, a educação como produto do trabalho, tem sido apropriada pelo homem apenas para a reprodução das relações sociais de produção capitalista. Assim, as relações sociais de trabalho e educação, se configuram em sua forma mais distorcida, se distanciando de sua gênese. Como escreveu Frigotto (2003, p. 29): “podemos perceber que a explicação do papel social da educação, ou especificadamente da relação entre o processo de produção e os processos educativos ou de formação humana, vem marcada por concepções conflitantes e, sobretudo, antagônicas”.

Saviani (2005) aponta que entre as contradições que são veladas em nossa sociedade no campo educacional estão as contradições entre o homem e a sociedade, entre o homem e o trabalho e entre o homem e a cultura. A primeira, entre o homem e a sociedade, contrapõe o homem egoísta e o homem enquanto indivíduo moral, dissociando a união do homem com o próprio homem; a segunda, relacionada a contradição entre o homem e o trabalho, contrapõe o homem como ser genérico em detrimento ao homem trabalhador, assim o trabalho que é uma atividade especificamente humana, se volta para a desafirmação da essência humana, negando-lhe sua humanidade, o trabalho passa a ser exterior¹ ao homem, um trabalho alienado. A terceira, relacionada a contradição entre o homem e a cultura, contrapõe a cultura socializada, constituída em coletividade, à cultura elitista individualizada. É nesse movimento que a cultura popular é rebaixada como meio de sofisticação da cultura elitizada.

Contrapondo-nos à essas contradições, desvelar as relações conflituosas presentes no desenvolvimento do trabalho educativo em nossa sociedade contemporânea, é abrir caminhos para reflexão-ação, que busca por meio do próprio trabalho educativo do homem, a supressão das relações de dominação impostas pelo capital. “Sendo a educação um elemento social de poder, obviamente, não se escapa de conflitos e relações hegemônicas de disputa”, como diz Frigotto (2003, p. 25).

¹ De acordo com Marx (2004) o a exteriorização do trabalho consiste na negação do homem em seu trabalho “que não se sente bem, mas infeliz, que não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre, mas mortifica sua physis e arruína o seu espírito. O trabalhador só se sente, por conseguinte e em primeiro lugar, junto a si [quando] fora do trabalho e fora de si [quando] no trabalho [...] O seu trabalho não é portanto voluntário, mas forçado, *trabalho obrigatório*. O trabalho não é, por isso, a satisfação de uma carência, mas somente um *meio* para satisfazer necessidades fora dele. Sua estranheza (*Fremdheit*) evidencia-se aqui [de forma] tão pura que, tão logo inexistia coerção física ou outra qualquer, foge-se do trabalho como de uma peste. O trabalho externo, o trabalho no qual o homem se exterioriza, é um trabalho de auto-sacrifício, de mortificação” (p. 83, grifos do autor).

Como forma a responder às demandas do capital, a contemporaneidade carrega consigo o trabalho educativo voltado para a lógica do mercado. Frigotto (1984, p.18) infere que: “a visão burguesa reduz a prática educacional a um “fator de produção, a uma questão técnica”. E acrescenta que:

O processo educativo, escolar ou não, é reduzido a função de produzir um conjunto de habilidades intelectuais, desenvolvimento de determinadas atitudes, transmissão de um determinado volume de conhecimentos que funcionam como geradores de capacidade de trabalho e, conseqüentemente, de produção (FRIGOTTO, 1984, p. 40).

Essa forma de reduzir o processo educativo, escolar ou não, às relações sociais de produção da sociedade burguesa, obscurece a natureza e a função social da educação. Frigotto (2003, p. 26) descreve que, “trata-se de subordinar a função social da educação de forma controlada para responder às demandas do capital”. Nesse sentido, as categorias trabalho e educação se efetivam no campo das contradições, de um lado, visualizamos o trabalho educativo como ato social decisivo para a formação e empoderamento humano, de outro, uma atividade dirigida para fins do mercado, apenas para manter a ordem do sistema capitalista, poupando a sua supressão.

Tratando o assunto, Mészáros (2008) enfatiza que se faz necessário que a educação apareça para além dos interesses do capital, que desperte a práxis² emancipadora para a valorização do ser humano como um ser histórico, social e político, que pensa e age a favor da ruptura dos paradigmas dominantes presentes na sociedade, na busca pela transformação da realidade, concepção essa, defendida na presente pesquisa.

1.2 Concepções de saúde e educação

Historicamente as concepções de saúde e educação são marcadas por diferentes paradigmas no campo das ciências sociais e da saúde. Partimos do

² “A expressão práxis refere-se, em geral, a ação, a atividade, e, no sentido que lhe atribui Marx, à atividade livre, universal, criativa e auto criativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz), e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico e a si mesmo; atividade específica ao homem, que o torna basicamente diferente de todos os outros seres. Nesse sentido, o homem pode ser considerado um ser da práxis, entendida a expressão como o conceito central do marxismo, e este como a “filosofia” (ou melhor, o “pensamento”) da “práxis” (BOTTOMORE, 1988, p. 460).

contraponto entre o paradigma positivista³ e o paradigma crítico⁴ de ciência fundamentado no materialismo histórico dialético. Na saúde, influenciado por esses dois paradigmas, de forma determinante ao longo dos tempos, surge pelo menos três concepções de saúde que se revelam de acordo com o contexto histórico vivido pela humanidade.

A primeira, uma concepção curativista, higienista de cunho sanitarista que conceitua a saúde apenas como a mera ausência da doença, alimentando a visão reducionista da saúde. O ser humano não é visto como um ser construído em coletividade, assim, de forma individualista, temos a saúde centrada na doença em si e na eliminação de seu agente causal (BATISTELLA, 2007).

A concepção higienista/sanitarista culpabiliza o próprio indivíduo pela sua condição de saúde, negando por vezes a relação dos fatores econômicos-sociais como promotores da saúde, ocultando a responsabilidade do Estado na criação e execução de políticas públicas de saúde equânimes, assim como, as péssimas condições de trabalho impostas pelo sistema capitalista de produção, que consequentemente, gera grandes desigualdades na distribuição de renda e riquezas no país (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

A segunda concepção, foi proposta em 1946 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual a saúde é definida “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social não resultando apenas da ausência de doença e enfermidade” (p. 01), nesse período avança-se na reflexão da saúde além da natureza biológica, no entanto, pensa-se estritamente em saúde de forma restrita, como uma condição que não se pode alcançar (BATISTELLA, 2007), ainda mais, pensando nos aspectos subjetivos do conceito saúde.

A terceira, diz respeito à saúde em seu conceito ampliado⁵, o seu reconhecimento definitivo no Brasil acontece em 1986, na VIII Conferência Nacional

³ O positivismo defende que somente a ciência é capaz de conhecimento verdadeiro. Segundo Horkheimer (apud BARRA, 2008, p. 449) “o positivismo reduz o movimento da sociedade ao processo numérico e racionalizado da lógica quantitativa”.

⁴ Ancorado no materialismo histórico dialético o paradigma crítico de ciência se fundamenta na concepção materialista do mundo. Bazarian (1994) acrescenta que em contraponto ao positivismo, o materialismo compreende o movimento da sociedade não como um simples crescimento quantitativo, mas como um método que permite conhecer as leis mais gerais da natureza, do homem, da sociedade e do pensamento, indispensáveis para a transformação do mundo.

⁵ O conceito ampliado da saúde surge no auge das lutas populares recebendo forte influência do materialismo histórico dialético. De acordo com Vasconcelos (2011), nesse mesmo período, diversos grupos sociais desenvolveram formas de enfrentamento para as questões de pobreza e opressão no país e América Latina.

de Saúde (CNS). Essa concepção de saúde abrange a determinação social da saúde em seu sentido amplo, incluindo a educação, o trabalho, renda, moradia, alimentação, meio-ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acessibilidade aos serviços de saúde. “É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p. 04). Nesse contexto, a saúde aparece como resultado da totalidade desses fatores, sendo compreendida como um direito fundamental do ser humano se distanciando-se das concepções reducionistas de saúde. “Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida” (BRASIL, 2004a, p. 23), tendo forte reflexo das discussões sobre a promoção da saúde.

As concepções de saúde foram sendo influenciadas pelo movimento da própria sociedade ao longo da história. Santos e Westphal (1999) esclareceram que o movimento sanitarista⁶, predominante na Europa e América do Norte no século XIX, influenciou a saúde em vários países do mundo. Nesse período foram fundadas instituições de pesquisas fundamentadas na natureza biológica da doença das quais se originou o pensamento unicausal da doença, consolidando assim, o curativismo, o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo e a especialização profissional fortalecendo a concepção da saúde apenas como estado de não doença.

Nesse contexto, ancorados no positivismo, surgem o modelo assistencial curativista e higienista que juntos compõe o paradigma biomédico de ciência. Bydlowski e Pereira (2015, p. 411) escrevem que “o modelo biomédico foca suas ações na cura dos indivíduos doentes ou em ações preventivas, isto é, trata o indivíduo quando este já está doente ou o protege para que a doença não se instale”. Esse modelo de saúde desenvolve seus próprios meios de perpetuação. Aliado às políticas públicas deficientes, à alta tecnologia inacessível a toda população pelo seu alto custo e inerte às causas sociais da doença, se apresenta como um modelo ineficiente que apenas contribui para a propagação das iniquidades no sistema de saúde, resultando em uma concorrência desleal do setor privado com o público imposta pelo mercado capitalista (CEBES, 2014).

⁶ Os autores não se referem ao movimento sanitarista como resultante do positivismo, no entanto, aqui o movimento sanitarista é compreendido como fruto do paradigma positivista de ciência por viabilizar uma leitura mecanicista e fragmentada da saúde propondo que a realidade seja constituída por partes isoladas.

No que diz respeito à concepção proposta pela OMS “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, apesar do progresso em considerar aspectos físicos, mentais e sociais, esse conceito é um tanto utópico e unilateral. Batistella (2007, p. 57) acrescenta que,

Por um lado, foi apontado o seu caráter utópico, inalcançável. A expressão “completo estado”, além de indicar uma concepção pouco dinâmica do processo - uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar -, revela uma idealização do conceito que, tornando inatingível, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde. Por outro lado, afirma-se a sua carência de objetividade: fundado em uma noção subjetiva de “bem-estar”, implicaria a impossibilidade de medir o nível de saúde de uma população.

Analisando as concepções de saúde apresentadas até aqui (concepção curativista e higienista-educação sanitária) percebemos o não reconhecimento dos fatores econômicos relacionados às determinações da saúde. A partir dessas concepções restritas de saúde, temos a construção da hegemonia médica na conjuntura político-econômica-social a favor de uma minoria elitizada, estabelecida em oposição aos interesses de saúde que deveriam suprir as necessidades de toda a coletividade. A concepção dessa prática remete ao modelo biomédico, privatista e hospitalocêntrico (VASCONCELOS, 2017).

Em contraposição à hegemonia do paradigma biomédico/positivista, o paradigma crítico de ciência, orientou a formulação do conceito ampliado de saúde, por revelar a conexão dos fatores históricos-econômicos-sociais nas determinações da saúde e da doença. Santos e Westphal (1999, p. 72) explicam que a ampliação da concepção de saúde resultou na tentativa de mudança de paradigma “modifica-se a prática sanitária, passando-se da antiga - curativista - para a atual - a vigilância da saúde”. Nesse sentido, mesmo não havendo a mudança concreta do paradigma curativista em detrimento ao de vigilância em saúde, proposto pelos autores citados, o movimento de promoção da saúde surge para reorientar as práticas de cuidado em saúde. Ao encontro do que escreve Sabbo e Pelicioni (2015) a promoção da saúde dentro da perspectiva crítica de ciência, rejeita o reducionismo da saúde à mera ausência da doença, fundamentando-se na concepção ampliada de saúde, visão holística, ancorada nos direitos básicos dos indivíduos, se distanciando da concepção hegemônica ainda presente nos serviços de saúde, o modelo biomédico na saúde.

Podemos, dizer que, somente partindo da concepção ampliada de saúde mediado pela educação, que o país conseguiu efetivamente estabelecer um sistema público de saúde. Batistella (2007) confirma a saúde como um valor social conquistado por meio do entendimento da concepção ampliada de saúde. No entanto, chama a atenção para a necessidade de superação do modelo assistencialista biomédico vigente na sociedade. Embora tenhamos garantido o direito à saúde pelas leis brasileiras, essas por si só não asseguram a integralidade das ações nos serviços de saúde, assim, o rompimento com concepções reducionistas de saúde se torna uma urgência de nosso próprio tempo contemporâneo. Como diz o autor,

Pensar a saúde como acesso à educação, trabalho, transporte, lazer, alimentação etc., implica a superação do modelo biomédico e a adoção de outros princípios norteadores capazes de auxiliar na necessária reorganização do modelo de atenção à saúde, ainda voltado às ações curativas e assistenciais (BATISTELLA, 2007, p. 76).

Prosseguindo na compreensão do papel social da educação na área da saúde, temos, o marco histórico da criação do SUS, concebido por meio do entendimento e análise crítica da realidade da época, mediatizado pela Educação Popular. Nos escritos de Vasconcelos (2017), a Educação Popular, em sua abordagem teórico-metodológica, integrou todo o contexto de lutas e movimentos sociais que objetivavam a (re)democratização do país, e busca nos tempos atuais, contemporâneo, mediatizados por atores sociais que a pratica, uma remodelação do trabalho educativo em saúde (VASCONCELOS, 2017).

De posse da concepção teórico-prática da Educação Popular⁷ as bases para a reflexão-ação foram fortalecidas resultando no processo de implantação do SUS. Segundo Brandão (2017, p. 34), desde o final da década de 1960 e início dos anos 1970, já se era mencionado “estou realizando um trabalho de Educação Popular na área da saúde”. Assim, os educadores populares e as classes populares, demonstraram a sua intenção política em transformar as condições opressoras de saúde no Brasil (VASCONCELOS, 2017). A Educação Popular “passou a gerar práticas sociais solidárias extremamente criativas e mobilizadoras, que têm

⁷Acredita-se que mediado pela educação popular, o próprio homem, por meio de sua práxis transformadora, criou meios para modificar a sua realidade, dando nova roupagem para a atenção à saúde no Brasil.

impressionado estudiosos de todos os recantos do planeta” (VASCONCELOS, 2011, p. 17).

Dada a sua magnitude, a concepção teórica, prática e metodológica da Educação Popular, fundamenta-se no aporte teórico das ciências sociais críticas, em especial o marxismo. Como diz Carrillo (2011),

Debido a la influencia del materialismo histórico, se asumió que el método de la Educación Popular era el dialéctico, entendido como un conjunto de principios metodológicos generales que se suponía garantizaban la eficacia de las acciones educativas. El principal de ellos es su relación con la praxis histórica concreta de sectores populares, evidenciada en sentencias y pautas metodológicas como *“el punto de partida y de llegada de la Educación Popular es la realidad”*, o *“el pueblo aprende a partir de su experiencia”*. En consecuencia, se afirma que el criterio de verdad de las prácticas educativas populares era la praxis política, en su aporte al movimiento popular (p. 40, grifos do autor).

De acordo com o mesmo autor não existe um conceito fechado para a definição de Educação Popular, esta permanece em constante construção. Ao encontro das diversas concepções de Educação Popular sistematizadas pelos principais autores que tratam a temática na América Latina identificou-se os seus elementos constitutivos, chamando-os de “núcleos comuns” implícitos e explícitos:

1. Una lectura crítica del orden social vigente y un cuestionamiento al papel integrador que ha jugado allí la educación formal.
2. Una intencionalidad política emancipadora frente al orden social imperante.
3. El propósito de contribuir al fortalecimiento de los sectores dominados como sujeto histórico, capaz de protagonizar el cambio social.
4. Una convicción que desde la educación es posible contribuir al logro de esa intencionalidad, actuando sobre la subjetivade popular.
5. Un afán por generar y emplear metodologías educativas dialógicas, participativas y activas (CARRILO, 2011, p. 18).

Desse modo, a Educação Popular se auto define como uma prática social intencionada, voltada para a formação de sujeitos comprometidos com a transformação da sociedade, em razão dos seus interesses e utopias. Diversos⁸ autores, identificam a Educação Popular como uma corrente pedagógica e um movimento sociocultural latino-americano. No Brasil como em outras partes da América Latina, mediado pelo trabalho de Paulo Freire, na década de 1960 e início de

⁸FÁVERO, Osmar. Cultura popular, educação popular: memória dos anos 60, (1983); VASCONCELOS, Eymard Mourão; CRUZ, Pero José Santos Carneiro. Educação Popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiencia (orgs), (2011).

1970, surgiram grupos de base, organizações sociais, organizações não-governamentais, movimentos sociais que embora, não se apresentassem com o termo Educação Popular, mediatizaram intencionalmente a “educação libertadora (de pessoas e de culturas), de uma alfabetização conscientizadora e de uma “arte popular”... por uma “pedagogia do oprimido”, uma nova cultura. Uma cultura verdadeiramente popular, crítica, “desalienada”, “revolucionária” (p. 35). Dessa forma, a educação de adultos, a alfabetização, o trabalho comunitário, a promoção social e cultural da humanidade, legitimaram posteriormente, a educação popular como uma proposta a favor das classes populares dominadas (BRANDÃO, 2017).

A cultura começava a ser, então, pensada como um momento do processo político, em sua dimensão subjetiva (no interior do imaginário da pessoa) e objetiva (em sua realidade social, ao longo da história humana e no interior da vida cotidiana de uma comunidade). Havia um fundamento partilhado com diferenças de ideologias entre as pessoas e os movimentos participantes “da cultura popular” dos anos 60: a cultura se constrói na história. Ela é uma obra humana e resulta de interações mediatizadas entre o trabalho e a comunicação das consciências. Contempla-se em um outro suposto: em sociedades desiguais, regidas por interesses e conflitos de/entre classes sociais, culturas humanas são construções de práticas da vida, de regras e códigos de relações e de sistemas de sentidos que obedecem a tais interesses e procuram tornar ocultos ou desvelam as origens sociais das desigualdades e as razões ideológicas e políticas dos conflitos (BRANDÃO, 2017, p. 35).

De acordo com Carrillo (2011) o ponto básico de partida da Educação Popular é o questionamento da ordem social injusta imposta pelo capital, afirmando que, “Son las estructuras sociales injustas las que impiden que las mayorías populares tengan la posibilidad de tener, saber, poder y actuar por sí y para sí mismas” p. (19).

Em oposição aos princípios da Educação Popular, temos a educação “antipopular” com caráter funcionalista e opressivo. Peresson, Cendales, Mariño (apud CARRILLO, 2011, p. 20), classifica a educação “antipopular” como elitista e discriminatória; autoritária, verticalizada e repressiva; individualista e competitiva; memorística e repetitiva; positivista e acrítica que dissocia o trabalho intelectual do trabalho material.

Em contraposição, a Educação Popular é uma concepção inclusiva, voltada para as classes populares, com critérios educativos pautados na construção coletiva do conhecimento, do diálogo, da participação e da articulação entre a teoria e a prática, reconhecendo os saberes populares acumulados nas práticas sociais da

humanidade. Na visão do próprio autor, o grande desafio agora é criar, retomar e desenvolver meios para a concretização dos princípios transformadores da educação popular (CARRILO, 2011).

1.3 Da proposição à materialização: SUS que temos hoje, uma herança histórica

Determinadas por práticas sociais estabelecidas historicamente as concepções de educação, saúde, homem e sociedade balizaram o Movimento da Reforma Sanitária a favor da criação do SUS. A história que o antecede é marcada principalmente por questões conflituosas e contraditórias que em sua totalidade representaram a síntese das múltiplas determinações, que na contramão aos interesses das classes dominantes⁹ originaram o SUS (PAIM, 2008).

Paim (2009) em sua obra “O que é o SUS”, nos conta o contexto histórico da saúde no Brasil retratando claramente o que tínhamos antes do SUS. Em linhas gerais, a saúde no Brasil, se organizava, de forma escancarada, em torno das exigências do mercado. Apenas quando doenças endêmicas atingiam o país, e colocava em risco a economia, é que se organizava ações sanitárias, que incipientes, foram incapazes de responder às demandas e necessidades de toda população. Os fatores sociais, determinantes para a saúde das populações, não foram trabalhados em sua magnitude.

Somente com o início da industrialização que se acentua o jogo de interesses pela hegemonia na oferta de serviços de saúde para a população. Cercados por suas próprias contradições e interesses, as autoridades políticas da época, de forma restrita, passaram a reconhecer a saúde como uma questão social, estabelecendo ações pontuais no campo da saúde/educação sanitária (PAIM, 2009).

Com a Proclamação da República, os estados ficaram responsáveis pela organização das ações de saúde no país. Doenças como a febre amarela, peste e varíola que comprometeram as atividades econômicas do país, exigiam ainda, medidas de saneamento dos portos, medidas sanitárias nas cidades, combate aos vetores e a vacinação obrigatória. Diante do desastre sanitário e econômico que dificultava a vinda de indústrias e investimento estrangeiro no país, foram realizadas

⁹ Paralelamente, o movimento elitista propunha a privatização da saúde em oposição ao movimento popular que defendia a criação do SUS (BRASIL, 1986).

campanhas sanitárias autoritaristas centradas apenas na doença, e a fundação de instituições científicas voltadas para pesquisas influenciando as ações de educação sanitária e o crescimento da medicina¹⁰ no país (PAIM, 2009).

Envolto por esse contexto, o movimento que originou o SUS como um projeto social brasileiro, envolveu a compreensão de dois elementos: a conjuntura político-econômica que o integrou e a importância da educação na condução desse processo. Dando clareza a esse movimento, e por representarem em sua totalidade uma memória histórica, política e por fim formativa/participativa, tomamos como ponto de partida para essa reflexão, o arcabouço histórico encontrado nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que antecederam a criação do SUS¹¹. Essas conferências representaram o movimento político das discussões sobre a saúde e construção do SUS, por formular um projeto social de cunho democrático que proporcionou transformações históricas para a gestão da saúde no Brasil; movimento econômico por conduzir as discussões de saúde dentro das perspectivas da economia política, apontando novos investimentos nas cidades e concomitantemente na saúde; e social, por mediar o movimento que resultou na institucionalização da participação da comunidade e controle social na saúde nas ações do Estado (BRASIL, 2009a; CORREA, 2000).

Em meio ao contexto do desastre sanitário nas cidades e em meio a tantas ações educativas de cunho sanitarista e higienista ineficientes, de caráter regulatório e incipientes, estrategicamente, sob o governo de Getúlio Vargas (1937), foram instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, que objetivaram, a realização de discussões periódicas por parte do Estado sobre a situação de saúde no Brasil. De forma limitada, participavam dessas reflexões, apenas entidades administrativas do Ministério da Educação e Saúde, o governo dos Estados,

¹⁰ De acordo com Brandt e Gardner (2000 apud PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010, p. 159) “o longo período compreendido entre os trinta anos finais do século XIX e a década de 1960 pode ser caracterizado como a *era de ouro da medicina*. Seu início remonta ao surgimento da teoria microbiana das doenças, a partir das descobertas de Louis Pasteur e Robert Koch. O principal enunciado dessa teoria era que cada doença era causada por um ser vivo microscópico específico, e proteger um corpo são significava sobretudo destruir aquele agente patológico, evitar o seu contato com seres humanos e a sua propagação no ambiente. Defendia, também, a utilização de vacinas – que consistem basicamente na inoculação de fragmentos, de formas atenuadas ou inativadas dos micróbios – para imunizar o corpo humano de modo a tornar inócuo um eventual contágio.

¹¹ Hoje, as deliberações discutidas nas CNS resultam de um debate/reflexão nas esferas municipal, estadual e federal e participação popular. O conteúdo de seus relatórios constitui uma fonte rica de conhecimento que aponta toda reflexão do Estado e os caminhos percorridos que deram materialidade ao sistema público de saúde legitimando as conferências de saúde como um espaço de gestão formativo e participativo no SUS (BRASIL, 2009a).

do Distrito Federal e do território do Acre; a população, oprimida pela falta de políticas de saúde no país continuava excluída das decisões e projetos sobre a sua saúde e à mercê dos interesses das classes dominantes que cada vez mais exploravam o povo em nome da “ordem social” (BRASIL, 2009a). Dessa forma, se iniciou um debate periódico, para avaliação da situação de saúde brasileira.

No entanto, situando o tempo histórico, temos um fosso entre o reconhecimento da saúde como questão social, o reconhecimento do Estado como responsável pela saúde da população e o início das discussões sistemáticas e periódicas da situação de saúde do país, que contraditoriamente a sua proposta inicial¹², propiciaram a reflexão e concomitantemente, a base para a criação de um sistema público de saúde, a favor do povo brasileiro. Somente em 1941, o presidente Getúlio Vargas, convocou a I Conferência Nacional de Educação e a I Conferência Nacional de Saúde. Sendo realizada em decorrência das péssimas condições sanitárias que fragilizava a situação econômica e de saúde da população, apresentando como temática, medidas sanitárias nos estados e nas cidades, o combate a lepra e a tuberculose, assim como, a elaboração de um plano de atenção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941).

A I CNS, objetivou a articulação entre os entes federativos (União, Estado e Município) e a iniciativa privada na busca por soluções dos problemas inerentes à educação e à saúde (BRASIL, 1941). Na saúde, notou-se desde então, uma “preocupação” com a organização sanitária dos estados e dos municípios, incluindo a determinação de medidas básicas de saneamento, proteção e ampliação das campanhas nacionais, contra as doenças que por vezes levava a um desgaste econômico no país. O cenário brasileiro, apontava a saúde como uma questão social, demandando do poder público reflexões e respostas assertivas na garantia da melhoria das condições de saúde e educação (PAIM, 2009).

Embora não se tenha registros formais dos relatórios da II CNS em 1950, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (BRASIL, 2009a), ao tratar o assunto, expõe os temas geradores da conferência, como os de higiene e segurança do trabalho, malária, e a prestação de assistência médica e sanitária preventiva para

¹²Até então, antes das conferências, existia discussões sobre a saúde restritas apenas aos representantes dos estados com ausência da participação popular. A proposta inicial era totalmente excludente, a população fora dos debates e decisões não exerciam a cidadania. Contraditoriamente, entendemos que mediado pela educação em seu sentido mais amplo, as CNS se constituíram em um espaço formativo de debates e reflexões sobre a saúde de toda população.

trabalhadores e gestantes. Toda essa preocupação, por parte do governo, com a saúde sanitária e a dos trabalhadores sinaliza duas vertentes. A primeira, a compreensão de um processo de trabalho na saúde voltado para beneficiar aspectos econômicos no país, que se acentua quando se pensou na saúde do trabalhador, apenas como meio de produção de renda e riquezas para o capital. A segunda, remete a reflexão de que por meio das conferências de saúde nascia a oportunidade de se instituir uma reflexão sobre a realidade a ser modificada, em benefício das classes trabalhistas, que ao mesmo tempo lutavam por seus direitos¹³. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) essa discussão surge apenas pelo fato do Estado se sentir pressionado e de forma limitada, houve maior atenção à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2009a).

Outro marco histórico na década de 1950 foi a criação do MS. Iniciativa que separou os setores educação e saúde, para fins puramente institucionais, já que não resultou em mudanças concretas na época. Também foi implantada a lei 2.312/1954 que estabeleceu normas gerais sobre defesa e proteção da saúde, um marco que vincula ao poder público federal a tarefa de realizar e orientar ampla educação sanitária¹⁴ do povo com “dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo” (BRASIL, 1954, p.01). Mais tarde, na década de 1960 é instituído o Código Nacional de Saúde¹⁵. O documento aponta pontos básicos para a implantação de uma política sanitária no país (BRASIL, 1961) e de acordo com o CONASS (BRASIL, 2009a) foi o primeiro marco na busca pela organização de um Sistema Nacional de Saúde.

Passados treze anos, convocada pelo presidente João Goulart, acontece a III CNS no ano de 1963. Foram discutidos temas como a situação sanitária da população brasileira, distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias no nível federal, municipalização dos serviços de saúde e a fixação de um plano nacional de saúde. A partir dessa conferência, temos não somente a participação dos dirigentes dos estados, mas também, a participação de seus assessores técnicos. Se

¹³Importante ressaltar que nessa época havia grande insatisfação popular pelas péssimas condições de trabalho nas indústrias. Consequentemente, as classes dos trabalhadores vão às ruas em busca de condições dignas de vida e de trabalho.

¹⁴ “A educação sanitária caracterizou-se pelo seu papel regulador, normatizador, de controle sobre os corpos através de dispositivos que se utilizaram de estratégias fundamentadas, principalmente, no poder disciplinar” (RENOVATO, BAGNATO, 2012).

¹⁵ A Lei nº 2.312 passa por regulamentação sob a denominação de Código Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto 49.974A de 21 de janeiro de 1961.

pensarmos na composição estritamente intergovernamental da época, a partir desse fato, se expande a oportunidade de participação e ao mesmo tempo, nasce as propostas de descentralização, redefinição das competências em cada esfera de governo e a proposição de um Plano Nacional de Saúde¹⁶ (BRASIL, 2009a).

Tendo forte influência política e no bojo do regime militar, a IV CNS (1967), V CNS (1975), VI CNS (1977), VII CNS (1980), refletiram momentos contraditórios que de forma autoritária e hegemônica, objetivaram respectivamente, a formação de recursos humanos para atividades em saúde, a implementação de um sistema nacional de saúde, uma política nacional de saúde, um sistema nacional de vigilância epidemiológica e a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos (BRASIL, 2009a)¹⁷.

Inerente a VII CNS, um fato que confirma a magnitude e a pressão do movimento contra hegemônico que se fortalecia mesmo em meio ao regime militar, foi a discussão sobre a participação comunitária como fundamental “não apenas no equacionamento dos problemas sanitários, mas de ter direito a voz e ação na resolução de outros problemas direta ou indiretamente relacionados com a saúde e o bem-estar da coletividade” (BRASIL, 1980, p.188). Segundo Costa e Vieira (2013) a partir de então temos duas posições em disputa, a primeira funcionalista que vê a participação comunitária apenas como um caminho para se resolver os problemas dos grupos que não acompanhavam o desenvolvimento do país e a participação comunitária como ferramenta de democratização, objetivando novas oportunidades de vida e desenvolvimento social do país mediados por grupos sociais.

Cabe ressaltar que nesse período, década de 1980, houve grande participação social por meio de movimentos como Diretas Já e a organização de propostas para a constituinte por meio da construção de grupos de trabalho temáticos¹⁸, a relação

¹⁶ Por outro lado, de acordo com o editorial de apreciação o Plano Nacional de Saúde em suas diretrizes e propostas implicaria na eliminação de estruturas estatais de saúde em uma tentativa de fortalecimento do setor privado e na perpetuação da desigualdade regional já que favorecia áreas mais desenvolvidas em relação às mais pobres (EDITORES, 2006).

¹⁷ Na área econômica, nessa mesma época, houve grande desenvolvimento. O chamado “milagre econômico” mascarava a falta de liberdade e aumentava a desigualdade social. Segundo ESCOREL (2008) “esse modelo de modernização baseou-se no incremento financeiro governamental com a infraestrutura econômica e forte redução nas políticas sociais. As reformas realizadas nesse sentido, além de favorecerem a acumulação capitalista, submeteram o Estado às regras do capital privado” (p. 385).

¹⁸ Segundo Gohn (2011) “a relação movimento social e educação foi construída a partir da atuação de novos atores que entravam em cena, sujeitos de novas ações coletivas que extrapolavam o âmbito da fábrica ou os locais de trabalho, atuando como moradores das periferias da cidade, demandando ao poder público o atendimento de suas necessidades para sobreviver no mundo urbano. Os movimentos tiveram papel educativo para os sujeitos que o compunham (p. 334).

educação e movimentos sociais aparece em sua forma acentuada por meio da Educação Popular. Gohn (2011, p. 347) acrescenta que “os movimentos passaram a pautar uma nova agenda de demandas, e uma nova cultura de política também é construída, alterando as políticas públicas vigentes”.

Ao refletirmos a relação dos movimentos sociais pela saúde pública no Brasil, temos como referência o Movimento Popular de Saúde¹⁹, diversas categorias de profissionais, sindicatos, entidades de pesquisa como o Centro Brasileiro de Estudos na Saúde (CEBES), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e da Sociedade Brasileira de Estudos de Saúde (SBPC), que em um só propósito buscavam a (re)democratização da saúde no país (VASCONCELOS, 1989). Como afirma Mascarenhas (2004, p. 22) “nos movimentos sociais, as pessoas e grupos aprendem a se organizar, a se reconhecer, e se fazer reconhecer, a se posicionar diante das forças sociais”. E acrescenta que o papel social emancipador dos movimentos sociais e da educação, em especial, o da Educação Popular, estabelecem amarrações significativas que enriquecem as reflexões e as ações dos sujeitos coletivos rumo a mudanças.

Todo o movimento de luta e reivindicação por condições dignas de saúde gerou o movimento sanitário brasileiro que deu corpo e forma à Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que de fato impulsionou a criação do SUS. Assim, o movimento sanitário foi fortemente mediado pela desorganização sanitária brasileira, frente as necessidades de saúde de toda população, que não eram supridas pelo poder público e relações sociais estabelecidas por essa concepção de saúde. Tinha acesso “garantido” à saúde apenas as pessoas que tinham recursos para pagar pelos serviços²⁰. O movimento sanitário objetivava não somente uma reforma setorial no campo da saúde, mas a democratização da saúde (PAIM, 2008). Costa e Vieira (2013, p. 243) acrescentam que:

¹⁹ O Movimento Popular de Saúde se configurou na tentativa de articulação com a medicina comunitária para a criação de uma rede de troca de conhecimentos no âmbito das discussões de saúde que crescia no país. Nesse contexto, a medicina comunitária se apresentou como a mais adequada para o momento político. Dentro da filosofia da Medicina Comunitária, temos a participação da população e a utilização de técnicas de baixo custo visando o coletivo em detrimento do individual (VASCONCELOS, 1989).

²⁰ Até então existia um sistema de saúde previdenciário, respectivamente, os Institutos de aposentadoria e Pensões (IAPs), as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). De acordo com Zombini e Pelicioni (2015) os que não tinham como pagar pelo serviço ficavam dependentes da ação filantrópica ou da medicina simplificada estatal.

O movimento da Reforma Sanitária defendeu e incorporou a concepção de participação comunitária vinculada à democratização. É por isso que a participação social é tida como fundamental no processo de produção da saúde, surge como um princípio para um novo modelo proposto aliada à universalidade e integralidade, referida, respectivamente, a noção de direito à saúde e de qualidade no processo de cuidado (COSTA, VIEIRA, 2013, p. 243).

Paim (2008, p. 259) enfatiza que “a Reforma Sanitária, resultante do movimento da democratização da saúde no Brasil na década de 1970, não teve origem no Estado e sim na sociedade civil. O que distancia a RSB de outras reformas setoriais”, o que foi percebido pelo contexto no qual, as discussões foram estabelecidas no Estado.

Diante da pressão popular, com discussões sobre a urgência de uma reforma sanitária no país, acontece a VIII CNS no ano de 1986. Temas importantes sobre a saúde como direito, a formulação do sistema público de saúde e o financiamento setorial, fomentaram a criação do SUS. Compreendemos então a VIII CNS, como mediadora do processo de criação e implementação do SUS, na qual, encontramos a concepção de saúde em seu conceito amplo, revelando a determinação social da saúde.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, os resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 04).

O reconhecimento da saúde em seu conceito ampliado, marca a luta pela democratização das políticas públicas de saúde, na qual, a participação popular, mediou a busca por um modelo de saúde que atendesse as demandas de toda população. De acordo com Brasil (2000, p. 05) “as resoluções dessa conferência deram os parâmetros que mais tarde viriam a ser inscritos na Constituição de 1988”. Fruto da VIII CNS, o texto constitucional legitima, a participação social e oficializa o sistema de saúde brasileiro.

Por meio da análise histórica da saúde pública no Brasil, compreendemos que os nexos constitutivos que o compõem, revelaram as mediações que deram materialidade ao sistema público de saúde. Dentre essas mediações, está a concepção da Educação Popular, sendo praticada por agentes coletivos dispostos a

enfrentar a realidade da época, a favor de um sistema público de saúde universal, em prol da coletividade. Por pouco não surgiu um sistema de saúde totalmente antagônico ao SUS. Por um lado, grupos hegemônicos disputavam a privatização da saúde; por outro, o povo unido reivindicava os seus direitos por dignidade e cidadania, princípios constituídos pela Educação Popular. A partir de então, o SUS é fruto da herança histórica arquitetada pelo próprio homem. Ainda que cercado por suas contradições (necessárias), o próprio homem, por meio da reflexão-ação, foi capaz de estabelecer mudanças concretas na sociedade. Nesse aspecto, o SUS, apresentou-se como uma das maiores conquistas do povo brasileiro, e a educação popular foi mediadora desse processo.

1.3.1 Afinal, como se organizou o SUS

Estabelecido por meio da práxis de vários atores sociais, o SUS se consolida por meio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que no Título VIII da Ordem Social, seção II, artigos 196 a 200 vinculada à Seguridade Social²¹ trata a temática saúde. Por meio desse marco legal de implantação do sistema público de saúde observa-se a ruptura com o modelo de saúde privatista centralizado no governo federal e restrito aos contribuintes filiados à previdência social; em direção ao direito à saúde pública, universal, estabelecida coletivamente e fundamentada na promoção da saúde.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Pode-se dizer que esse marco avança rumo a democratização da saúde no país. Se torna uma questão de cidadania, na qual todo cidadão passa a ter direito ao acesso universal, igualitário, integral e gratuito aos serviços e ações de saúde oferecidos por um sistema público de saúde. Em sua extensão, a implantação do SUS não representou apenas o direito à saúde garantido nas políticas públicas brasileiras,

²¹ Seguridade Social compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988, art. 194).

mas inclui a redefinição do conceito de saúde em seu sentido ampliado, abrangendo fatores sociais e econômicos na determinação social da saúde.

Na verdade, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como o “Estado de não doença”, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e promoção da saúde (BRASIL, 2000, p. 05).

Outro marco importante com a implantação do SUS é a formalização da saúde como relevância pública e responsabilidade do Estado. Cabe ao poder público a partir de então, regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 1990a). Por ser um sistema único²², essas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada²³, tendo como diretrizes organizativas a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Rumo a regulamentação do mais novo sistema de saúde da época, foi instituída a Lei 8.080/1990 (p.01), que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento do SUS constituindo uma base legal para fortalecer o direito constitucional à saúde. Essa lei reforça que a “saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” na qual “o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. E acrescenta que, o dever do Estado não exclui os da coletividade na busca pela promoção da saúde.

Integra também essa lei, a determinação social da saúde que envolve fatores como a “alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho,

²² De acordo com o Ministério da Saúde o termo “único” se refere a igualdade de sua doutrina e de seus princípios organizativos em todo o território nacional nas três esferas de governo federal, estadual e municipal. Assim, “o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema, referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990b, p. 04).

²³ “A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade” (BRASIL, 1990b, p. 05).

a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” que em conjunto “expressam a organização social e econômica do país” como determinantes para a situação de saúde de toda população (BRASIL, 1990a).

Nesse sentido, o SUS foi se materializando por meio da Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas de Saúde (LOS)²⁴ 8080/1990 e a 8.142/1990; principais leis que regem o sistema público de saúde revelando a sua essência por meio de seus princípios e diretrizes. De acordo com a LOS, o SUS se constitui a partir de então, pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a, p. 01). E em caráter complementar, sob a condição de cumprir as diretrizes e os princípios do SUS temos a participação privada por meio de contratos públicos e convênios, firmados preferencialmente com as instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1990a).

Em direção ao processo de organização do SUS, temos como princípios organizativos a universalidade; integralidade; autonomia; igualdade; direito à informações, às pessoas assistidas sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos nas três esferas de governo e resolubilidade. Em seu processo de organização tem-se como diretrizes a

²⁴ “É importante registrar que a LOS foi editada após importantes vetos do governo em uma atmosfera muito nebulosa quanto à efetivação das conquistas constitucionais” (COSTA, VIEIRA, 2013, p. 247). “Justamente pelo fato de a aprovação do SUS coincidir com uma conjuntura de medidas neoliberais” (VALLA, 2000, p. 258). A década de 90 foi marcada por relações conflituosas entre a democratização e a estabilização da economia frente ao controle da inflação, redução de gastos e expansão do setor privado que lideraram a agenda política da época. BAPTISTA, MACHADO e LIMA (2009) acrescentam que “ Na saúde, ainda que tenha havido avanços importantes – como mudanças político-institucionais relacionadas à construção de um arcabouço decisório para o SUS e a expansão das ações e serviços públicos de saúde no território nacional – o percurso da política expressou com vigor as tensões entre o projeto da reforma sanitária e a agenda hegemônica de reforma do Estado. Tal agenda, de inspiração neoliberal, se mostrou adversa à expansão da atuação do Estado e impôs restrições ao exercício de suas responsabilidades na garantia da saúde como direito de cidadania (p. 831).

descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL,1990a). Menicucci (2014) destaca que:

Isso não é pouco. É preciso defender esse gigante que é o SUS num país do tamanho do Brasil, em que de fato se efetivou uma descentralização. Antes havia o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social, o Inamps, órgão federal completamente centralizado, e o SUS vai para os cinco mil e tantos municípios brasileiros, concretizando a ideia do atendimento integral em todos os níveis de complexidade da atenção; e da participação da sociedade, que reflete todo o contexto de democratização, da ação de movimentos sociais para ampliação da democracia (MENICUCCI, 2014, p. 82).

Em meio a tantas propostas de mudanças no setor saúde por meio da implementação de um sistema único, as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação social vão estruturando e tecendo as redes que compõe o SUS. A descentralização é compreendida como uma diretriz que proporciona “a todos os atores uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções” (BRASIL, 2009b; p. 10). Assim, o município como ente federado que mais conhece a realidade da população, passa a responsabilizar-se pela execução de políticas de saúde que mais atende as necessidades da população local (BRASIL, 2000). Segundo Paim (2009, p. 488, e-book) “a descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil”.

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto estiver a decisão, maior a chance de acerto. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. A decisão deve ser de quem executa, pois geralmente está mais perto do problema. A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados. Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade (GOIÁS, 2017, p. 11).

Nessa direção, o atendimento integral compõe as diretrizes do SUS no sentido de “demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população” (BRASIL, 2000, p. 31). Em sua definição legal é entendida como

um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, p. 04). Sobre o assunto, Pinheiro (2008, p. 257) acrescenta que,

Na experiência a “integralidade” ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. A “integralidade” das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida (PINHEIRO, 2008, p. 257).

Concomitantemente, a participação da comunidade²⁵, é uma diretriz que se faz necessária para a estruturação, fortalecimento e perpetuação do SUS. “A participação da sociedade não se esgotou nas discussões que deram origem ao SUS. Esta democratização também deve estar presente no dia-a-dia do sistema” (GOIÁS, 2017, p. 10). Como forma a regulamentar e indicar os meios de participação da comunidade a Lei 8142/1990 institui as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde²⁶ nas esferas municipal, estadual e federal, como instâncias colegiadas que objetivam a participação popular e o controle social no sistema de saúde. Importante ressaltar que as CNS e os conselhos de saúde antecederam a criação do SUS, todavia, não proporcionavam diretamente a participação popular como depois de sua criação; anteriormente a implantação do SUS eram restritas a membros do governo e fechadas à discussão de problemas pontuais de saúde (BRASIL, 2009a).

De acordo com registros do Conselho Nacional de Saúde (CNS) após a implantação do SUS as CNS surgem como “um espaço de debate para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde” (BRASIL, 2013a; p. 4). Passa a ser convocada pelo poder executivo ou conselho de saúde a cada quatro anos cuja participação comunitária se torna relevante por meio da junção de segmentos representativos da sociedade (BRASIL, 1990c). Dessa forma, essa nova estrutura proporciona a participação popular na formulação de propostas para diretrizes e políticas públicas de saúde, bem como, o controle e a

²⁵ Importante destacar que a participação popular também é um direito conquistado na Constituição Federal de 1988, fundamental para o fortalecimento do SUS.

²⁶ Vasconcelos (2015) registra que o controle social exercido pelos conselhos de saúde não foi implementado com o SUS. Várias cidades do país e vários serviços de saúde já haviam conquistado esse espaço intermediado por lutas dos movimentos populares na saúde.

avaliação das ações de saúde (BRASIL, 1990c).

Já o conselho de saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente nas três esferas de governo. Em seu conjunto é obrigatório a representação paritária de toda sociedade, ou seja, metade de seus membros representando os usuários do SUS e a outra metade, composta por representantes do governo, trabalhadores da saúde e os prestadores de serviços privados que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde (BRASIL, 1990c). Valla (2000, p. 258) aponta a relevância dos conselhos de saúde pois “constituem um espaço formal e legal para representantes dos setores organizados da sociedade civil deliberarem sobre os rumos da saúde em seu município”. Em linhas gerais, Costa e Vieira (2013, p. 245) acrescentam que a “participação da comunidade foi instituída nas conferências e nos conselhos de saúde, cujo papel tem o sentido imprescindível de transformação nas relações entre os atores no estado, tornando mais democrática a gestão pública”.

Nesse sentido, o SUS se consolida em sua essência, como um sistema de saúde descentralizado, integral e participativo construído por vários atores sociais em defesa de direitos fundamentais, indispensáveis para se viver em sociedade, como o da saúde.

1.3.2 A operacionalização do SUS

No decorrer de três décadas objetivando a operacionalização, normatização e organização do SUS tivemos a implantação de várias diretrizes e propostas. De forma breve abordaremos os pontos estratégicos fundamentais que foram estruturando o SUS no decorrer dos anos. De início, totalmente vinculado à assistência médica, o processo de operacionalização do SUS foi orientado por Normas Operacionais Básicas (NOB). As NOB/1991 e NOB/1992 foram instituídas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) órgão centralizado na esfera federal com a concepção de cidadania ainda vinculada ao mercado de trabalho limitando de certa forma a implantação do SUS como previsto na legislação (BRASIL, 2011a). Em 1993 o INAMPS é extinto, a nível federal, permanece o MS, a nível estadual, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a nível municipal, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como órgãos responsáveis pela implantação de políticas de saúde para toda população, consolidando a direção única do sistema de saúde anunciada na Constituição.

As NOB/1993 e a NOB/1996 anunciaram o movimento rumo a descentralização das ações de saúde que resultaram na municipalização dos serviços do SUS com gestão plena municipal e gestão plena da Atenção Básica (AB) redefinindo as responsabilidades da União e dos estados tendo como finalidade a formação de vínculo do cidadão com o SUS, o estabelecimento de ações na área da vigilância sanitária e epidemiológica e a (re)organização do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011a).

No ano de 2000 a Emenda Constitucional (EC) nº 29 fundamentada por correntes econômicas antagônicas à vinculação de recursos orçamentários para o SUS altera os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição e prevê recursos mínimos para o financiamento da saúde pública. “A não-regulamentação da EC n. 29, juntamente com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), têm sido mecanismos utilizados para limitar os recursos públicos na saúde” (BRASIL, 2011a, p. 23), resultando na falta de recursos e investimentos na saúde pública.

Objetivando o aprimoramento do SUS e a superação dos desafios referentes a sua estruturação são instituídas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 que estabeleceram os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e a ideia de redes de assistência. Posteriormente, em 2006, temos a construção do Pacto pela Saúde, um acordo interfederativo que engloba o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.

Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2010, p.03).

Fundamentadas na estrutura normativa do SUS, em destaque as portarias do Pacto pela Saúde, foram implantadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS)²⁷ no SUS.

²⁷ As RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Caracterizando-se pela “formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos” (BRASIL, 2010, p. 04).

A necessidade da estruturação organizativa em redes de atenção adveio da dificuldade em superar a fragmentação das ações e serviços e também, devido à necessidade de qualificação para a gestão do cuidado. Documentos do MS apontam que:

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010, p. 02).

Em meio ao movimento de operacionalização do SUS a LOS 8080/1990 é regulamentada pelo Decreto 7.508/2011 que dispõe sobre a organização, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa dentro do sistema de saúde. Essa reconfiguração se dá a favor da efetivação das redes de atenção à saúde com o objetivo de fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS promovendo “a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL, 2010, p. 04). Assim, a organização do SUS passa a ser estabelecida por Regiões de Saúde²⁸ instituídas pelo Estado e municípios devendo compor minimamente a atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Por meio desse mesmo decreto o processo de planejamento da saúde passa a ser obrigatório para o setor público de saúde sendo estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde as diretrizes a serem observadas na elaboração do plano de saúde. Assim, “o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros” (BRASIL, 2011b, p.03).

Referente a assistência em saúde o decreto sinaliza o princípio da integralidade como ponto de partida e chegada das RAS. Como estratégia para efetivar a

²⁸“Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011b, p. 01).

integralidade das ações é instituída a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A primeira, compreende a relação de “todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde”. A segunda, “a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” (BRASIL, 2011b, p. 04). Dessa forma, o modelo de atenção se configura na universalização das ações nos serviços de saúde e na dispensação igualitária da assistência farmacêutica corroborando assim, com a efetivação dos princípios organizativos e doutrinários do SUS.

No que diz respeito a articulação interfederativa, temos as comissões intergestores que pactuarão em conformidade com as RAS as ações e serviços a serem oferecidos para a população. Sendo elas, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) na esfera da União; Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito do Estado; Comissão Intergestores Regional (CIR) no âmbito regional vinculada à SES. Com efeito, os gestores públicos de saúde serão representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) (BRASIL, 2011b).

A organização das redes interfederativas de atenção à saúde serão pactuadas pelas comissões intergestores por meio de Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) resultando na integração das ações e os serviços oferecidos dentro de uma região de saúde, fortalecendo assim, o princípio da integralidade. Assim, o COAP definirá:

as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b, p. 07).

Dessa forma, por meio do desenvolvimento de estratégias que permitam o protagonismo social, o COAP deverá fortalecer a gestão participativa entre todos os entes federativos e usuários do sistema, proporcionando a avaliação, o levantamento das necessidades e interesses de todos, assim como, a divulgação dos direitos e

deveres dos cidadãos em toda esfera de saúde do SUS, objetivando o progresso do sistema público de saúde brasileiro (BRASIL, 2011b).

1.3.3 SUS: o que temos hoje

Todo o movimento que resultou na materialização do SUS se deu em meio a um contexto histórico conflituoso de disputa entre a conservação da assistência médica privada em relação à saúde pública. De certa forma, todo esse contexto determinou trechos do texto final da Constituição Federal de 1988. De acordo com o CEBES (2014), sob forte influência de setores conservadores²⁹, foram mantidos avanços, como também, alguns retrocessos.

Entre os avanços a instituição elenca o reconhecimento da determinação social da saúde como fator abrangente na situação de saúde da população; a democratização da saúde, na qual, a saúde passa a ser vista como um direito fundamental de todo cidadão tendo a participação popular como mediadora desse processo; e a universalidade, que surge como um princípio doutrinário que garante o acesso universal aos serviços públicos de saúde.

Para a consolidação do princípio da universalidade, ficou estabelecido que os serviços de saúde seriam fornecidos pelo próprio SUS ou contratados por fornecedores do setor privado. Assim, permaneceu no texto constitucional em seu artigo 199 a saúde “livre a iniciativa privada”³⁶. Documento do Ministério da Saúde (1990b) preconiza que a contratação dos serviços privados aconteça mediante:

²⁹“No período posterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, houve uma política de governo que notadamente desfigurou as conquistas da Carta Magna. Ocorreu uma grande expansão do setor privado e do mercado na saúde e na previdência social por meio das seguradoras privadas e o aumento da dívida pública impediu o crescimento dos orçamentos da área social, incluindo o da saúde. Sob a orientação do Fundo Monetário Internacional (FMI), o Estado omitiu-se de dar consequência a uma política pública integrada que garantisse a dignidade humana, dando prioridade ao ajuste fiscal apesar da situação social do país. A política adotada favoreceu a visão mercantilista da Saúde e da Previdência Social” (BRASIL, 2004a, p. 33).

1ª - a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular; 2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste; 3ª - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar (p. 06).

Alimentando a lógica do capital, entre os serviços que são contratados estão os de alto custo, que na maioria das vezes são fornecidos exclusivamente pelos planos e seguros privados. Para Bahia (2017) “o gargalo do SUS não é, como se diz por aí, a alta e média complexidade e sim as políticas de divisão público-privada de procedimentos, ações e valores de remuneração orientada por interesses particulares” (p. 07). Ou seja, “saúde como um negócio, como um objeto para se ganhar dinheiro. A permanência de um setor privado de saúde que está entre os maiores do mundo passou a constituir o maior entrave para a efetivação da universalidade” (CEBES, 2014, p. 02). A mesma instituição elucida que, a aprovação das leis que regulamenta o SUS no governo Collor de Mello, favoreceu e muito o mercado privado e o modelo neoliberal³⁰ e acrescenta,

Desde o início do SUS, portanto, a implantação do direito universal à saúde teve de conviver e competir com os interesses do mercado privado, que vê a saúde como um negócio a ser explorado, seja na prestação de serviços, seja através da venda de seguros privados e serviços de saúde. Todas as formas assumidas pelo setor privado para negociar a saúde no Brasil se beneficiaram historicamente de políticas e recursos públicos, que são mantidos até hoje (CEBES, 2014, p. 02).

Nesse contexto, a universalidade da saúde tem sido um campo de disputa atraente para o sistema privado. A proposta de “cobertura universal da saúde” contrapõe o conceito da saúde como um direito universal objetivando o fortalecimento do setor privado na oferta de seus serviços de saúde (CEBES, 2014). O discurso midiático que prega a ineficiência do SUS vende a ideia de que a presença do setor privado é o caminho para redução das iniquidades no campo da saúde.

³⁰Westphal (2015) esclarece que “o neoliberalismo e a pressão das tecnologias médicas foram modificando as diretrizes do sistema, e a biomedicina retomou o espaço hegemônico que vinha ocupando desde o início do século passado” (p. XXV).

Apoiando a propagação da ideia de ineficiência do SUS, temos diversos problemas “intencionais” relacionados ao financiamento do SUS. Valores insuficientes vem sendo aplicados no sistema desde a sua criação, que aliado à queda de investimentos por parte do governo federal acarreta problemas crescentes para os estados e municípios, inclusive para os mais pobres. A renúncia fiscal do imposto de renda relacionado a gastos com planos privados de saúde, igualmente, beneficia apenas a utilização dos serviços privados em detrimento do serviço público de saúde (CEBES, 2014).

A perda de investimentos no SUS em relação ao setor privado aparece também na forma de planos e seguros de saúde para servidores públicos e seus dependentes, contraditoriamente fornecidos pelo próprio Estado, como esclarece o CEBES (2014),

Tal prática, que também existe em muitos governos estaduais e municipais, não só reduz as despesas com a saúde pública como passa para os funcionários públicos uma mensagem de desconfiança com os serviços do SUS e outra para a população em geral, que estaria discriminada e relegada a serviços de pior qualidade. Trata-se de prática inaceitável de benefício ao setor privado e de fortalecimento da ideia de que a saúde deve ser principalmente um negócio lucrativo e não um direito da população (p. 18).

Outro ponto a ser destacado é a inconcretude da rede de acesso aos serviços de saúde, o que dificulta o atendimento da população, principalmente a das regiões distantes dos grandes centros de saúde. Na íntegra, o SUS compõe uma rede regionalizada e hierarquizada, na qual, “os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida” (BRASIL, 1990b, p. 05). Ao pé da letra, o SUS deve oferecer a uma determinada região todas as modalidades de assistência e todo tipo de tecnologia disponível possibilitando a resolubilidade.

Consta no documento do MS que “o acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde” (BRASIL, 1990b, p.05). Os demais, deverão ser pactuados dentro da região de saúde e referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. Por outro lado, por fatores políticos, econômicos, culturais, a maioria da população ainda convive com a insuficiência e precariedade da infraestrutura dos serviços secundários (ambulatoriais) e terciários (hospitalares) (CEBES, 2014).

Não é possível ignorar os seus paradoxos: de um lado, temos serviços de excelência disponíveis para todos os cidadãos, como transplantes, tratamentos oncológicos, acesso a medicamentos para aids; por outro lado, há uma enorme dificuldade de acesso aos serviços básicos, de urgência, às consultas. Não é possível esconder essa realidade, pois somente enfrentando esses problemas iremos garantir a qualidade dos serviços (BRASIL, 2004a, p. 13).

Outra questão que tem dificultado a operacionalização do SUS em sua essência, e que merece ser destacada, é a formação dos recursos humanos em saúde. A atual conjuntura político-pedagógica do país tem favorecido a perpetuação do modelo biomédico nas práticas de saúde, assim, vários profissionais que prestam serviços para o SUS não trabalham em consonância com seus princípios e diretrizes, não atendem as necessidades do SUS e nem as da população. Consequentemente, presenciamos o crescimento das especialidades em saúde submetidas às regras do mercado que ao mesmo tempo revela a necessidade de mudanças no processo de formação dos recursos humano para o SUS. Em acordo com STHAL (2016),

O fortalecimento do pensamento crítico e político na formação em saúde é indispensável para a ampliação da visão de mundo dos futuros profissionais da saúde, ultrapassando o conhecimento técnico-científico e resgatando conceitos como cidadania, justiça social e solidariedade. É necessário apresentar ferramentas para que esses futuros trabalhadores da saúde possam refletir sobre sua própria prática, conceber um projeto de sociedade e lutar por ele, incluindo a luta pelo direito de assistência em saúde pública e de qualidade. Dificilmente haverá mudanças nas práticas de atenção à saúde sem a participação ativa dos profissionais como sujeitos comprometidos com a cidadania, com a ética, com a democracia, com a coletividade e com o fortalecimento do sistema público de saúde (STHAL, p. 105).

Resultado de todo esse contexto abordado até aqui, o SUS apresenta dois territórios em disputa. O primeiro, a favor da ampliação dos investimentos financeiros e recursos humanos para o fortalecimento da saúde pública; o segundo, representados por classes hegemônicas que “criam” brechas a serem preenchidas por planos e serviços privados de saúde. Cabe assim, ao próprio homem, o enfrentamento dos desafios que os são (im)postos e a favor da saúde pública brasileira dizer não aos ataques que objetivam a desconstrução do SUS. Assim,

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país. Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010, p. 02).

Na busca por enfrentamentos da atual conjuntura do SUS é necessário o rompimento com as práticas de políticas setoriais isoladas na saúde, fomentando a articulação com os setores da assistência social, educação, cultura, meio ambiente, das cidades e outros. De acordo com o CNS a abordagem intersetorial estrutura uma rede de serviços que integra a promoção e a proteção da saúde, o controle de risco e a regulação do mercado produtivo da saúde, assim como, a agilidade e otimização nas práticas das políticas sociais (BRASIL, 2013a). “Como prática de ação política e de gestão, a intersetorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes.” (BRASIL, 2004a, p. 43).

Nesse sentido, permeado pelas diversas contradições expostas até aqui, o SUS se materializa como um sistema de saúde ainda em construção. Diversos agentes coletivos em defesa do SUS, por três décadas, tem procurado criar e recriar estrategicamente políticas de saúde que fortaleçam o sistema. O grande desafio é garantir a universalização das ações em saúde, acolhimento aos usuários, a responsabilização, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e a população, a integralidade das ações na atenção em saúde, a resolutividade e a participação popular diante das diversidades de gênero, de raça, de faixa etária, étnicas e culturais (BRASIL, 2010).

Somente em posse da concepção ampliada de saúde e pensando o trabalho educativo em saúde no sentido de promover a autonomia, emancipação, empoderamento social e concomitantemente, a qualidade de vida mediada por ações convergentes e integradas, implementadas pelos governos dos municípios, dos estados e da União e por instâncias representativas do controle social que será constituída a inclusão social e a construção da cidadania nos planos individual e coletivo (BRASIL, 2004a). Resta saber se os desafios poderão ser superados em uma sociedade na qual prevalece os interesses do capital.

2 TRABALHO EDUCATIVO EM SAÚDE: REFLEXÕES E PRÁTICAS

No que diz respeito ao trabalho educativo em saúde, a discussão abrange o entendimento das concepções de educação, saúde, homem e sociedade como posto no capítulo 1. Nos lembra Morosini, Fonseca e Pereira (2008), a necessidade do entendimento da categoria trabalho em saúde, para a compreensão do trabalho educativo em saúde e as suas relações estabelecidas na sociedade capitalista. Dialeticamente, o trabalho educativo, se constitui em trabalho educativo ontológico ou trabalho educativo alienado.

Educação, saúde e trabalho são compreendidos como práticas sociais que fazem parte do modo de produção da existência humana, precisando ser abordados historicamente como fenômenos constituintes-produtores, reprodutores ou transformadores-das relações sociais (MOROSINI, FONSECA, PEREIRA, 2008, p. 155).

Assim, “o modo como o trabalho se organiza e para que ele serve é importante para entendermos a sociedade em que vivemos” (p. 427). O homem se forma pelo seu trabalho, modificando a sua forma de se relacionar com o mundo “toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo” (MERHY, FRANCO, 2008, p. 427). Para a compreensão da categoria trabalho em saúde, Merhy e Franco (2008), à luz do Materialismo Histórico Dialético, discutem o trabalho ontológico, ou seja, trabalho como atividade vital do homem, a sua própria vida produtiva, consciente e livre, meio de produzir a vida em coletividade.

Na perspectiva ontológica, o trabalho educativo em saúde, é compreendido como “práxis humana e a forma pela qual o homem produz a sua própria existência na relação com a natureza e com outros homens” (RAMOS, 2008, p. 115). No entanto, na atual sociedade capitalista, contraditoriamente ao seu sentido ontológico, o trabalho, assume a inversão de sua forma, resultando em trabalho alienado, trabalho de auto-sacrifício (MARX, 2004). Consequentemente, ocorre a alienação do trabalhador no processo de seu trabalho.

Pensar sobre o trabalho educativo ontológico no SUS, possibilita a compreensão do trabalho como atividade vital, para o fortalecimento e perpetuação do princípios e diretrizes do SUS. No entanto, na saúde, como em outras áreas do conhecimento, a perspectiva ontológica do trabalho encontra-se obscurecida. O

trabalho que deveria ser atividade livre, consciente, produzida coletivamente; passa a ser, trabalho obrigatório, forçado, apenas um meio de existência no plano individual, aspectos que caracterizam o trabalho alienado. O trabalhador não se sente integrante e protagonista do processo de seu trabalho, mas o exterioriza, como se não fizesse parte de si (MARX, 2004).

2.1 Trabalho educativo em saúde no SUS: concepções e contradições

Quando realizamos uma análise histórica sobre o trabalho na sociedade capitalista, temos que o próprio movimento de alienação, em todas as áreas, consequentemente, determinam as relações sociais no trabalho. Na saúde, o trabalho educativo, tem se materializado em diversas faces. Ao longo da história, o trabalho educativo em saúde, ganhou diversas conformações a depender da concepção e do interesse de quem o executa, no cotidiano dos serviços de saúde.

Pensando no percurso histórico de construção do SUS, apesar de todo o processo de alienação intrínseco à sociedade capitalista, diversos agentes coletivos, buscaram mudanças concretas na sociedade da época, por um mundo equânime, mais justo, compatível com a vida em coletividade. Embora Vasconcelos (2001), não utilize o termo trabalho educativo em saúde em seus escritos, utilizaremos de seus achados, para historicizar as relações sociais que determinaram o trabalho educativo antes do SUS. Práticas pioneiras, já apontavam o trabalho educativo em saúde alienado, pelo seu cunho individualista, autoritarista e regulador.

O autor, escreve que a educação em saúde³¹ marcou diversos períodos históricos vivenciados no país. Primeiramente, a educação em saúde se apresentava apenas como privilégio da elite urbana. O Estado, só se preocupava com as camadas populares quando as epidemias começaram a ameaçar a ordem e o desenvolvimento econômico do país. Nessa perspectiva, as práticas de educação em saúde não se davam de forma livre, desinteressada, mas carregavam consigo, propósitos ideológicos, políticos e econômicos. Deste modo, o Estado, propunha um discurso

³¹ O termo “educação em saúde” é originário dos escritos do autor. Neste trabalho, os termos “educação em saúde”, “práticas educativas em saúde”, “educação popular”, educação permanente em saúde”, “educação continuada” serão esclarecidos logo a frente. Importante ressaltar que, o uso desses termos, não caracterizam o trabalho educativo ontológico. No estudo, são tratados apenas como partes integrantes do trabalho educativo em saúde.

moralista e higienista, objetivando a civilização da população com a finalidade de promover a ampliação das forças produtivas (ALVES, 2005).

Decorrente do processo de industrialização, com o crescimento desordenado das cidades, precarização do trabalho, e a falta de controle sobre as epidemias, o Estado impunha, de forma autoritária, regras e condutas para “saúde” da população, marcando assim, as primeiras práticas de educação em saúde no país, chamada de educação sanitária. “Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos considerados adequados” (VASCONCELOS, 2001, p. 27).

Um fato marcante que ilustra esse modelo autoritarista, foi a implantação da polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz, que objetivava a prevenção das doenças endêmicas da época, e como forma de controle social, emprega “a vacinação compulsória e vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças” (ALVES, 2005, p. 44). Paim (2009, p. 255, ebook) acrescenta que “a saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social”.

Consequentemente, as concepções de educação em saúde da época, influenciaram e orientaram o trabalho educativo no campo da saúde pública. Pelicioni e Pelicioni (2007), destacam que na saúde, as ações eram restritas, visando apenas a prevenção da doença, com atenção voltada apenas para as epidemias e, quanto a educação, as ações eram centralizadas na educação sanitária. Concebida individualmente, passava a ideia de que bastasse apenas mudanças no estilo de vida das pessoas, para que se atingisse um nível de saúde plena. Uma visão totalmente biologicista, dissociada do conceito ampliado de saúde, ocultando os fatores sociais e as condições de vida e trabalho que integram a saúde e a doença (ALVES, 2005).

Com o intuito em desenvolver um sistema de saúde equânime, o MS, recomenda que o trabalho educativo em saúde, desenvolvido com os trabalhadores do SUS e/ou com a comunidade em geral, necessita acontecer em uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa, de forma a se reinventar modelos de cuidados humanizados, compartilhados e integrais, como forma a se opor a todo modelo hegemônico, existente no sistema de saúde. Assim, a Educação Popular, tem sido reconhecida como uma concepção do campo educacional, capaz de reorientar o trabalho educativo no SUS, fortalecer a autonomia, a consciência crítica, a cidadania participativa dos indivíduos e a superação das desigualdades sociais na sociedade capitalista. Bem como, promover a aprendizagem no ambiente de trabalho, por meio

da problematização da realidade do cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a).

Buscando conhecer e compreender, o que o MS, tem produzido sobre o trabalho educativo no SUS, temos alguns conceitos de educação que foram tratados em seus manuais, cadernos e políticas públicas de saúde. De modo a compreender a articulação dos termos “educação popular em saúde”, “educação permanente em saúde”, “educação em saúde” e “educação continuada”, no campo da saúde, esses conceitos são detalhados. O Quadro 1 apresenta de forma sucinta, os conceitos e as características de cada uma delas, fundamentados no arcabouço teórico do MS.

Quadro 1- Caracterização dos conceitos de educação trabalhados no SUS

Descrição
Educação em Saúde: Conjunto de práticas do setor saúde que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de se alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.
Características
▪ Intrínseca a todas as práticas desenvolvidas dentro do SUS; ▪ Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema; essencial para a formulação de política de saúde de forma compartilhada, como as ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários; ▪ Em sua concepção ampliada se articula com a Educação Popular em Saúde; aliada à Educação Popular em saúde, se torna uma possibilidade teórica e metodológica rumo a transformação das práticas tradicionais de educação em saúde.
Descrição
Educação Popular em Saúde: Ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inserção social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde.
Características
▪ É uma prática voltada para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS; ▪ As práticas e as metodologias da Educação Popular em Saúde possibilitam o encontro entre trabalhadores e usuários, entre as equipes de saúde e os espaços das práticas populares de cuidado, entre o cotidiano dos conselhos e dos movimentos populares, ressignificando saberes e práticas; ▪ É orientada pelos seguintes princípios: diálogo, amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular; propõe ações em quatro eixos estratégicos: participação, controle

social e gestão participativa; Formação, comunicação e produção de conhecimento; Cuidado em saúde; Intersetorialidade e diálogos multiculturais; ▪ Reconhece e valoriza as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde.
Descrição
Educação Permanente em Saúde: Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.
Características
▪ Agrupa o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais no contexto real em que acontecem; ▪ Modificam as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; ▪ As pessoas são atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; ▪ Aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ▪ Amplia os espaços fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.
Descrição
Educação Continuada em Saúde: Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.
Características
▪ Continuidade do modelo escolar e acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização; ▪ Conceitua tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, com continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos; ▪ Distanciamento entre a prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática; ▪ Estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequência constante; ▪ Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsidera a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores.

Fonte: BRASIL, (2007a, p. 04); BRASIL (2009c, p.43); BRASIL (2013c, p. 19).
Organização: Autora.

Analizando cada conceito proposto pelo MS, temos elementos que lembram a essência do trabalho ontológico, mas que contraditoriamente, na sociedade capitalista, pela alienação do trabalho, não tem espaço para transcender o trabalho alienado em saúde. Ou seja, devido a alienação do trabalho educativo, prevalece apenas a fragmentação das ações educativas em saúde e o individualismo desenfreado que alimenta apenas a lógica do sistema capitalista de produção. As reais necessidades dos usuários do SUS, os modos de pensar e agir sobre a sua própria saúde, seus saberes, sua cultura e suas crenças, por vezes, não são valorizados (BRASIL, 2007a).

Entre os elementos que fortalecem o trabalho educativo em saúde, pela busca da práxis transformadora de diversos coletivos, temos o aporte teórico-metodológico-prático da Educação Popular, por estimular a reflexão crítica e a problematização da realidade, na tentativa de ruptura com modelos verticalizados tradicionais de saúde e educação; pela relação dialógica e emancipadora, que fortalece a autonomia, a liberdade, o protagonismo, em acordo com as autênticas necessidades de saúde da população, levando sempre em consideração, os contextos e as histórias vividas pelos coletivos, na busca pela efetivação da integralidade SUS e em sua dimensão mais ampla, a formação humana (BRASIL, 2007b).

Por vezes, o trabalho educativo em saúde, vem se desenvolvendo de forma distorcida ao que tem preconizado o próprio SUS. Sendo um campo de disputas dentro do próprio sistema, a concepção de educação em saúde, educação permanente, educação continuada e educação popular em saúde, tem sido afrontada por concepções restritas de saúde e educação. Silva (2017), alerta que, a perpetuação da concepção estrita da educação em saúde, resulta do paradigma biomédico, ainda presente nas ações de educação em saúde “a educação em saúde constituída no SUS tem sido manifesta por uma contradição entre o modelo assistencialista ou biomédico e o modelo de educação popular em saúde” (p. 123). E acrescenta que, a concepção ampliada de educação, tem como referência a educação popular e em aproximação com o paradigma crítico da promoção da saúde, se apresenta “como o melhor recurso para o enfrentamento do modelo assistencialista” (p. 125).

Contraditoriamente, em oposição ao trabalho educativo ontológico, o homem visto apenas como produto biológico das espécies, fora de seu contexto histórico, se torna vulnerável às ordens e condutas biologicistas impostas por discursos

oportunistas que não levam em conta as determinações sociais da saúde e da doença. Somente por meio da visão do ser humano, como ser genérico, a partir de uma proposta emancipadora de educação, comprometida com a promoção da saúde das classes populares, que alcançaremos um nível de saúde favorável a todos.

Defendida em determinado tempo histórico pelo MS, e institucionalizada pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), existe a necessidade de inserção da concepção proposta pela educação popular, em substituição às práticas educativas tradicionais no SUS. Constituída a favor da coletividade, se torna um instrumento para o enfrentamento das estruturas políticas e econômicas que hegemonicamente confrontam a sociedade e consequentemente, a própria consolidação do SUS. Em sua materialidade, a EP, precisa ser estabelecida objetivamente como concepção de educação defendida pelo SUS. A intenção é promover o fortalecimento do trabalho educativo no SUS, em sua dimensão ampla, para além da prática instrumental e à transmissão de conhecimentos, direcionando a formação humana em defesa da vida e outras necessidades humanas.

Nesses entornos, a busca pela compreensão das concepções de homem, sociedade, educação, saúde e com elas o entendimento do trabalho educativo na saúde, se mostrou uma tarefa complexa, mas necessária. O desvelamento da realidade, que muitas vezes nos é ocultada, com o objetivo de potencializar e reproduzir os interesses que permeiam a sociedade capitalista, é também uma tarefa intensa, dolorosa, mas urgente. Romper com os paradigmas dominantes em nossa sociedade atual, é essencial, para garantir os direitos humanos fundamentais, dentre eles, o da saúde e da vida, evitando a nossa autodestruição.

2.2 A Educação popular em Saúde e o trabalho educativo no SUS

Compreendendo a importância da educação para a criação, implantação e materialização do SUS, o MS, reconheceu a EP, em 2012, como uma concepção teórico-prática de educação, a ser adotada pelos trabalhadores na operacionalização do sistema público de saúde. Uma estratégia, a ser incorporada no desenvolvimento do trabalho educativo em saúde, com gestão estratégica participativa, construção da autonomia e emancipação das classes subalternas, que excluídas historicamente, têm seus saberes e modos de conduzir a vida desvalorizados (BRASIL, 2007a).

A EP foi fundamental na construção e aperfeiçoamento de muitas práticas inovadoras que diferenciam o sistema público de saúde brasileiro de outros sistemas nacionais de saúde. Nas experiências pioneiras de saúde comunitária, a EP ajudou na construção de importantes inovações que serviram de referência para o Movimento Sanitário pensar e, posteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente os serviços de Atenção Primária (APS) (VASCONCELOS, 2017, p. 22).

De modo a fortalecer, o protagonismo popular, na defesa dos direitos sociais e aperfeiçoar o trabalho educativo no SUS, mediado por uma ampla discussão sobre saúde e educação, o MS, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) implantou em 2012, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS – SUS). Instituída em um contexto político democrático que favoreceu sua criação (SCHONARDIE, 2018), a Portaria nº 2.761 de 2013 representou a “materialização legal e institucional de uma luta social que é anterior à própria criação do SUS” (STHAL, LEAL, 2017).

Em consonância com os princípios e diretrizes do sistema público de saúde, a PNEPS-SUS, reafirma o compromisso com os direitos de saúde dos usuários, objetivando a melhoria da qualidade de vida e a diminuição das fragilidades/desigualdades sociais, bem como, o reconhecimento e valorização da cultura popular “especialmente as várias expressões de arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde” (BRASIL, 2013b, p. 02).

Assim, na tessitura das políticas públicas a educação popular em saúde, é apresentada como estratégia política e metodológica para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde voltados para a “promoção, proteção, e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS” (BRASIL, 2013b, p. 01).

Do ponto de vista epistemológico, a educação popular, se fundamenta em Paulo Freire, tendo os seus princípios pautados no diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada de conhecimento; emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2014a), “a participação de profissionais da saúde nas experiências de Educação Popular [...] representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde” (VASCONCELOS, apud, BRANDÃO, 2017).

Assim, integrando os eixos estratégicos da PNEPS-SUS, temos: a participação;

controle social e gestão participativa; formação, comunicação, e produção de conhecimento; cuidado em saúde e intersetorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013b). Em direção ao processo de reorientação do trabalho educativo no SUS, Vasconcelos (2001), considera a urgência da necessidade de apropriação da educação popular pelos profissionais de saúde na execução/efetivação do trabalho educativo conforme tem preconizado o SUS, adequando as atividades pedagógicas realizadas nos serviços de saúde à concepção de educação proposta pela EP.

Nesse sentido, a EP é um instrumento para a construção de uma integralidade mais radical na assistência à saúde que possibilita não apenas uma abordagem ampliada das diferentes dimensões pessoais dos problemas abordados. Possibilita a construção de práticas que integram, em sua implementação, dimensões políticas e econômicas, locais e societárias. É instrumento de uma promoção da saúde voltada também para a formação de uma cidadania ativa que enfrenta os determinantes sociais da saúde e das doenças. A EP coloca o trabalho cotidiano em saúde a serviço da construção da democracia, da justiça e da solidariedade social. Esta ampliação de potencialidades do trabalho em saúde traz um novo ânimo para os seus profissionais e novos desafios, dando novo gosto e motivação para a vida dos profissionais indignados com a injustiça e sonhadores de uma sociedade mais democrática e amorosa (VASCONCELOS, 2017, p. 33).

De acordo com Schonardie (2018, p. 38) para materialização da EP nos serviços de saúde “os profissionais da saúde precisam estar preparados também para serem educadores populares”. O caráter dialógico/transformador, no qual quem ensina de repente aprende e em situação de aprendiz também ensina, se torna fundamental nesse processo (FREIRE, 1992). Dessa forma, toda prática social à luz da concepção da EP, revela que as classes populares são dotadas de conhecimentos e saberes acumulados ao longo da história “pessoas e grupos com uma intensa “busca de ser mais” com significados e surpreendentes saberes sobre como buscar a alegria e a saúde em suas condições concretas de existência e com grande criatividade para participar da construção de soluções para seus problemas” (VASCONCELOS, 2017, p. 21).

Dessa forma, o reconhecimento e institucionalização da EP, como política de saúde, apresenta um caminho ainda em construção, que aponta possibilidades, estranhamentos, contradições e desafios (SCHONARDIE, 2018). Possibilidades não somente na utilização do arcabouço teórico da EP para formulação e fundamentação das políticas públicas, mas potencialidade “prática social com amplo poder de agregação, alicerçado em princípios éticos e culturais compromissados com o

popular” (BONETTI, CHAGAS, SIQUEIRA, 2014, p. 18). Quanto aos desafios, os autores citam, a legitimação dos princípios da educação popular como prática difundida na sociedade, valorizando os saberes, a cultura, que historicamente esquecidos, resultam na discriminação das pessoas.

Schonardie (2018), esclarece as contradições que surgem por meio da tentativa de institucionalização da EP pelo Estado. Contraditoriamente, o perigo está, na relação (im)posta que favorece a manutenção e interesses do Estado que contraditoriamente “fomentam, por um lado, a prática histórica popular e, por outro, imprimem anseios específicos provindos do Estado” (p. 36). Por conseguinte,

A troca brusca de governo eleito e alinhado ao campo democrático e popular por governo conservador, pelo processo de *impeachment*, com características efetivas de golpe, provocou mudanças significativas para as possibilidades de a educação popular penetrar as políticas públicas. O tempo atual é assim muito distinto daquele que possibilitou a um governo de centro-esquerda (do campo democrático-popular) estabelecer a educação popular como um marco de referência para as políticas públicas (SCHONARDIE, 2018, p. 41).

Nesse contexto, por acompanhar a dinamicidade do movimento societário, a EP, tem se “modificado” para se fazer presente nos mais diversos espaços. Entretanto, na saúde, assim como em outras áreas, encontra-se firmemente alicerçada, e mesmo diante do cenário político antidemocrático, oposto ao contexto histórico/político que a instituiu enquanto política pública, é fundamental e ao mesmo tempo desafiador, o desenvolvimento do trabalho educativo fundamentado na concepção da EP. Dessa forma, enquanto política pública, a EP, vem se destacado em espaços formativos formais (escolas e universidades), na educação do campo, na pedagogia social e no âmbito da saúde. Cabe (re)conhecer as finalidades propostas em cada cenário político-ideológico; o importante é perpetuar “o espírito orgânico que alimenta a educação popular” (SCHONARDIE, 2018, p. 41).

2.3 A Educação permanente e o trabalho educativo no SUS

Com a implantação do SUS, na década de 1990, foram realizados alguns esforços para a materialização do mais novo sistema público de saúde brasileiro. Embora a Constituição Federal de 1988, ordenar ao SUS, dentre outras atribuições, a formação de seus trabalhadores em consonância com os seus princípios e diretrizes, permaneceu a necessidade de reorientação do trabalho no e para o SUS.

Paralelo a esse movimento, com vistas a fortalecer o trabalho no SUS e substituir modalidades tradicionais de atenção à saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS), se implantou, por meio do compromisso e responsabilização do MS, em instituir estratégias, para o fortalecimento e consolidação do SUS, embasado no ideário da Reforma Sanitária Brasileira³². Dessa forma, a EPS, é vista como sendo uma responsabilidade constitucional na ordenação e formação de recursos para a saúde (BRASIL, 2007b). A Lei 8.080/1990, em seu artigo 14, institui a criação de comissões permanentes para a integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, na tentativa de articular a formação dos trabalhadores para o trabalho no SUS (BRASIL, 1990a).

Nesse cenário, o MS, conta com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), para a formulação de políticas públicas visando o fortalecimento da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. Cabe a SGTES “planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, à organização da gestão da educação e do trabalho em saúde” (BRASIL, 2016a, p. 14).

A SGTES, está dividida em três departamentos, Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde (DEPREPS) e Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Quanto ao DEGES compete:

³² A Portaria Nº 1.996/2007 considera que para a concretização da Reforma Sanitária Brasileira, respectivamente do SUS, são necessários: o fortalecimento da descentralização da gestão setorial; o desenvolvimento de estratégias que busca a integralidade de ações individuais e coletivas em saúde; e a participação social nas decisões políticas do SUS (BRASIL, 2007b).

- I - Participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde e da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e no Ministério da Saúde;
- II - Buscar a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e a adequação da formação profissional às necessidades da saúde;
- III - promover o desenvolvimento da rede de escolas de governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e de redes colaborativas de Educação em Saúde Coletiva;
- IV - Estabelecer políticas para que a rede de serviços do SUS seja adequada à condição de campo de ensino para a formação de profissionais de saúde e para os processos formativos na rede de serviços do SUS para todas as categorias profissionais; e
- V - Estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento profissional em programas institucionais, interprofissionais e com ênfase no trabalho colaborativo, tendo em vista a atenção integral à saúde (BRASIL, 2016a, p. 15).

Nessa perspectiva, o DEGES/SGTES, fomentam mudanças estratégicas visando: a articulação entre a educação e o trabalho no SUS; a modificação das políticas de formação; a substituição de práticas reducionistas em saúde pelo paradigma da promoção da saúde, de modo a produzir e disseminar o conhecimento e a educação no ambiente de trabalho, em acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2014c).

Outra ação estratégica do DEGES é a coordenação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), articulando compromissos entre órgãos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e de Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Ministério da Educação, entidades de profissionais e de ensino das profissões da área da saúde, entidades estudantis e movimentos e práticas de educação popular em saúde (BRASIL, 2014c, p. 02).

Assim, a EPS, é entendida como aprendizagem que se desenvolve no cotidiano dos serviços de saúde e, pela diversidade e pluralidade do país, analisa a urgência do trabalho de alta qualidade e resolubilidade, desenvolvido por trabalhadores do SUS, comprometidos com a desenvolvimento do sistema “os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade” (BRASIL, 2014c, p. 02).

Rumo ao avanço e consolidação do SUS, o DEGES, adotou a EPS, como proposta a ser implantada por meio da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, o que objetivou a transformação das práticas na formação e gestão do trabalho em saúde, fomentando

a instituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde/ Rodas para Gestão da Educação Permanente em Saúde³³, como ambientes formativos mediadores do debate sobre trabalho, formação e saúde (BRASIL, 2004b).

A definição das diretrizes e estratégias, para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, decorreu do movimento que instituiu o Pacto pela Saúde, Pactos pela Vida e de Gestão em 2006, se manifestando por meio da Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Considerando as relações do trabalho com suas diretrizes e práticas de formação e desenvolvimento profissional, a educação permanente é conceituada como:

Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e população. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2007b, p. 06).

Estudiosos da temática, tem apontado a EPS, como norteadora do trabalho em saúde, no qual, a formação de trabalhadores, atuantes no SUS, tem sido sua maior meta, inclusive no que se refere à formação de gestores e integração-ensino-serviço, com reorientação da gestão e do trabalho educativo, com vistas a articular e mobilizar os diversos atores sociais, na busca pelo fortalecimento das políticas públicas de saúde e efetivação dos princípios e diretrizes do sistema (BRASIL, 2007b; CECCIM, 2005; GOIÁS, 2018).

A Portaria 1.996/07, trouxe as diretrizes e uma nova roupagem para a educação permanente em saúde, o que direcionou a implantação da PNEPS em diversas regiões de saúde do Brasil, e avançou em sua consolidação, objetivando a

³³ Pólos de Educação Permanente em Saúde/ Rodas para Gestão da Educação Permanente em Saúde são “espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras. *Lócus* para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas do campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva da ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral a saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2004b, p. 11).

qualificação dos gestores e a ampliação do financiamento para reorientação da gestão e do trabalho na saúde. A condução regional da política, que antes era realizada pela implantação dos Polos de Educação Permanente, passa então, a ser dirigida por meio de Colegiados de Gestão Regional³⁴ juntamente com as Comissões Permanentes de Integração-Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2007b).

De acordo com a portaria, a CIES, são as instâncias intersetoriais e interinstitucionais que formulam, conduzem e dão seguimento à PNEPS, sendo composta pelo quadrilátero de formação (gestores, trabalhadores do SUS, instituições de ensino e comunidade). Dentre os avanços alcançados por meio da regulamentação das diretrizes da PNEPS, surgiram também limites e desafios, como a dificuldade na articulação e integração da saúde com o campo da educação e a falta de gestão participativa. No Estado de Goiás,

Um dos maiores desafios a serem transpostos nas CIES está em aprimorar a relação ensino-serviço, na ampliação das ações educativas do trabalho, fazendo surgir propostas de educação que permitam maior participação dos sujeitos no processo e que sejam institucional e socialmente construídas [...] A participação do gestor é outro limitador, na questão da estruturação do serviço e no investimento das ações educativas. O resultado são equipes restritas e sobrecarga de trabalho, com falta de envolvimento e comprometimento das equipes, carência de profissionais, infraestrutura deficiente das unidades básicas de saúde, problemas de acolhimento, e acessibilidade aos serviços, organização e sistematização da atenção em saúde. Além disso, não tem comprometimento e, na maioria dos casos, há um desconhecimento da EPS e da importância das ações educativas como forma de aperfeiçoar o processo de trabalho e, conseqüentemente, os resultados efetivos na saúde das populações e comunidades. Outro dado relevante é que muitos gestores correlacionam às questões partidárias as políticas da CIES, influenciando certas pessoas que acabam por compartilhar do mesmo entendimento (GOIÁS, 2018, p. 26).

Assim, diante das necessidades de cada região de saúde, instituído pela Portaria 1.996/07, deve ser estabelecido, os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), em acordo com o Plano Estadual de Educação em Saúde (PEEPS), sendo competência das Comissões Intergestores e das CIES a sua construção. O PAREPS “servirá de norteador para as atividades das Comissões

³⁴ A portaria 1.996 elenca que os Colegiados de Gestão Regional “são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais)” (BRASIL, 2007b, p. 01). Importante ressaltar que, por meio do decreto 7508/2011, os Colegiados de Gestão Regional foram substituídos pelas Comissões Intergestores Regional (CIR).

Integração Ensino-Serviço na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço” (p. 03).

Articulado à PNEPS, o trabalho educativo em saúde no SUS, tem procurado no nível federal, estadual e municipal, o ajustamento do trabalho em saúde, em consonância com as suas diretrizes. Dessa forma, todos os entes federativos, são responsáveis pelo fortalecimento do trabalho no SUS.

Por meio da gestão compartilhada cada ente federativo dentro de sua esfera de governo compartilha com os gestores³⁵ do SUS, a elaboração e o planejamento das políticas de saúde, objetivando a redução das iniquidades regionais e locais. Todo esse processo acontece por meio das comissões intergestores, conselhos de saúde e diversos atores sociais, interessados ou não, no alcance das metas propostas nos planos, programações e relatórios de gestão (BRASIL, 2003).

No entanto, segundo Machado, Lima e Baptista (2011), para a efetivação das políticas de saúde, existem dois fatores a serem considerados. O primeiro, a clareza de quem são os gestores e quais suas atribuições no processo de implementação das políticas. A segunda, é a operacionalização das políticas de saúde, por diferentes profissionais e instancias coletivas, que em diversos serviços atuam como facilitadores ou não, da implantação das políticas públicas de saúde, em determinada região de saúde. É envolto por esse contexto contraditório, no qual o próprio indivíduo decide ou não fazer acontecer o que tem preconizado o sistema, que tem sido determinado o trabalho educativo em saúde.

Davini (2009), sinaliza os fatores institucionais, políticos, ideológicos e culturais como determinantes para a operacionalização da educação permanente no SUS e seus limites nas instituições. Dentre eles, a autora aponta, o grande desafio em superar a aplicação de métodos e técnicas pedagógicas que reduzem o processo educativo apenas a lógica instrumental e que conseqüentemente, não resultam em mudanças institucionais significativas, mas apenas dificultam a compreensão do processo educativo em sua totalidade.

³⁵ Para o entendimento das funções de gestão dentro do SUS o Ministério da Saúde conceitua gestão como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003, p. 39).

3 TRABALHO EDUCATIVO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JATAÍ-GO

O SUS por meio de seus princípios e diretrizes, confere às três instâncias de poder governamental, a responsabilidade pela gestão dos serviços e pelas ações de saúde em determinada região de saúde. A cooperação técnica e financeira, advém de todas as esferas de governo, exigindo competência e empenho dos gestores locais, para efetivação da gestão em saúde e simultaneamente, a efetivação dos seus princípios e diretrizes. De acordo com o MS, os gestores do SUS, desempenham papel fundamental, para o fortalecimento e propagação do sistema. Dentre as suas competências, a Lei 8.080/1990, esclarece que, à direção municipal do sistema de saúde compete:

Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; Executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; Formar consórcios administrativos intermunicipais; Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; Colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação (BRASIL, 1990a, p. 09).

Na prática, as dificuldades de gestão do SUS, são reconhecidas pelo CNS, pela vasta dimensão geográfica e diversidade regional do país, que somado à falta de autonomia dos gestores, por dependerem de recursos vindos da esfera federal de governo, e ao seu despreparo técnico, mostra a urgência, da real efetivação da descentralização e regionalização do SUS, com foco na municipalização da saúde, integralidade na atenção e investimentos na formação de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, “o município é constitucionalmente o responsável pela gestão de serviços e ações de saúde em seu âmbito de abrangência” (BRASIL, 2004a, p. 67). Processo que envolve a coerência entre a teoria e a prática das ações em saúde “para que o SUS possa ser efetivo quanto à integração e à coordenação das ações, visando a tão almejada integralidade na atenção, torna-se imperativo promover a efetiva cooperação entre as três esferas de governo” (BRASIL, 2004a, p. 67). Dentre as atribuições de um gestor municipal de saúde, está a organização, o planejamento e a designação de um grupo de trabalho para acompanhamento e execução do trabalho educativo no SUS.

Buscando a articulação, entre o que preconiza o SUS e o trabalho desenvolvido no município de Jataí-GO, buscou-se compreender o “SUS universal” caracterizado pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e as suas formas de operacionalização e, o “SUS singular” para caracterizar o sistema público de saúde no âmbito local, a nível municipal. Dessa forma, a dimensão singular do SUS, no município de Jataí-GO, foi ganhando forma durante a fase de investigação, fornecendo os elementos necessários, para o entendimento da organização do sistema, e sua articulação, com as políticas e programas de saúde, o que concomitantemente, proporcionou a compreensão da totalidade do trabalho educativo em saúde, ou seja, o que se tem produzido nessa dimensão singular.

3.1 Caracterização do município de Jataí-GO

O município de Jataí está localizado na região sudoeste do Estado de Goiás. Apresenta uma área territorial de 7.174,225 Km² de extensão e população estimada em 99.674 habitantes (IBGE, 2018). De acordo com o site da prefeitura municipal, tem sido um importante centro de agronegócios do país, tendo a produção de grãos como a principal atividade desenvolvida, constituindo o maior produtor de milho do Brasil e uns dos maiores produtores de soja, e no Estado de Goiás, o maior produtor de leite. Cortada por diversas rodovias (BR 158, BR 060, BR 364 e GO 184) que ligam Jataí aos diversos centros do Brasil, a logística da cidade favorece bastante o escoamento dos grãos e respectivamente, o desenvolvimento do município (JATAÍ, 2018).

Na educação, o município de Jataí além de sua rede municipal de ensino, se destaca também, como centro universitário de Goiás. Em fase de transição para a Universidade Federal de Jataí (UFJ), o município conta oficialmente com o polo

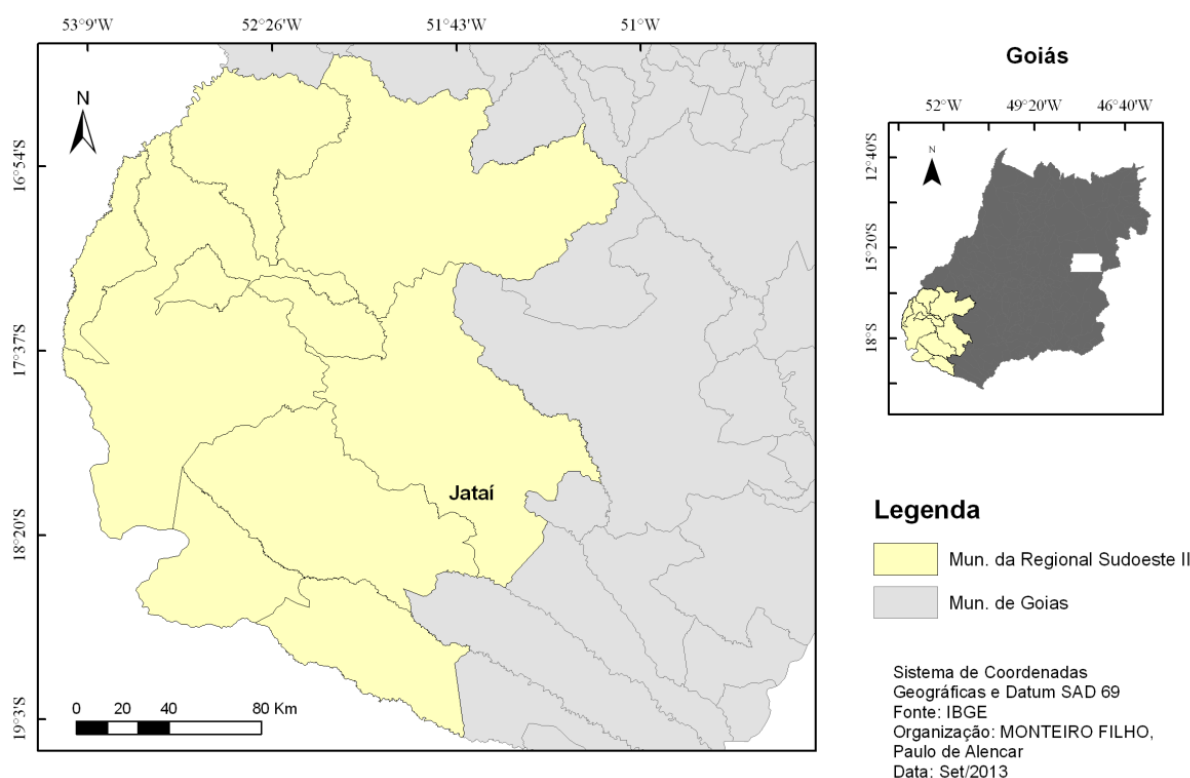
regional da Universidade Federal de Goiás (UFG/REJ). A Regional UFG Jataí, integra dois polos universitários: o Riachuelo na região central e o Jatobá na Cidade Universitária José Cruciano de Araújo, totalizando a oferta de 25 cursos de graduação nas áreas de Humanas, Exatas, Biológicas, Agrárias e da Saúde, assim como, Programas de Pós-Graduação em nível de especialização, mestrado e doutorado. Compõe também o município, o Instituto Federal de Goiás (IFG) e um polo da Universidade Estadual de Goiás (UEG), assim como, instituições privadas de ensino superior, com sistema de ensino presencial e a distância.

A saúde pública no município, tem-se destacado, por ser município sede da Regional de Saúde Sudoeste II. A seguir, abordaremos os aspectos fundamentais do SUS no município, dando clareza, aos nexos constitutivos que dão materialidade ao sistema público de saúde local e, concomitantemente, o trabalho educativo em saúde.

3.1.1 Caracterização da atenção em saúde no município de Jataí-GO

O município se caracteriza como um grande centro na prestação de serviços de saúde para a região. Compõe a Macrorregião Sudoeste de Saúde, sendo o município sede da Regional de Saúde Sudoeste II (FIGURA 1) que abrange 10 municípios, dentre eles: Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Doverlândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Santa Rita do Araguaia e Serranópolis. A média de distância entre os municípios e a sua sede é de 115 Km, com população total de 202.826 habitantes na região de saúde Sudoeste II, de tal modo “o município de Jataí é referência para todos os municípios da região e a porta de entrada principal da Rede Urgência e Emergência” (SMS, 2018a, p. 06).

FIGURA 1- Mapa da Regional de Saúde Sudoeste II – 2014



Fonte: MONTEIRO FILHO, Paulo de Alencar (2015)

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/2018), o município dispõe de 191 estabelecimentos de saúde (Tabela 1) mantidos pela administração pública, entidades empresariais, entidades sem fins lucrativos, e pessoas físicas.

Tabela 1 - Tipos de estabelecimentos de saúde do município de Jataí-GO, 2018

Descrição	Total
CENTRAL DE GESTÃO EM SAÚDE	2
CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO	2
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGIA	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	13
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	23
COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSÃO DE TRABALHADORES NA SAÚDE	2
CONSULTÓRIO ISOLADO	135
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1
HOSPITAL GERAL	3
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	3
UNIDADE MÓVEL DE PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	2
POLO ACADEMIA DA SAÚDE	1
PRONTO ATENDIMENTO	1
TOTAL	191

Fonte: CNES, 2018. Organização: autora.

Desse total, nem todos os estabelecimentos prestam serviços para o SUS. Integrando a rede de serviços oferecidos no município, dos 191 estabelecimentos de saúde cadastrados, 57 (29,85%) desses estabelecimentos prestam serviços para o SUS, enquanto 134 (70,15%) não realizam nenhum tipo de serviço para o SUS, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Panorama dos estabelecimentos de saúde referente a prestação de serviços para o SUS no município de Jataí-GO, 2018

Característica/Tipo de Prestador	N	%
Estabelecimentos com prestação de serviços para o SUS	57	29,85
Estabelecimentos sem prestação de serviços para o SUS	134	70,15
Total de estabelecimentos	191	100%

Fonte: CNES 2018.

Organização: autora.

A gestão da saúde pública no município é organizada em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Para os procedimentos que não são ofertados na cidade, o município mantém pactuação por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI), com outros municípios que oferecem o serviço para o SUS (SMS, 2018a).

No nível primário, estão as Unidades Básicas de Saúde, conhecidas como portas prioritárias de entrada no SUS (BRASIL, 2017a). De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2018-2021), a Atenção Primária no município, é caracterizada por: “Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 20 (vinte) equipes, destas 19 equipes na zona urbana e 01 equipe na zona rural” (p. 11). De acordo com o portal do Departamento da Atenção Básica (DAB) a cobertura da rede de AB no município de Jataí, em julho de 2018, correspondeu a (81,17%) do total da população. Respectivamente, a cobertura de ACS (39,26%) e a cobertura de Saúde Bucal estimada na AB foi de (75,97%). Com o objetivo de consolidar a AB, “o município conta ainda com uma equipe de NASF tipo I desde 2009, uma unidade do Centro Especializado de Odontologia implantado - laboratório de prótese dentária e uma unidade da Academia da Saúde” (SMS, 2018a, p. 12).

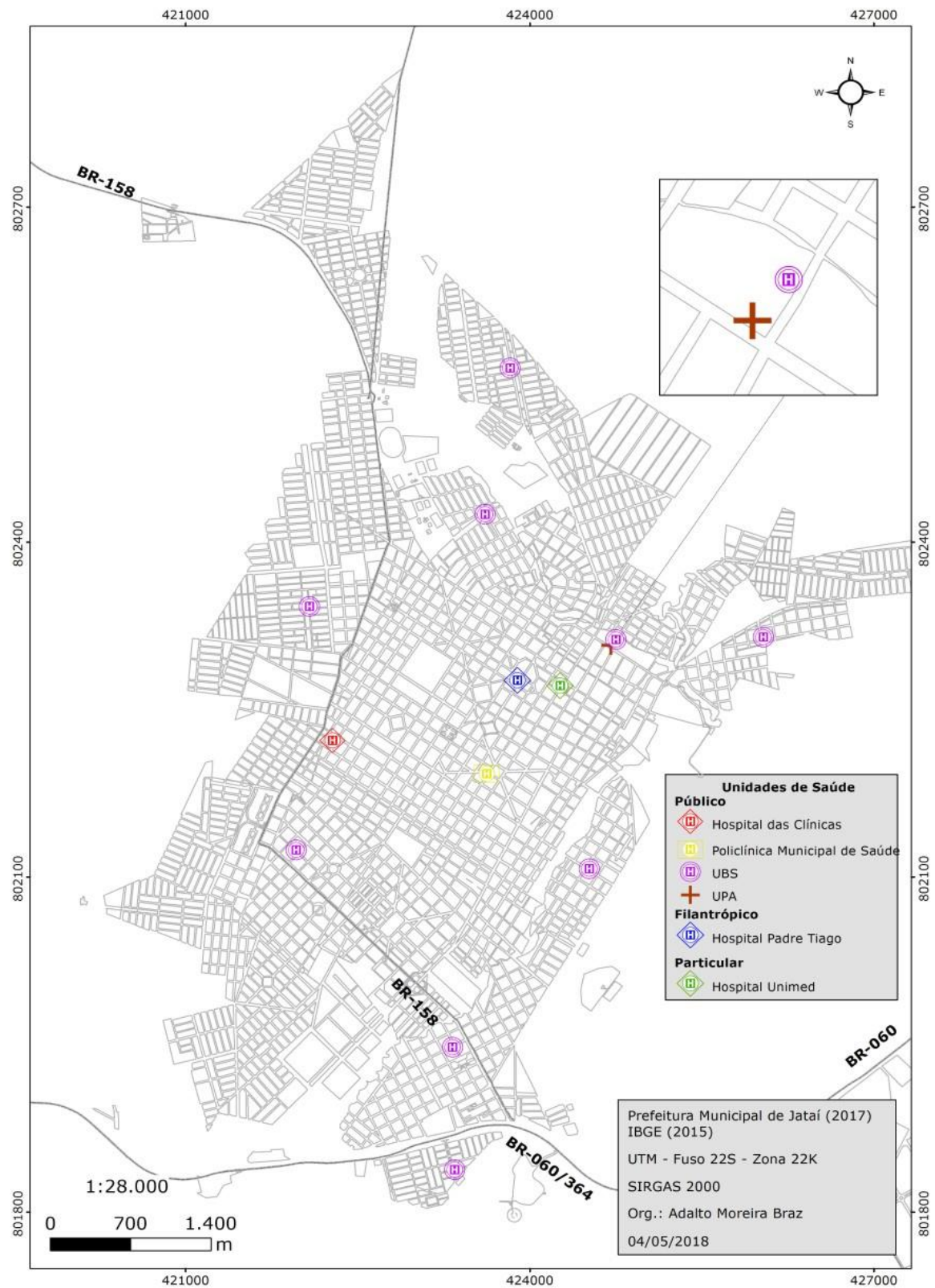
O Plano Municipal de Saúde (2018-2021), esclarece ainda, que no nível de assistência secundária e terciária, temos o Hospital das Clínicas Serafim de Carvalho (HCSC) com gestão municipal (100% SUS), caracterizando a maior unidade hospitalar

da região de saúde, sendo porta de entrada para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Regional Sudoeste II, apresentando as seguintes características:

Assistência hospitalar: 86 leitos, sendo 24 de cirurgia geral; 24 de clínica geral; 32 de obstetrícia; 06 pediátricos. A unidade está sendo ampliada, adequando à nova política das linhas de cuidados da urgência e emergência com mais leitos de internação, nova recepção e rampa de acesso à estrutura existente, com área estimada de 6.200 m² em construção. Urgência/Emergência: mantém funcionamento do serviço de emergência 24 horas. Conta ainda com serviço especializados de emergências: obstétrica, pediátrica e odontológica, além de sobreaviso das demais especialidades. Ambulatório: abriga ambulatorios de referências para as especialidades angiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, mastologia, oftalmologia, ortopedia, otorrino, pediatria. Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) - Laboratório de Análises Clínicas, Raios-X, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, ecocardiograma. UTI (Unidade de Terapia Intensiva) - Possui 06 leitos de UTI Adulto Tipo II habilitados (1 com equipamento para hemodiálise) e mais 4 leitos novos em fase de habilitação, bem como previsão de ampliação de mais 10 leitos pediátricos (SMS, 2018a, p. 07).

No que refere aos hospitais gerais do município, temos além do HCSC, o Hospital UNIMED (privado) que não presta nenhum tipo de serviço para o SUS e a instituição sem fins lucrativos Hospital Padre Thiago na Providência de Deus, com alguns leitos de internação clínica e o serviço de oncologia sendo implantado conveniados com o SUS. Em seu conjunto, realizam procedimentos a nível ambulatorial, clínico e cirúrgico. A FIGURA 2, ilustra esses estabelecimentos de saúde do município, na área urbana.

FIGURA 2 – Mapa da disposição de alguns dos estabelecimentos de saúde (público e privado) no município de Jataí-GO, 2018.



Fonte: SILVA, Juliana Freitas (2018).

3.1.2 A Secretaria Municipal de Saúde

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2014-2017), o processo de estruturação e implementação do SUS no município de Jataí-GO, aconteceu concomitantemente, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesse mesmo período, o município contava apenas, com unidades hospitalares, unidade de atendimento ambulatorial, e três unidades (postos) de saúde na zona urbana.

Dentre as unidades hospitalares, havia a Sociedade Mantenedora do Hospital Regional de Jataí, fundada em 1950; a Sociedade Beneficente Albergue São Vicente de Paulo, fundada em 1952; a Conferência Vicentina do Divino Espírito Santo, fundada em 1966; o Hospital São Marcos fundado em 1974, e o Pronto Socorro Municipal fundado no ano de 1978. O repasse das verbas para o funcionamento das unidades hospitalares eram feitas pela Secretaria de Estado da Saúde, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sistema de saúde da época. Para o atendimento ambulatorial, existia a Unidade Estadual (OSEGO), que prestava atendimento para o tratamento da hanseníase e tuberculose, serviços de pediatria e de imunização. As três unidades de saúde que antigamente eram conhecidas como postos de saúde situavam-se nos setores Vila Fátima, Vila Mutirão e Vila São Pedro (SMS, 2014).

Com a conquista do SUS, a década de 1990, foi de grande importância para a estruturação do sistema em diversas partes do Brasil. Em Jataí-GO, somente a partir do ano de 1993, que o município começou a ter mudanças concretas nos serviços de saúde ofertados para a população. Com o processo de descentralização das ações de saúde, os postos de saúde, que estavam fechados, foram sendo reabertos e, nesse mesmo período, ocorreu a publicação de Leis Municipais que criaram o Fundo Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

No ano de 1996, o município implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e aprovou as Leis de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e Controle e Avaliação, o que contribuiu com o fortalecimento da saúde pública no município (SMS, 2014).

Em 1998, com a municipalização dos Serviços de Saúde na Gestão Plena do SUS, os recursos federais destinados à saúde dos municípios, passaram a ser repassados fundo a fundo, ou seja, o financiamento das ações de saúde do município de Jataí, passou a ser depositado diretamente na conta do Fundo Municipal de Saúde.

Dessa forma, de acordo com a necessidade do município, o secretário da saúde, ficou sendo o responsável por contratar, realizar convênios e transferir os recursos para os prestadores de serviços conveniados ao SUS (SMS, 2014).

Em 2008, mediante a necessidade de adequação aos princípios e diretrizes do SUS, houve a adesão do município ao Pacto Pela Saúde, homologado pelo Termo de Compromisso de Gestão - TGG por meio da Portaria nº 1.1330, de 01/07/2008 (SMS, 2014). A implantação do Pacto Pela Saúde, de acordo com suas três dimensões, envolve o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, que em conjunto, orienta uma série de reformas institucionais no SUS, pactuadas entre as três esferas de governo, na busca por eficiência e qualidade dos serviços prestados pelo SUS (BRASIL, 2006).

A partir de 2012, por meio do Decreto 7.508 de junho de 2011, iniciou-se a transição entre os processos operacionais do Pacto Pela Saúde e a Sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). A partir de então, essa forma de contrato, tem orientado o trabalho em saúde, no SUS universal.

Nesse contexto, de acordo com o site da Prefeitura Municipal de Jataí (2018), na aba Secretarias – Secretaria da Saúde, a SMS, apresentou uma estrutura organizacional composta por quatro setores organizacionais, sendo eles a Superintendência de Planejamento e Projetos; a Superintendência de Administração e Finanças, a Superintendência de Atenção Integral à Saúde e a Superintendência de Atenção às Urgências e Emergências. As competências de cada superintendência, conforme encontrado no site, são descritas no Quadro 6.

Quadro 2- Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí-GO, 2018

Superintendência	Competências
Superintendência de Planejamento e Projetos	Planejar, habilitar, organizar, monitorar e avaliar as ações e serviços da secretaria. Na área específica do planejamento, tem as funções de: cumprir a agenda de planejamento do SUS, elaborar os instrumentos de planejamento do SUS determinados pela legislação vigente, elaborar prestação de contas, supervisionar os setores a ela subordinados, avaliar a aplicação dos instrumentos de planejamento e propor de ações de políticas de saúde, apoio técnico e cooperação técnica à gestão e aos setores afins.
Superintendência de Administração e Finanças	Planejar, supervisionar e desenvolver políticas de administração, direção dos bens, finanças, custos, serviços e recursos humanos, logística, contábil, compras, controle de materiais e patrimônio, tecnologia da informação (TI), assegurar a participação nas comissões permanentes, atuando em consonância com as normas legais vigentes e em cooperação com as demais superintendências,

	diretorias e coordenações afins e aos setores a ela subordinados, no intuito de assegurar o pleno funcionamento dos serviços de saúde do município e garantir o direito do usuário, respeitando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.
Superintendência de Atenção Integral à Saúde	Planejar, executar, coordenar, definir estratégias e políticas de saúde, instituir normas e rotinas referentes ao funcionamento do serviço, analisar dados e indicadores, emitir pareceres, promover a cooperação técnica dos serviços. Suas atividades incluem ações de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, vigilância em saúde, promoção prevenção de saúde, ações que garantam o acesso à assistência integral à saúde, qualificação do trabalho nas ações básicas de saúde, nas ações especializadas, nas atividades de promoção e prevenção em saúde, garantias de ações de educação permanente e saúde do trabalhador, integração do serviço às ações de extensão e pesquisa universitária visando a ampliação dos saberes e a transferência de tecnologia em benefício do usuário e do trabalhador da saúde, gestão dos processos de trabalho com o intuito de aumentar sua eficiência, adesão às inovações tecnológicas em consonância com as normas legais vigentes atuando com as demais diretorias, coordenações, áreas afins e a ela subordinadas, no intuito de assegurar o pleno funcionamento dos serviços de saúde do município, garantir o direito do usuário e respeitar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.
Superintendência de Atenção às Urgências e Emergências	Formular, coordenar, definir estratégias, políticas de saúde, analisar e emitir pareceres, promover a cooperação técnica dos serviços, sempre em conjunto com as demais diretorias gerais, coordenações e aos setores a ela subordinadas, garantindo a universalidade, equidade e integralidade no atendimento as urgências e emergências.

Fonte: Prefeitura Municipal de Jataí (2018).

Organização: autora.

3.2 Trabalho educativo em saúde em Jataí-GO: concepções, projetos e práticas

A SMS conta com várias ações, programas e projetos que sustentam o trabalho educativo em saúde no município, alguns deles em fase de implantação e outros já em andamento. Relacionado aos programas, projetos e ações em andamento temos: Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT); Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); Programa de Atenção à Saúde da Mulher; Programa de Ostomia; Programa de Diabetes e Hipertensão Arterial; Programa de Tuberculose e Hanseníase; Programa do Idoso; Programa Goiás contra o Aedes; Programa Saúde na Escola. Relacionado aos projetos em andamento temos: Projeto Toque pela vida; Projeto Siga Bebê; Projeto Fortalecendo a Atenção Básica; Arte em defesa pela vida. Nos Quadros 07 e 08 encontram-se a descrição de cada programa e projetos implantados e/os em fase de implantação na SMS conforme disponibilizado no site da Prefeitura de Jataí no ano de 2018.

Quadro 03 – Ações, programas e projetos da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí-GO, 2018.

Programas	Descrição
Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)	Tem como objetivo reduzir a prevalência de fumeantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco.
Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade (PMAQ)	Tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho.
Programa de Atenção à Saúde da Mulher	Essa rede deve assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.
Programa Academia da Saúde	Estratégia de promoção da saúde e promoção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos, conhecidos como polos, do programa academia da saúde.
Programa de Ostomia	Conta com consulta de enfermagem, psicológica e nutricional, além da dispensação de material; visando a reabilitação do paciente, com ênfase para o autocuidado e prevenção de complicações nas ostomias.
Programa de Diabetes, Hipertensão Arterial	São realizadas consultas programadas a pacientes hipertensos, diabéticos e acima de 60 anos com equipe multiprofissional da atenção básica, composta por médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e outros, com o objetivo de adequação de tratamento e prevenção de complicações. Ainda são realizados acompanhamentos pelo agente comunitário de saúde que fornece orientações sobre hábitos de vida saudável e vários eventos de educação em saúde. Todas as unidades básicas fornecem esse atendimento.
Programa de Tuberculose e Hanseníase	Esses programas têm como objetivo fazer a prevenção, diagnóstico e tratamento de pacientes acometidos por doenças, essas que são de grande interesse social, visto que podem levar a sequelas graves e até mesmo a morte. São oferecidos atendimentos nas unidades básicas e em caso de diagnóstico o paciente pode ser encaminhado ao programa que prestará todo atendimento necessário com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, nutricionista, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros. Também é feito trabalho de conscientização e educação em saúde com a comunidade em geral.
Programa do Idoso	O objetivo do programa é viabilizar uma Política Integral a Saúde do Idoso, tendo como objetivo a promoção da saúde, qualidade de vida, assistência e reabilitação. Sendo as principais metas: aprimorar, manter e recuperar a capacidade funcional, valorizando a independência física e mental da pessoa idosa, redescobrimo possibilidades de viver sua própria vida como também a fase do ciclo vital, com a melhor qualidade possível.
Projeto Toque pela Vida	Tem como objetivo informar, orientar e disponibilizar à população de Jataí (homens e mulheres) quanto à etiologia, os fatores de riscos, e os tipos de exames preventivos do câncer de mama e do câncer de próstata. Os eventos serão realizados nos meses de outubro e novembro respectivamente, com datas a serem programadas.
Projeto Siga Bebê	Capacitação dos profissionais de saúde para fornecer atendimento de qualidade às gestantes, neonatos e crianças, com o objetivo de melhorar índices de mortalidade infantil e materna, esse projeto faz parte do Projeto Estadual mais competitivo.
Projeto Fortalecendo a Atenção Básica	Projeto com o objetivo de melhorar a qualidade do acesso e do serviço da atenção básica. As ações abrangem toda área da atenção básica, incluindo treinamentos e ações organizacionais.

Arte em Defesa da Vida	Realizado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, através de edital previamente divulgado nas escolas com professores e alunos, bem como meios de comunicação. O qual, os participantes (alunos) realizam trabalhos artísticos com temas voltados para eliminação do mosquito <i>Aedes aegypti</i> .
Programa Goiás contra o Aedes	É um programa lançado pelo Governo do Estado com objetivo de eliminação mecânica dos possíveis criadouros do mosquito <i>Aedes aegypti</i> . Realizado mensalmente visitas nos imóveis pelos Agentes de Combate as endemias e Agentes Comunitários de Saúde em parceria com o Corpo de bombeiros Militar, Regional de Saúde e Secretaria Municipal do Meio Ambiente. O objetivo é visitar 100% dos imóveis, realizar as devidas orientações, eliminação dos possíveis criadouros e retirada dos inservíveis. A partir do período em que iniciou o projeto houve redução significativa no número de casos notificados e confirmados de dengue no município.
Programa Saúde na Escola	As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. Realização da adesão em conjunto com a Secretaria da Educação, o projeto abrange 37 escolas.

Fonte: Prefeitura de Jataí-GO, 2018.

Organização: autora.

Quadro 04 – Projetos em fase de implantação na Secretaria Municipal de Saúde de Jataí-GO, 2018.

Projetos	Descrição
Implantação da equipe de prevenção odontológica	Realização de palestras e levantamento odontológico em alunos de todas as escolas do município de Jataí. O atendimento abrange os alunos das escolas municipais e o público das UBS em geral.
Implantação do ambulatório de Diagnóstico Estomatológico do Sudoeste Goiano	O projeto inclui um ciclo de palestras (já em andamento) e atendimentos gratuitos a paciente com lesões na boca. O atendimento abrangerá toda a população jataiense assim como toda a macrorregião sudoeste.
Reativação do Núcleo Municipal de Prevenção a Violência e Promoção da Cultura de Paz e Observatório Municipal de Trânsito	Núcleo que é preconizado pelo Ministério da Saúde, faz parte das ações de vigilância em saúde, realiza reuniões com o objetivo de atuar na prevenção da violência no trânsito.
Implantação do ambulatório de neonatologia	Com o objetivo de prestar o primeiro atendimento do recém-nascido de 3 a 15 dias do seu nascimento.
Implantação do ambulatório de pediatria para crianças egressas de internação hospitalar	Com o objetivo de dar continuidade ao tratamento ofertado no Hospital das Clínicas e prevenção de nova internação.

Fonte: Prefeitura de Jataí-GO, 2018.

Organização: autora.

Importante destacar que, apesar desses dados não terem sido objetivo de uma análise minuciosa nesse momento, apenas foram citados de modo a caracterizar quais os programas, projetos, fazem parte do trabalho educativo no município. Adiante, eles serão importantes para a análise proposta.

3.2.1 Caracterização do trabalho educativo em saúde no município de Jataí-GO

Para elucidar o trabalho educativo em saúde no município estudado, consolidou-se os achados sobre a temática em uma planilha do *Microsoft Excel*³⁶, que em sua maioria, já foram disponibilizados no formato digital. Nas planilhas digitais, estavam registradas questões sobre os eventos educativos realizados, data, ano e local de sua execução, instrutores, público-alvo, conteúdo programático, número de participantes, custos, avaliação e observações³⁷. O documento norteador para o planejamento do trabalho educativo, se encontra no ANEXO 3.

Por meio da consolidação e agrupamento dos dados, o trabalho educativo em saúde, foi se materializando. De início, os achados evidenciaram que o trabalho educativo é de cunho coletivo (atividades em grupo) ou individual. No período entre 2011 a 2017³⁸ foram registradas 7.059 práticas educativas. Dessas, 7.031 (99,6%) foram desenvolvidas em grupo, enquanto 28 (0,4%) aconteceram individualmente, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Classificação do trabalho educativo no município de Jataí-GO, 2011 a 2017

Classificação das práticas educativas	N	%
Grupo	7031	99,60
Individual	28	0,4
TOTAL	7059	100

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Jataí-GO, 2018.
Organização: Autora.

O MS, considera em sua tabela de procedimentos, a atividade educativa/orientação em grupo tanto no âmbito da AB, como no nível ambulatorial, na média e alta complexidade. Para as ações em grupo na AB e no nível ambulatorial, o MS, descreve que essas práticas se constituem em “atividades educativas, em grupo,

³⁶As planilhas referente aos anos de 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016 foram disponibilizadas pelo corpo técnico do Conselho Municipal de Saúde. As do ano de 2017, disponibilizadas em sua forma impressa, pelo Departamento de Educação Permanente em Saúde. Importante ressaltar que em sua maioria, os dados disponibilizados, já estavam digitalizados em planilhas do *Microsoft Excel*. Dessa forma, realizou-se a consolidação desses dados em uma planilha única, totalizando os valores representados nas tabelas apresentadas no capítulo 3.

³⁷Algumas limitações dos documentos, podem ser caracterizadas pela falta da justificativa, estabelecimento de metas, objetivos, conteúdo programático, metodologia utilizada e avaliação das atividades propostas, caracterizado pela falta desses dados. Dados esses, indispensáveis para o alinhamento do trabalho educativo conforme tem indicado o SUS.

³⁸Trabalhou-se com esse período, pois o recorte de tempo feito, coincide com os períodos em que foram encontrados os documentos na SMS.

sobre ações de promoção e prevenção à saúde” (BRASIL, 2018a, p. 01). O que difere o trabalho educativo na AB e os de nível ambulatorial é apenas o local da ação, na AB, enfatiza-se a unidade de saúde ou outros espaços ligados à comunidade. Para o desempenho do trabalho educativo, o MS recomenda “o mínimo de 10 (dez) participantes com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o número de atividades realizadas por mês” (BRASIL, 2018a, p. 01).

Das 7.059 práticas educativas, 6.587 (93,32%) se materializaram em ações de educação em saúde, 53 (0,75%), de educação permanente em saúde, e 53 (0,75%) em educação continuada em saúde, seguidos de treinamento, capacitações e reuniões, que totalizaram, 366 (5,18%), conforme a tabela 4.

Tabela 4 – Agrupamento do trabalho educativo em saúde do município de Jataí-GO, 2011-2017

Classificação das práticas educativas em saúde	N	%
Educação em Saúde	6587	93,32
Educação Permanente	53	0,75
Educação Continuada	53	0,75
Treinamentos, capacitações, reuniões	366	5,18
TOTAL	7059	100

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Jataí-GO, 2018.

Organização: Autora.

Para subsidiar a discussão, utilizou-se também, documentos impressos disponibilizado pelo Departamento de Educação Permanente em Saúde “Implantação do Núcleo de Educação Permanente no Município de Jataí-GO” (SMS, 2018b) e “Planejamento da Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço” (SMS, 2018c), e do departamento da Vigilância Epidemiológica “Educação em Saúde 2018” (SMS, 2018d), como também, Planos Municipais de Saúde, documentos que contribuíram, para o entendimento das concepções inerentes ao trabalho educativo, propiciando a relação de seu aporte teórico em interface com o trabalho educativo em saúde na prática.

De acordo com o documento, Educação em Saúde (2018d), a concepção de educação em saúde:

Deve ser entendida como um importante instrumento no qual reforça a prevenção de doenças através de cuidados que muitas vezes passam despercebidos por algumas pessoas, dentre esses cuidados podemos destacar: a higiene, o conhecimento sobre o próprio corpo a fim de se observar sinais e sintomas de doenças, higienização correta dos alimentos, a prática de hábitos saudáveis como: exercícios físicos e ingestão de alimentos naturais e/ou saudáveis, gozar de sono e descanso adequado e reparador, além de manter boas relações de convivência na coletividade entre muitos outros fatores que contribuem grandemente para que se tenha saúde em sentido amplo, assim como apregoa o tratado da OMS (SMS, 2018d, p. 02).

Visando a intersectorialidade do trabalho educativo em saúde, o mesmo documento aponta para a necessidade de articulação dos serviços de saúde com o campo da educação, meio ambiente e urbanismo, assim como demais instituições voluntárias, para que se mantenha uma relação cooperativa entre os setores. Assim, “a educação em saúde deve provocar o despertar de mudanças, e criar oportunidades para pensar e repensar a sua cultura, de forma que tenha capacidade de transformar a sua realidade e de sua comunidade” (SMS, 2018d, p. 03).

Referente às práticas de educação em saúde, temos a realização de 6.587 (93,32%), que caracterizaram o trabalho educativo no período de 2011 a 2017. Pensando na definição de educação em saúde proposta pelo MS, temos essas ações, como um conjunto de práticas a serem elaboradas de acordo com as necessidades de cada indivíduo, contribuindo para autonomia sobre o seu cuidado (BRASIL, 2013c). No entanto, esses dados numéricos não nos dão subsídios para pensar o quanto essas práticas atingiram esse objetivo e embora as planilhas tenham campo específico de avaliação da atividade, não foi encontrado nenhuma anotação sobre o assunto.

No exercício de reflexão sobre os dados e a concepção de educação em saúde do documento da SMS “Educação em Saúde 2018”, no qual, os termos “prevenção de doenças”, “a higiene, o conhecimento sobre o próprio corpo a fim de se observar sinais e sintomas de doenças” (SMS, 2018d, p. 02), lembram a pujança da educação sanitária que de forma normatizadora e reguladora, impunha modelos de saúde considerados saudáveis, sem pensar e agir, sobre a determinação social da saúde e da doença. Oliveira (2010), destaca que o trabalho educativo, voltado apenas para mudanças de hábitos e comportamentos, não tem sido eficiente para o enfrentamento dos problemas sociais de saúde. Não que o trabalho educativo em saúde no município, esteja se materializando intencionalmente como normatizador e

regulamentador, mas, pensando que as concepções sobre a educação, trabalho e saúde, determinam historicamente as práticas sociais, os profissionais da saúde, devem se apossar de um senso crítico-reflexivo, que (re)direcione a busca por transformações concretas na saúde, baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, e para além do sistema capitalista de produção, a busca pelo resgate do trabalho educativo, como produção humana consciente e livre.

É notório as contradições presentes nas relações educativas em saúde do município. Embora tenha-se esforçado para a reorientação do trabalho educativo, os próprios documentos, confirmam o distanciamento do trabalho educativo das reais necessidades da população, como pode ser observado,

É preciso repensar sobre a educação em saúde, pois muitas vezes tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma fragmentada e, distante da realidade de vida da população ou indivíduo. Esta que se limita apenas a atividades voltadas para a publicação de livros, folhetos, catálogos a serem distribuídos em empresas e escolas, não surte efeito que se espera que antes de tudo seja o de mudança de comportamento em relação aos cuidados com o próprio corpo e mente e o meio em que se vive (SMS, 2018d, p. 03).

Estudiosos do tema, compartilham das mesmas reflexões e preocupações, expondo que alguns profissionais da saúde, se conformam com a situação e ficam inertes; outros buscam o “saber fazer”, transpondo o fosso do trabalho educativo regulador de normas e condutas, transmitidas historicamente (VASCONCELOS, 2017). De acordo com as autoras Leite, Prado e Peres (2010), a reflexão busca “destacar o ato de educar como uma competência a ser atingida pelo profissional de saúde” com conhecimento “pautado numa perspectiva da pedagogia histórico-crítica na qual a prática é o elemento fundamental para a construção do conhecimento, em que a ação-reflexão-ação visa a transformar a realidade social e o próprio sujeito fazedor-pensador da práxis” (LEITE, PRADO, PERES, 2010, p. 15), ampliando o seu conceito de educação em saúde, pensando na realidade social, econômica e cultural dos indivíduos “para além do enfoque na prevenção de doenças, segundo o qual a população é receptora de informações” (LEITE, PRADO, PERES, 2010, p.82).

No que diz respeito ao trabalho educativo em saúde, fundamentado nas bases da educação permanente, se observou que esse, vem sendo desenvolvido, mas de forma tímida e assistemática. Projetos da SMS, tem buscado estabelecer a PNEPS, enquanto política de saúde local para o (re)direcionamento do trabalho educativo. Em

linhas gerais, procurando compreender esse movimento, estudo realizado por Maia (2014), esclareceu que todo o processo para estruturação da PNEPS no município de Jataí, assim como a instituição da política no estado de Goiás, aconteceu de forma fragmentada. A partir de então, foi levantado alguns aspectos históricos essenciais que nos ajudam a compreender o cenário atual, dando forma à conformação da EPS, enquanto política pública de saúde.

Dando materialidade ao processo de implantação da PNEPS no Estado, por meio de estudos relacionados a temática, a sua implantação foi operacionalizada pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/GO), por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), proposto no ano de 2004 (GOIÁS, 2018).

O programa de educação permanente foi implementado e conduzido, inicialmente, pela SES/GO, e ajustado às necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde, estas definidas a partir da realidade de saúde de cada município e da agenda estadual de saúde. O ordenamento inicial da estruturação e desenvolvimento da EPS como política de gestão do SUS, em Goiás, incidiu nas articulações interinstitucionais e locorregionais (GOIÁS, 2018, p. 13).

A partir de então, surgiram os chamados facilitadores, que treinados pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, conduziram os Polos de Educação Permanente “a divulgação sobre a instalação da nova política percorreu as regiões do Estado, mobilizando atores que iriam compor os PEPS” (GOIÁS, 2018, p. 13). Esses polos, os poucos, foram sendo fortalecidos nas regionais de saúde com envolvimento do quadrilátero de formação em saúde (gestores, trabalhadores do SUS, instituições de ensino e comunidade).

Mediado pelo PEPS, foram sendo formados as Rodas de Educação Permanente, espaço destinado a construção de saberes e a reflexão sobre o trabalho no SUS. Entretanto, mesmo sendo um espaço democrático, essas discussões, se apresentaram bastante conflituosas e envolta por interesses políticos e administrativos. A educação permanente continuava fortemente vinculada à educação formal como cursos e capacitações, lembrando a educação continuada em saúde. Há também, relatos de que “a presença das instituições de ensino era evidenciada pelo interesse nas unidades de saúde em ser utilizadas como campo de estágio, na cooperação técnica e financeira [...] e ausências dos gestores” (GOIÁS, 2018, p. 15).

O trabalhador permanecia como mais um recurso a ser administrado e a EPS passa a ser tratada como atividade de capacitação ou treinamento isolada e voltada para problemas imediatos dos serviços, sem acontecer a transformação da prática esperada; o atendimento da comunidade com qualidade não acontecia. A inovação do método de Roda deixou de sensibilizar a participação de todos os componentes do quadrilátero, evidenciando a dificuldade de diálogo, relações democráticas e comprometimento de alguns membros. Havia, ainda, o descontentamento com o andamento dos trabalhos e o processo de mobilização que, de início, acabou sendo fragmentado e falindo pela escassez de recursos financeiros (GOIÁS, 2018, p. 16).

Segundo Maia (2014), todo esse percurso histórico, refletiu na forma com que se estruturou a PNEPS no município. Somente no ano de 2012, após a criação da Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço (CIES), que se iniciou na Regional de Saúde Sudoeste II, a discussão sobre a sua implantação no município. De acordo com a autora, o seguimento da EPS foi fortalecido pela implantação da política e pelo movimento que buscou sistematizar o trabalho educativo na APS. A autora esclarece que:

Com o intuito de adequação às recomendações do Ministério da Saúde, em 2012, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou e implementou um documento para mensuração das atividades educativas promovidas pelas unidades de saúde, com o intuito de gerenciar as atividades desenvolvidas, bem como o aprimoramento dos recursos humanos sob sua responsabilidade (MAIA, 2016, p. 34).

A autora acrescenta que, na tentativa de mensurar todas as atividades educativas em saúde no município de Jataí, foi implantado no mesmo ano, um instrumento para solicitação de treinamento, fundamentado nas diretrizes que orientou a implementação da PNEPS. Na época, o fluxograma para o seguimento das práticas educativas se dava da seguinte forma: a proposta de ação educativa era requerida por meio do preenchimento de uma ficha de solicitação de treinamento, que posteriormente seria analisada pela coordenação do setor de Educação Permanente e somente mediante análise e aprovação, a atividade seria desenvolvida.

Apesar de todos esses esforços, durante a pesquisa, os achados documentais, não evidenciaram claramente, nenhum tipo de fluxo regulamentador para o planejamento e a execução do trabalho educativo em saúde até o término da coleta dos dados. Foi encontrado concretamente, apenas o documento intitulado, “Planejamento de Atividade”, elaborado pelo Departamento de Educação Permanente

(ANEXO 3), mas que na prática, não se mostrou utilizável, evidenciado pela carência do planejamento das ações pelos profissionais, já que, nessa perspectiva, entre os anos 2011-2017, não foi encontrado nenhum arquivo desses documentos/planejamento. O que caracteriza algumas vertentes, a fragmentação e a descontinuidade do trabalho educativo no cotidiano dos serviços de saúde; a secundarização do trabalho educativo em saúde em detrimento a práticas de cunho assistencialista/biologicista; e/ou a não apropriação do documento pelos profissionais, somado a falta de planejamento e avaliação do trabalho educativo em saúde.

Dessa forma, as ações de educação permanente em saúde, no período do estudo (2011-2017), totalizaram apenas 0,75% (N 53) do trabalho educativo local. Vários fatores devem ser considerados ao analisar esse dado. A princípio, por se tratar de uma política ainda em construção e em fase de implantação no município, existe a necessidade de capacitação técnica, e principalmente a necessidade de formação de trabalhadores para serem facilitadores da EPS. O que se percebe, é que a troca de gestores, somado à descontinuidade do trabalho, tem dificultado a sustentabilidade do trabalho educativo, fundamentado no princípio da integralidade. A cada mudança de gestores, dados importantes se perdem, o que dificulta a avaliação e a efetividade do trabalho educativo, o que revela a fragilidade do trabalho educativo. Em um primeiro momento, de forma desavisada, podia até se pensar que o trabalho educativo no município fundamentado nos princípios da EPS era realizado de forma crítica e problematizadora, no entanto, os documentos não deram subsídios para tal afirmação.

Algumas iniciativas e esforços vem sendo implantadas na busca por transformações. O documento “Implantação do Núcleo de Educação Permanente” ao encontro com o que tem preconizado o SUS, aponta a necessidade da implantação de práticas integradas com outros setores institucionais e com a comunidade, pensando na determinação social da saúde.

A Educação Permanente em Saúde, surge como possibilidade de, em conjunto com a comunidade, o gestor, outros profissionais de saúde e instituições de ensino, descobrir valores e preconceitos construídos ao longo do tempo e reconstruir novos conceitos e práticas voltados para a saúde em sua definição ampla (SMS, 2018b, p. 04).

Outro documento intitulado “Planejamento da Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço” (SMS, 2018c), cita os oito eixos de ação da EPS a serem implantados no município: Eixo de Diagnóstico Permanente; Eixo da Atenção Básica;

Eixo da Educação Popular; Eixo das Doenças Não-Transmissíveis; Eixo da Vigilância Epidemiológica; Eixo do Controle Social; Eixo da Saúde Bucal e Eixo da Rede de Urgência e Emergência.

O eixo de diagnóstico permanente apresenta como diretriz “consolidar a Educação Permanente em Saúde como estratégia de transformação dos processos de trabalho e aprimoramento do SUS” e como objetivo geral “levantar as demandas, diagnosticar os principais problemas, promover a capacitação técnica e de boas práticas das equipes, avaliar o impacto das ações na realidade da saúde, visando à interpretação correta de dados como suporte para o planejamento das ações da EPS” (SMS, 2018c, p.01).

Na tentativa de reorientar e fortalecer a EPS no município, foi encontrado documento, que sinaliza a implantação e a estruturação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), sendo previsto a realização de oficinas de educação permanente com os trabalhadores do SUS, em parceria com instituições de ensino, para a discussão e a construção coletiva do NEPS. De acordo com o documento, o NEPS teria como objetivo:

Contribuir para a melhoria da assistência e dos processos de trabalho por meio de etapas que possam problematizar a realidade e transformar as práticas profissionais; Colaborar junto à gestão municipal no que tange a traçar metas que, direta ou indiretamente, estiverem relacionadas com as ações de educação permanente em saúde; Instrumentalizar as equipes de trabalho e a comunidade para o desenvolvimento de ações que visem a mudança institucional, através das práticas coletivas (SMS, 2018b, p. 05).

Dessa forma, os Núcleos de Educação Permanente em Saúde, podem ser instituídos em qualquer serviço de saúde e municípios, “sendo um local estratégico para promover o diálogo e a integração no serviço, mudar os modos de aprender e ensinar, formar sujeitos críticos e reflexivos, democratizar os espaços de trabalho” (p. 36).

De certa forma, analisando o movimento que estimulou a instituição da educação permanente no SUS e concomitantemente no município de Jataí, podemos dizer que seu ideário aparece na Constituição Federal de 1988 e é fortalecido por leis, portarias e políticas de saúde. Ao dar forma ao SUS, a Carta Magna sinalizou a formação de recursos humanos para o SUS. Resultante desse movimento a Lei 8.080 em seu artigo 27 estabelece que “A política de recursos humanos na área da saúde

será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo” mediante a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990a, p. 15). Dessa forma, percebemos que a educação permanente em saúde, faz parte de um processo histórico e político que em sua gênese busca a consolidação do SUS e o aperfeiçoamento do trabalho em saúde em consonância com os princípios e diretrizes do sistema.

De acordo com Ceccim (2005), o projeto que vislumbra mudanças nas práticas da EPS, ao mesmo tempo que é audacioso é extremamente necessário para a estruturação e fortalecimento do trabalho para o SUS. Na visão do autor, a formação dos profissionais, deve ocupar uma posição central nas instituições de saúde, estratégia que “retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde” (CECCIM, 2005, p. 163).

Embora o documento intitulado “Implantação do Núcleo de Educação Permanente” sinalizar a necessidade e a importância da EPS, para o trabalho em saúde integral, juntamente com o quadrilátero de formação em “conjunto com a comunidade, o gestor, outros profissionais de saúde e instituições de ensino” (SMS, 2018b, p. 04), essa carece ser organizada e fortalecida conforme preconiza a política que o institui. Já se sabe que o MS tem apostado na educação permanente em saúde, como uma forma de reorientar o trabalho em saúde, cabe a cada município, juntamente com as CIES e Comissões Inter-regionais, pensar os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) de forma concreta.

A saber, o documento, PAREPS (2015), elaborado coletivamente pela CIES das Regiões Sudoeste II, identifica alguns dos problemas da região de saúde, na qual, o município de Jataí-GO se constitui sede, dentre as questões que envolveram o trabalho educativo em saúde, temos as “dificuldades de desenvolver educação popular” e “ações de educação em saúde dirigidas à população são assistemáticas e descontínuas” (CIES SUDOESTE II, 2015, p. 29). No entanto, as propostas de ação desde o ano de 2015, giram em torno da necessidade de se investir na formação em saúde, na tentativa de consolidar e descentralizar a EPS.

Embora os documentos analisados evidenciem as concepções de educação em saúde e educação permanente por meio do trabalho educativo local, a concepção de educação continuada, não foi apresentada com tanta clareza, sinalizando que essa prática não está sendo mesmo realizada e/ou pode ser, uma possível confusão na interpretação dos termos por parte dos profissionais da saúde, evidenciado pelo fato de que, eventos educativos como treinamentos e capacitações não foram enquadrados dentro das ações de educação continuada. Vale ressaltar, que essas classificações são feitas pelos próprios profissionais de saúde que as executam, e sendo o trabalho educativo determinado socialmente, a concepção de cada profissional sobre o ato educativo realizado, caracteriza e influencia diretamente a prática profissional (LEITE, PRADO, PERES, 2010).

Em acordo com o conceito de educação continuada em saúde, a Secretaria de Estado da Saúde (GOIÁS, 2018), esclarece que a educação continuada, “tem finalidade de provocar mudanças na atuação do trabalhador da saúde, para que adquiram novas aptidões [...] expõe um conceito de atualização e reciclagem dos trabalhadores da saúde” (p. 28) e que “acabou perdendo o sentido e se mostra insuficiente para atender a complexidade dos processos de formação” (p. 31), apontando a EPS, como caminho a ser seguido pelas instituições de saúde.

Acompanhando o próprio movimento da sociedade, o termo educação continuada, foi muito utilizado na década de 1950, sendo influenciado pelo momento político e econômico da época, atendendo as necessidades do mercado, em formar pessoas qualificadas para trabalharem com novas tecnologias que vinham surgindo (GOIÁS, 2018). Somente na década de 1970 “as mudanças atingem diretamente o setor saúde, que passa a ser mercantilizado e chega ao serviço público, justificando que a falta de qualificação dos trabalhadores de saúde era a causa dos problemas vivenciados no sistema” (GOIÁS, 2018, p. 34).

Todo o percurso do trabalho educativo em saúde de Jataí-GO, apresentado até aqui, chama a atenção, para a necessidade de se (re)pensar criticamente sobre o trabalho realizado. Tratando as estratégias de ensino, os dados encontrados nas planilhas, nas classificações educação em saúde, educação permanente e educação continuada³⁹, revelaram a predominância do trabalho educativo fundamentado na

³⁹ A partir de agora serão utilizados apenas os dados referentes às classificações encontradas nos documentos (educação em saúde, educação permanente e educação continuada). Assim, não

concepção tradicional de educação, caracterizado pelo grande número de palestras, estratégia educativa adotada na maioria das ações.

Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde, no período de 2011 a 2017, totalizaram 6.587 (100%). Desse total, várias delas, 4.575 (69,45%), não informaram a estratégia educativa utilizada; seguidos do não registro de 46 (86,76%) ações de educação permanente e, 37 (69,82%), de educação continuada, conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme estratégias de ensino no município Jataí-GO, 2011-2017

Classificação das práticas educativas	Subclassificação: Estratégias de ensino	(N)	%	Total	%
Educação em Saúde	Artesanato	361	5,49	6587	100
	Debate	01	0,01		
	Gincana	04	0,06		
	Oficina	15	0,22		
	Palestra	1.576	23,93		
	Roda de conversa	16	0,24		
	Teatro	39	0,6		
	Não informado	4.575	69,45		
Educação Permanente	Palestra	04	7,54	53	100
	Oficina	03	5,7		
	Não informado	46	86,76		
Educação Continuada	Palestra	16	30,18	53	100
	Não informado	37	69,82		
TOTAL DAS AÇÕES				6693	100

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Jataí-GO, 2018.

Organização: Autora.

Das 6.587 (100%) ações de educação em saúde, apenas 2.012 (30,55%), informaram a estratégia de ensino. Dessas 2.012 (30,55%) estratégias informadas, 1.576 (78%) foram palestras, enquanto 436 (22%) utilizaram-se de outras estratégias, como o artesanato, debate, gincana, oficina, roda de conversa e teatro, conforme Tabela 6.

trabalharemos mais com o N (7.059). Os dados referentes à essas classificações referem ao N (6.693) ações.

Tabela 6 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme estratégias de ensino em ações de educação em saúde no município de Jataí-GO, 2011-2017

Classificação das práticas educativas	Subclassificação: Estratégias de ensino	(N)	(%)
Educação em Saúde	Palestra	1.576	78
	Outros	436	22
TOTAL DAS AÇÕES		2012	100

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Jataí-GO, 2018.

Organização: Autora.

Embora a presente pesquisa tenha como limitação o não acompanhamento da metodologia utilizada durante o desenvolvimento do trabalho educativo, e pela falta dessa informação nos documentos, os achados nos sinalizaram que as ações de educação em saúde, estão envoltas por concepções antagônicas e conflituosas. Se por um lado, o MS, tem preconizado o trabalho educativo dialógico, emancipador e problematizador, ancorado na Educação Popular em Saúde, por outro lado, a realidade se distanciou dessas orientações. Dentre as características que evidenciaram o trabalho educativo tradicional, temos os números significativos das palestras, e a quantidade expressiva de ações que não informaram a estratégia educativa, o que caracterizou a falta de planejamento do trabalho e o possível (des)preparo dos profissionais de saúde como educadores.

Documento “Plano Municipal de Saúde 2014-2017”, que tratou a educação em saúde no município no período, apontou que dentre as ações a serem desenvolvidas pela SMS estava “dar suporte na realização de palestras educativas em grupos, individuais e orientação à população” (SMS, 2014, p. 03), em contrapartida, no mesmo eixo não foi identificado nenhum elemento que elucidasse estratégias problematizadoras de educação em saúde baseadas na educação popular em saúde, o que de fato fortalece a propagação de práticas incoerentes com o ideário do SUS. Na tentativa de mudança desse cenário, o documento “Educação em Saúde 2018” alerta aos profissionais de saúde que “a educação em saúde pode ser realizada de diversas formas, por aconselhamentos interpessoais ou impessoais, em consultas hospitalares, escola, mídias, roda de conversa, palestras, teatros, jogos educativos e outros” (SMS, 2018d, p. 03), mas não potencializa a articulação da PNEPS-SUS em

suas ações e nem a EPS. Resta identificar, qual a concepção de educação tem predominado nessas práticas.

Vários autores⁴⁰ ao tratarem as estratégias pedagógicas utilizadas no trabalho educativo em saúde, descreveram que na maioria das vezes, essas ainda estão fundamentadas no modelo hegemônico (sanitarista, autoritarista, regulador) de educação em saúde. É certo que com a criação do SUS houve a tentativa de reconfiguração dessas práticas, com a adoção de um novo paradigma crítico fundamentado na promoção da saúde (BRASIL, 2014b). Porém, o presente estudo apontou que o trabalho educativo no município de Jataí tem se aproximado do paradigma tradicional de educação, em detrimento à concepção ampliada de educação. Apenas a ideia de rompimento com as práticas tradicionais de educação em saúde, pela sinalização de que no trabalho educativo, se pode utilizar rodas de conversa, teatro, mídias e outros, leva apenas à um discurso vazio, que não se constitui em mudanças. Consequentemente, essas estratégias, perpetuam o trabalho educativo alienado (autoritarista e regulador).

Freire (1987) explica a concepção tradicional de educação, chamada de educação bancária, e defende a concepção crítica, problematizadora de educação de forma a superar as contradições inerentes ao ato educativo entre educadores e educandos. A concepção bancária, apresenta a educação como ato de depositar, transferir conhecimentos e valores pré-estabelecidos aos educandos. De tal modo, o educador é tido como possuidor do conhecimento e o educando o que “nada sabe”, fortalecendo assim, a relação dominante e dominado.

Na medida que esta visão “bancária” anula o poder criador dos educandos ou o minimiza, estimulando sua ingenuidade e não sua criticidade, satisfaz aos interesses dos opressores: para estes, o fundamental não é o desnudamento do mundo, a sua transformação. O seu “humanitarismo”, e não humanismo, está em preservar a situação de que são beneficiários e que lhes possibilita a manutenção de sua falsa generosidade... Por isto mesmo é que reagem, até instintivamente, contra qualquer tentativa de uma educação estimulante do pensar autêntico, que não deixa emaranhar pelas voes parciais da realidade, buscando sempre os nexos que prendem um ponto a outro, ou um problema a outra (FREIRE, 1987, p. 34).

À luz dos escritos do autor, compreendemos o caráter da educação bancária como instrumento de dominação, consequentemente de opressão. Dessa forma, a

⁴⁰ Vasconcelos (1989); Vasconcelos (2001); Vasconcelos e Cruz (2011); Sabbo e Pelicioni (2015); Silva (2017), dentre outros.

educação como prática de dominação tem como marco ideológico a subordinação dos educandos e a manutenção de sua ingenuidade no sentido de acomodarem à opressão imposta (FREIRE, 1987).

Ao analisar a relação educando-educador dentro da escola ou fora dela, o autor realiza a crítica dos pressupostos da educação bancária fundamentadas em relações narradoras e dissertadoras “narração de conteúdos que, por isto mesmo, tendem a petrificar-se ou a fazer-se algo quase morto, sejam valores ou dimensões concretas da realidade. Narração ou dissertação que implica em um sujeito – e em objetos pacientes, ouvintes – os educandos” (FREIRE, 1987, p. 33). E esclarece que, diante dessa concepção, temos a dicotomização da relação educador e educando, se revelando da seguinte forma:

o educador é o que educa; os educandos, os que são educados; o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem; o educador é o que pensa; os educandos, os pensados; o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente; o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados; o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição; o educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão que atuam, na atuação do educador; o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele; o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele; o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos. (FREIRE, 1987, p. 34).

Ao contrário da concepção bancária de educação, o autor defende a educação problematizadora, libertadora como um ato cognoscente “enquanto a primeira, necessariamente, mantém a contradição educador-educandos, a segunda realiza a superação (FREIRE, 1987, p. 39). Mantendo a contradição, a educação bancária, se apresenta de forma anti-dialógica obscurecendo o caráter dialógico da educação problematizadora “para realizar a superação, a educação problematizadora – situação gnosiológica – afirma a dialogicidade e se faz dialógica”.

Nesse aspecto, os achados da presente pesquisa, sinalizaram a necessidade de mudanças na condução do trabalho educativo fundamentado na concepção bancária/tradicional de educação. Segundo Oliveira (2010, p. 20) esse modelo de educação impossibilita o enfrentamento das iniquidades de saúde determinadas socialmente. E acrescentam que,

as ações educativas desenvolvidas nos serviços de saúde em geral possuem caráter autoritário, são baseadas na transmissão de informações e estão voltadas para a mudança de comportamento dos indivíduos, fortemente vinculadas ao modelo assistencial voltado para a doença, com ênfase no conhecimento técnico-científico especializado e na fragmentação das ações de saúde (OLIVEIRA, 2010, p. 19).

Na superação do trabalho educativo tradicional, alienado, se faz urgente a problematização do trabalho, despertando a criticidade dos profissionais de saúde que o executa, a favor da transformação do meio em que vivem, pensando na coletividade. As autoras Leite, Prado e Peres (2010) sinalizam a necessidade do trabalho educativo para além do depósito de informações, que apenas objetivam, a domesticação dos corpos por meio de possíveis mudanças comportamentais, desconectadas da realidade social, econômica e cultural da população.

De modo a conhecer, os locais, no qual, está sendo realizado o trabalho educativo em saúde, temos espaços privilegiados, utilizados para a sua execução dessas práticas. Dentre esses espaços, a pesquisa evidenciou, que as Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁴¹ tem sido a primeira escolha, para a execução do trabalho educativo e/ou a que mais informa os seus dados para a SMS.

Os dados mostraram que 4.498 (68%) das ações aconteceram nas UBS, seguido pela utilização de espaços diversificados, como o do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 474 (7,1%), escolas 359 (5,5%), espaços comunitários como praças 38 (0,6%), igrejas 33 (0,5%), universidades 17 (0,3%), dentre outros espaços não informados 264 (4%), conforme mostra a Tabela 7.

⁴¹ Os termos “Unidades Básicas de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica em Saúde” são tratados como equivalentes.

Tabela 7 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme local, município de Jataí-GO, 2011-2017

Classificação das práticas educativas	Subclassificação: Local	(N)	%	Total	%
Educação em Saúde	CAPS	474	7,1	6587	100
	CRAS	27	0,5		
	CMSSC	24	0,4		
	Comunidade	264	4,0		
	Escolas	359	5,5		
	Empresas	75	1,1		
	Igrejas	33	0,5		
	Praças	38	0,6		
	UBS	4498	68		
	Universidades	17	0,3		
	Não informado	778	12		
Educação Permanente	Associação	04	7,5	53	100
	CMSSC	01	1,9		
	SMS	03	5,7		
	Secretaria do meio ambiente	04	7,5		
	Subsecretaria da educação	03	5,7		
	UBS	34	64,2		
	Universidade	04	7,5		
Educação Continuada	Associação	01	1,9	53	100
	CMSSC	06	11,3		
	SMS	02	3,8		
	Subsecretaria da educação	03	5,7		
	UBS	41	77,3		
TOTAL DAS AÇÕES				6693	100

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Jataí-GO, 2018. Organização: Autora.

Foi identificado, que o trabalho educativo no município, aconteceu em espaços terapêuticos, que envolveram a saúde mental. As UBS, compõe a Rede de Atenção Psicossocial, fato que se manifestou no trabalho educativo local, sucedido da necessidade de se desenvolver ações que promovam a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas que utilizam esse tipo de serviço. Dessa forma, a Rede de Atenção Psicossocial, tem como objetivo “promover mecanismos de formação permanente aos profissionais da saúde” sendo uma de suas diretrizes “a promoção de estratégias de educação permanente” (BRASIL, 2011c, p. 01).

Outro local que se destacou, foram as escolas. Dada a magnitude do Programa Saúde na Escola no município, foi observado, que o trabalho educativo também se materializa nesses espaços. Documento “Programa Saúde na Escola 2017/2018” esclarece que:

O compromisso da participação realizada por 24 meses em 37 escolas/creches do município visa a realização de 12 ações prioritárias com os educandos, dentro ou fora da escola considerando os indicadores de saúde e de educação, especialmente os que refletem o acesso e a permanência na escola, adoecimento e morte, violência, gravidez na adolescência, o uso de álcool e outras drogas, as ocorrências policiais na escola ou envolvendo educando matriculados (SMS, 2017, p. 01).

De acordo com o documento, o trabalho educativo nas escolas, é desenvolvido por meio de ações pactuadas por 24 meses. Dentre essas, estão ações de controle ambiental, palestras e jogos educativos, práticas corporais e atividades físicas, prevenção do uso do tabaco, álcool, crack e outras drogas, promoção da cultura da paz, cidadania e direitos humanos, saúde bucal, segurança alimentar e nutricional, dentre outros. Dessa forma, o trabalho educativo realizado nas escolas tem contribuído para a formação dos alunos, fomentando o ensino e a aprendizagem (SMS, 2017, p. 01).

De forma ainda “restrita”, apenas 17 (0,3%), do trabalho educativo, foi realizado em universidades do município, o que demonstrou a necessidade, desse espaço formativo, ser menos pontualmente utilizado para eventos especificadamente de cunho formal/acadêmico. Dessa forma, os populares, devem ser convidados a adentrarem esses espaços, tornando o âmbito universitário estratégico para o trabalho educativo em saúde. Vasconcelos (2011), aponta experiências da educação popular, que transformaram o trabalho educativo na saúde no contexto das universidades, demonstrando que, o trabalho educativo por meio da extensão universitária “não se caracteriza apenas pela busca de um modelo dialogado e comprometido de inserção e de ação social, mas também pela forma participativa de organização interna, em que os estudantes e populares ocupam grande espaço de protagonismo (p. 23). Assim, a universidade, deve se posicionar na construção da educação universitária para além da “semiclandestinidade” e possa se declarar e participar da reorientação das políticas de ensino, pesquisa e extensão juntamente com a população.

Referente ao trabalho educativo posto pela APS, é sabido, que pela magnitude das políticas públicas de saúde, voltadas para o trabalho educativo em saúde nesse espaço, as UBS, tem sido fortalecedora do SUS. No que diz respeito ao trabalho educativo em saúde, as unidades de saúde, se constituem, como espaço facilitador da formação em saúde para os trabalhadores do SUS e estudantes universitários, como também, espaços promotores da saúde para a população em geral, buscando a integralidade das ações e cuidado em saúde “na garantia de espaços físicos e

ambientes adequados para formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada” (BRASIL, 2017a, p.02).

Para o fortalecimento do trabalho educativo no SUS, o MS, sempre investiu na AB e APS, tratadas como concepções equivalentes, para a consolidação do SUS (BRASIL, 2017a). Sendo a porta prioritária do SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de saúde por meio das RAS a AB/APS, é definida como:

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, p. 02).

Todo o processo de fortalecimento da AB/APS, surgiu com vistas a substituir as modalidades tradicionais de atenção à saúde e devido a necessidade de reorientação do processo do trabalho em saúde. Iniciou-se no ano de 1994, a trajetória da Atenção Básica (AB) no Brasil, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018). A NOB/96 constituiu o marco inicial que orientou a operacionalização da AB e concomitantemente, a APS. O seu relatório sinalizou a AB, como reorientadora do modelo de atenção à saúde rumo a construção e a consolidação do SUS.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais (BRASIL, 1996, p. 11).

Gradativamente, as estratégias para implantação da AB e mudanças nos modelos de atenção à saúde, foram aperfeiçoados. Mediado pela NOB/96, houve o fortalecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a instituição do financiamento, componente fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB), que

fomentou a implantação de programas e a estruturação do PSF em diversos municípios do Brasil (BRASIL, 1996).

Em 2006, integrando o movimento que impulsionava o fortalecimento da AB, o componente Pacto pela Vida, prioritariamente objetivou “consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006, p. 02). Fruto de um amplo debate, nesse mesmo ano, foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB-2006), revisada em 2011 (Portaria 2.488), apontando a prática da educação permanente, como componente formativo para os trabalhadores do SUS de modo a consolidar e aprimorar a AB.

Em 2017, objetivando a organização e melhoria da qualidade dos serviços ofertados no âmbito da AB, a PNAB, passa por uma nova reformulação. Vários autores, ao tratar o assunto, apontam os retrocessos e riscos de desmonte do SUS e de seus princípios decorrentes desse movimento. Para Morosini e Fonseca (2017), pensar na revisão e reformulação da política, em espaços restritos e em tempos sombrios, com golpes à democracia revela as “pressões para a conversão integral dos direitos sociais à lógica de mercado [...] a saúde torna-se objeto fundamental na acirrada competição do setor privado pelo fundo público” (MOROSINI, FONSECA, 2017, p.01).

As mesmas autoras, enfatizam que, esse movimento desenfreado que busca o desmonte do SUS, reconhece o potencial da AB e estrategicamente, dentro de uma perspectiva biomédica e medicalizadora, tem procurado inverter a gestão do trabalho e o modelo de atenção em saúde (MOROSINI, FONSECA, 2017). Nesse sentido, temos, a prevalência da “concepção estreita da clínica na qual a efetividade remete à assistência no seu sentido mais reduzido, e não ao cuidado integral que compreende a saúde e a doença como um processo que expressa determinações sociais” (MOROSINI, FONSECA, 2017, p. 02).

Outro fato relevante e que deve ser problematizado, é o esvaziamento do trabalho educativo em saúde, diante da reformulação da PNAB em 2017, “em virtude da priorização de atividades associadas às ‘linhas de cuidado’, que têm assumido um foco na prevenção de doenças” (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 20).

No que diz respeito ao trabalho educativo em saúde, ainda permanece a necessidade, de superação da fragmentação das ações de educação em saúde (MOROSINI, FONSECA, 2017). Embora a nova PNAB (BRASIL, 2017a), considerar,

todas as UBS como espaços educativos, formativos, de ensino, pesquisa e inovação, assim como, toda equipe multiprofissional, como educadores, o que se percebe é o tratamento superficial dessas temáticas. A PNAB, cita apenas a educação permanente em saúde e a educação continuada como responsabilidades comuns a todos profissionais que compõe a AB, obscurecendo os princípios da educação popular em saúde, que foi citada apenas no documento síntese (BRASIL, 2016b) que fomentou a revisão da política, mas, que não se revelou abertamente na PNAB/2017, podendo gerar estranhamentos e a ineficiência do trabalho educativo em saúde, principalmente, se o trabalho educativo for planejado e executado alheio aos princípios da PNEPS-SUS.

Outro ponto, que vem sendo debatido entre estudiosos da temática, é a relativização da cobertura populacional por ACS, para a equipe de Atenção Básica, na qual “o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local” (BRASIL, 2017a, p. 11) prevendo cobertura total (100%) apenas em áreas de grande dispersão territorial, de risco e de vulnerabilidade social, o que compromete a universalização, a integralidade das ações de saúde e amplitude do trabalho educativo em saúde, já que, esses profissionais são essenciais para o planejamento estratégico do trabalho educativo, realização de ações programáticas e coletivas, de vigilância e promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

Os documentos analisados nesse estudo, possibilitaram, igualmente, a análise do trabalho educativo conforme categoria profissional de instrutores, tratados no estudo como educadores, como indicado na Tabela 8.

Tabela 8 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme categoria profissional (educadores) no município de Jataí-GO, 2011-2017

Classificação do trabalho educativo	Subclassificação: Educadores	(N)	%	Total	%
Educação em Saúde	Acadêmicos	64	1,0	6587	100
	ACS	572	8,7		
	Assistente Social	122	1,9		
	Biólogo	21	0,3		
	Educador Físico	37	0,6		
	Enfermeiro	1561	24		
	Fisioterapeuta	419	6,4		
	Fonoaudiólogo	153	2,3		
	Nutricionista	800	12		
	Médico	44	0,7		
	Médico Veterinário	03	0,04		
	Odontólogo	04	0,06		
	Pedagogo	96	1,5		
	Psicólogo	45	0,7		
	Terapeuta Ocupacional	246	3,7		
	Técnico em Enfermagem	71	1,1		
	Não informado	2329	35		
Educação Permanente	ACS	01	1,9	53	100
	Docente UFG	05	9,4		
	Enfermeiro	34	64		
	Fisioterapeuta	02	3,8		
	Pedagogo	01	1,9		
	Não informado	10	19		
Educação Continuada	Acadêmicos de enfermagem	02	3,8	53	100
	Enfermeiro	37	70		
	Médico	03	5,6		
	Odontólogo	02	3,8		
	Pedagogo	01	1,9		
	Psicólogo	01	1,9		
	Não informado	07	13		
TOTAL DAS AÇÕES				6693	100

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Jataí-GO, 2018.

Organização: Autora.

Por meio desses achados, foi possível conhecer, as diferentes categorias profissionais que desempenharam o papel de educadores no cotidiano dos serviços de saúde, mediadores do trabalho educativo no município⁴². Dentre os profissionais que mais desenvolveram as ações no município temos respectivamente, enfermeiros (24%), nutricionista (12%), ACS (8,7%), fisioterapeutas (6,4%), terapeuta ocupacional (3,7%), assistente social (1,9%), não informado (3,5%), dentre outros.

⁴² Os profissionais da saúde instrutores das práticas educativas foram tratados no presente estudo como educadores. Dessa forma, os termos “instrutores” e “educadores” são usados como sinônimos.

Pensando nas categorias profissionais, que desempenharam o trabalho educativo em saúde, entre os anos de 2011 a 2017, temos uma diversidade de profissionais associados a equipe multiprofissional em saúde, voltadas para a APS, promovendo o trabalho educativo no município. Toda essa diversidade, é estabelecida pela própria legislação do SUS. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), são compostos por uma equipe multidisciplinar, que busca desenvolver o trabalho em saúde, articulando e compartilhando dos espaços das UBS, para o desenvolvimento de ações educativas estratégicas. No geral, o trabalho, deve ser realizado por toda a equipe, com vistas a aumentar a sua resolubilidade e a integralidade das ações e cuidado em saúde (BRASIL, 2017a).

Estabelecido pela revisão das diretrizes da Atenção Básica pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, os profissionais que compõe a Equipe de Saúde da Família (eSF), minimamente, deve ser composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário da saúde. Pode também integrar essa equipe, o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal. Já a Equipe de Atenção Básica (eAB), deve ser composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem. Poderão integrar essa modalidade de equipe, a cargo dos gestores, os profissionais de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde e de endemias.

Referente ao NASF-AB, a mesma portaria citada acima, estabelece que o núcleo poderá ser composto por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar desempenhando ações complementares ao trabalho na Atenção Básica. Poderá compor os NASF-AB: médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapia, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista, médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária.

Os dados da pesquisa apresentados até aqui, ao serem contextualizados com as diretrizes de organização da Atenção Básica, permitiram a clareza em poder afirmar que, o trabalho educativo aconteceu em maior intensidade, por categorias profissionais que desempenham o trabalho no cotidiano da organização do serviço na APS. Tratados na pesquisa, como educadores, entre os profissionais que

desenvolveram o trabalho educativo no município, revelou-se: o agente comunitário de saúde, assistente social, biólogo, educador físico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, médico, médico veterinário, odontólogo, pedagogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e o técnico de enfermagem.

No cotidiano, as práticas de educação em saúde precisam ser desenvolvidas em parceria com a equipe multiprofissional e com os usuários, na perspectiva de trabalharmos com ações de saúde que incluam o cidadão no processo enquanto ator social, reflexivo e instrumentalizado com o seu saber, para contribuir no processo de mudança social (LEITE, PRADO, PERES, 2010).

Dessa forma, o trabalho educativo em saúde, acontece tanto em âmbito coletivo como individual. Na saúde, a prática educativa é intrínseca a todos profissionais “regida pelo movimento histórico vivenciado na sociedade” (LEITE, PRADO, PERES, 2010, p. 81). O trabalho educativo no SUS, realizado por cada um desses profissionais, vai então se materializando, “para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidades destas equipes” (BRASIL, 2017a, p. 12). Cada integrante da equipe, desempenham um papel importante no desenvolvimento do trabalho educativo, sendo todos educadores. Como já vem sendo discutido na pesquisa, o trabalho educativo, acontece a todo momento e em diversos espaços nos serviços de saúde, assim, cada profissional é co-participante e responsável pelo trabalho educativo realizado. Nesse sentido o MS recomenda que o,

Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento da autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários (BRASIL, 2017a, p. 29).

Dessa forma, às vezes, inconscientemente ou não, os profissionais da saúde não se posicionam e não se sentem educadores. Embora, tenha se destacado neste estudo, o trabalho educativo em saúde entre os profissionais enfermeiros e nutricionistas (enfermeiro, compõe a AB, e o profissional nutricionista, o NASF-AB), indistintamente de sua formação profissional, todos são educadores no SUS, como também, em outros espaços. Como foi apresentado no capítulo 1 e 2, a educação, acontece em todos os espaços, independente da consciência desse processo ou não.

Já o possível estranhamento dos profissionais da saúde como educadores, é resultado, do processo de alienação do trabalho em nossa sociedade capitalista, também já debatido no estudo.

No que diz respeito ao público-alvo, 6.447 (99,3%), dos usuários do SUS, participaram do trabalho educativo nos anos de 2011 a 2017. A participação dos profissionais da saúde na condição de público-alvo, no mesmo período, aconteceu em ações voltadas para a educação permanente 53 (100%) e educação continuada em saúde 53 (100%), conforme mostrado na Tabela 9.

Tabela 9 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme público-alvo no município de Jataí-GO, 2011-2017

Classificação do trabalho educativo	Subclassificação: Público-Alvo	(N)	%	Total	%
Educação em Saúde	Trabalhadores do SUS	38	0,6	6587	100
	Usuários do SUS	6447	99,3		
	Não informado	02	0,1		
Educação Permanente	Trabalhadores do SUS	53	100	53	100
Educação Continuada	Trabalhadores do SUS	53	100	53	100
TOTAL DAS AÇÕES				6693	100

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Jataí-GO, 2018.

Organização: Autora.

Como o trabalho educativo em saúde no município acontece em ações de educação em saúde, educação permanente e educação continuada, e em maior intensidade são realizadas no âmbito da AB, realizada pelos próprios profissionais que a compõe, temos então que, o público-alvo, das ações de educação em saúde são os usuários do sistema público de saúde que fazem parte do território específico de cada unidade de saúde, sendo chamados de população adscrita, ou seja, “população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e população” (BRASIL, 2017a, p. 07).

Diante dos dados, foi observado que a diretriz organizativa da Atenção Básica “Participação da Comunidade” está posta pelo próprio movimento instituído pelo SUS e objetiva:

Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social (BRASIL, 2017a, p. 07).

Dessa forma, a participação popular, no desenvolvimento do trabalho educativo em saúde, necessita acontecer como proposto pelo SUS, com práticas coletivas emancipatórias, que ampliem a autonomia e a capacidade crítica dos usuários, ao pensar e agir sobre a saúde e a doença (BRASIL, 2017a).

O que foi observado por meio dos achados nas planilhas, e deve ser pensado criticamente, é que muito do trabalho educativo em saúde estava vinculado ao trabalho educativo em grupo (TABELA 1), com público-alvo pré-estabelecidos, principalmente, quando se trata de populações adscritas com alguma necessidade peculiar (grupos de gestante, grupo de caminhada, grupo de idosos, grupo de hipertensão, grupo de diabetes, dentre outros), o que pode ser justificado, pelo incentivo do próprio MS, quando recomenda, que o trabalho educativo seja realizado em grupo “o mínimo de 10 (dez) participantes com duração mínima de 30 (trinta) minutos (BRASIL, 2018a, p. 01).

No entanto, cuidados devem ser tomados, de modo a não propagar o trabalho educativo centrado na doença. É certo que, as ações acontecem de acordo com a necessidade de cada usuário do SUS, o que de fato, pode vincular esses grupos à necessidade de cada território. Não que essas atividades não gerem impacto, mas tornam-se um caminho perigoso, quando resultam apenas em um trabalho rotineiro, realizado apenas para o cumprimento de metas estabelecidas pelo MS e gestão local, distantes de seu objetivo maior proposto pelo SUS “autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território” (BRASIL, 2017a, p. 07).

Pensando o trabalho educativo em saúde por meio das ações de educação permanente e continuada, temos nos registros analisados, apenas a participação dos trabalhadores do SUS. Embora a PNEPS que trata a EPS no SUS, sinalizar o quadrilátero de formação em saúde, com a participação dos trabalhadores do SUS, gestores, instituições de ensino e comunidade, esse conjunto, não foi identificado na pesquisa. Leite, Prado e Peres (2010, p. 83), sinalizaram a necessidade de

aproximação do trabalho educativo em saúde às reais necessidades de saúde da população, “devemos tentar tirar a educação em saúde de um espaço puramente intelectual, acadêmico e distante da vida concreta, e a percebemos como um processo permanente dos indivíduos.

Acompanhando o movimento de tentativa de implantação da EPS no município, destaca-se que, embora se perceba a aproximação da PNEPS, com o trabalho educativo, os documentos analisados sobre a EPS e educação continuada, apontaram a incipiência dos registros e as suas limitações na prática dos serviços de saúde municipal.

Entre essas limitações, temos o trabalho educativo em saúde mediado pela EPS em sua menoridade, totalizando no período de 2011 a 2017, apenas 53 ações. Se a EPS vem sendo praticada, não está sendo registrada. Fato que enfraquece o trabalho educativo em saúde, já que o MS, tem recomendado e incentivado, até mesmo, recentemente, no ano de 2018, o órgão apoiou a discussão que sinaliza a necessidade de sua revisão, demonstrando que sua proposta é ousada, mas ao mesmo tempo, extremamente necessária (BRASIL, 2018b).

Nesse contexto, o MS, destaca vários fatores que interferem na efetivação da PNEPS no SUS, temos “aspectos políticos-gerenciais e financeiros do processo de gestão e planejamento da PNEPS, enquanto outros se referem a aspectos conceituais e metodológicos, envolvidos na programação e execução das ações de EPS” (BRASIL, 2018b, p.15).

A complexidade do processo de gestão da implantação da PNEPS, em razão de uma série de fatores, entre os quais se destaca a falta de compreensão, por parte da maioria dos gestores, da importância das ações de EPS para a qualificação da gestão e da melhoria da atenção à saúde no SUS. Desse fato, mais evidente em alguns estados, deriva a falta de priorização das ações de EPS no processo de planejamento e programação, quer seja no âmbito do Plano Estadual de Saúde, quer, mais precisamente, na fragilidade dos processos de planejamento regional das ações de EPS. Isto também, está conectado com o grau de desenvolvimento do processo de implantação e funcionamento da CIES, e se reflete na articulação entre as diversas instituições que compõe o quadrilátero da EPS. Em relação ao financiamento, todos os estados apontam, como dificuldades, a descontinuidade dos repasses financeiros do MS (desde 2011), e problemas na gestão cotidiana para execução dos recursos (BRASIL, 2018b, p. 16).

Pensando nessas dificuldades de operacionalização da PNEPS, a formação de facilitadores e multiplicadores da EPS, se faz extremamente urgente. O planejamento

das ações, deve ser participativo, envolvendo os gestores, trabalhadores do SUS, instituições de ensino e comunidade. O MS, na busca por ampliar e fortalecer a EPS, recorda que o plano de trabalho deve ser condizente com o aporte teórico-metodológico da política. O plano de trabalho poderá conter: a caracterização das regiões de saúde; a identificação dos problemas de saúde; o objetivo das ações; o público-alvo; a metodologia utilizada; a duração da atividade; a avaliação e a estimativa de custos (BRASIL, 2018b).

Tratando o município em estudo, o instrumento utilizado e/ou o que deveria ser utilizado pelos profissionais para o planejamento da EPS, se aproximou desses tópicos recomendados pelo MS. No caso específico dos registros, ou a falta deles, a criação de instrumento que possibilitou o seu planejamento, gerou a sistematização dos dados ao longo dos anos, mas com limitações. Se o planejamento do trabalho educativo está sendo realizado por meio do formulário para tal finalidade (ANEXO 3), pelo menos no período da pesquisa, esses documentos, não estavam sendo repassados para o setor da EPS. Mesmo diante de solicitações às unidades de saúde, feitas pela coordenadora do setor, esses documentos não foram encontrados. De acordo com Bastable (2010), “o tipo de sistema de documentação usado pelas agências de saúde tem efeitos na qualidade e na proporção do ensino ao paciente” (p. 38). E dentre os fatores que dificultam os seus registros estão “falta de tempo, falta de atenção aos detalhes e formas inadequadas de registrar as atividades de ensino” (CARPENTER, BELL, 2002 apud BASTABLE, 2010, p.38).

Com a falta dos registros a comunicação em saúde fica prejudicada, resultando em fragmentação e descontinuidade de projetos, fatores que determinaram a EPS no município. Ainda que no ano de 2011, a EPS, tenha se mostrado tão fortalecida em sua implantação local (MAIA, 2014), de certa forma tem perdido forças ao longo do tempo. A mera criação de documentos, apenas para serem divulgados e repassados em reuniões restritas à técnicos da saúde, e que após, se tornam desconhecidos pela maioria dos trabalhadores da saúde e/ou criados apenas como uma forma de cumprir exigências impostas pelo MS, apenas favorece, a educação a serviço de uma minoria elitizada, ocultando as inúmeras possibilidades em se utilizar a educação a serviço do povo e com o povo. Resta saber, os reais incentivos que os profissionais de saúde têm recebido na prática, se eles possuem conhecimento, recursos financeiros e didáticos para propor mudanças, e refletir sobre as concepções do trabalho educativo em saúde predominante no cotidiano dos serviços.

No que se refere à temática abordada durante o trabalho educativo em saúde, somente, 3.980 (60,4%), informaram os temas para a saúde, enquanto, 2.607 (39,6%), não informaram esses dados. Dentre o universo dos que informaram, foram identificados os seguintes temas, conforme mostra a Tabela 10.

Tabela 10 – Classificação do trabalho educativo em saúde conforme temas para a saúde no município de Jataí-GO, 2011-2017

Classificação do trabalho educativo	Subclassificação: temas para saúde	(N)	%	Total	%
Educação em Saúde	Alimentação saudável	223	3,4	6587	100
	Antropometria	18	0,3		
	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	08	0,11		
	Cidadania e direitos humanos	02	0,03		
	Dependência Química	05	0,07		
	Envelhecimento	09	0,13		
	Plantas medicinais/Fitoterapia	03	0,04		
	Práticas corporais/Atividade Física	40	0,6		
	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz	06	0,09		
	Saúde Ambiental	02	0,03		
	Saúde Bucal	30	0,45		
	Saúde Mental	74	1,12		
	Saúde Sexual e Reprodutiva	38	0,6		
	Saúde do Trabalhador	02	0,03		
	Outros	3.520	53,4		
	Não informado	2.607	39,6		
Educação Permanente	Dengue	04	7,6	53	100
	Diabetes	08	15		
	Saúde do Idoso	09	17		
	Outros	24	45,4		
	Não informado	08	15		
Educação Continuada	Saúde da criança e adolescente	06	11,3	53	100
	Dengue	06	11,3		
	Ética e cidadania	04	7,6		
	Outros	28	52,8		
	Não informado	09	17		
TOTAL DAS AÇÕES				6693	100

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Jataí-GO, 2018.
Organização: Autora.

Os temas mais abordados foram o de alimentação saudável 223 (3,4%), seguido de saúde mental 74 (1,12%), práticas corporais/atividade física 40 (0,6%) e o de saúde sexual e reprodutiva 38 (0,6%).

Buscando a compreensão sobre o assunto, deparamos com o incentivo e recomendações feitas pelo MS sobre a temática. Por meio da revisão da Política

Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (2014b), temos a indicação de que o trabalho educativo, aconteça fundamentado em temas transversais⁴³, com abordagem a determinação social da saúde, equidade e respeito a diversidade; desenvolvimento sustentável; produção de saúde e cuidado; ambientes e territórios saudáveis; vida no trabalho; cultura da paz e direitos humanos (BRASIL, 2014b). O trabalho educativo, vinculado à essas temáticas, de acordo com o MS, objetiva a integralidade do cuidado e das ações em saúde. A política sinaliza a incorporação de temas que:

Favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, de modo que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber (populares, tradicionais e científicos), construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde. Significa, também, vincular o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada, por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde (BRASIL, 2014b, p. 18).

Os assuntos abordados durante o trabalho educativo em saúde em Jataí-GO, revelou uma aproximação com os temas prioritários apresentados pela PNPS. Dentre a temática que se aproximou com os temas prioritários recomendados pela PNPS, temos: alimentação saudável 223 (3,4%), práticas corporais e atividade física 40 (0,6%), enfrentamento ao uso de tabaco e uso abusivo de álcool e outras drogas/dependência química 5 (0,07%), promoção da cultura da paz 06 (0,09) e direitos humanos 02 (0,03).

Buscando fortalecer o trabalho educativo no SUS, e originada internacionalmente, por uma ampla discussão sobre conceitos fundamentais de saúde, como, os da determinação social da saúde, a criação de “ambientes favoráveis”, “políticas públicas saudáveis” e “empoderamento social”, surgiu a proposta de Promoção da Saúde, mediada pelas Cartas de Promoção de Saúde e, simultaneamente às Conferências Internacionais de Promoção da Saúde. No Brasil, a discussão balizou o movimento da Reforma Sanitária, e a partir da década de 1990, em meio ao processo de consolidação do SUS, a promoção da saúde em sua perspectiva crítica, fortaleceu a concepção ampliada de saúde, objetivando a superação do paradigma biomédico nos serviços de saúde (SILVA, 2017).

⁴³ “Os temas transversais são referências para a formulação de agendas de promoção da saúde e para a adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS” (BRASIL, 2014b, p. 17).

No entanto, apesar dos avanços, a promoção da saúde, a depender da perspectiva que é praticada, crítica ou biomédica, tem determinado o trabalho educativo no SUS. A promoção da saúde na perspectiva biomédica, carrega consigo, uma concepção prescritiva, centrada no controle dos riscos comportamentais e prevenção de doenças (SILVA et al, 2015).

Dentro de sua perspectiva crítica, a promoção da saúde, passa a ser uma estratégia de produção da saúde e cuidado, propiciando práticas humanizadas, de acordo com as necessidades de cada região de saúde, fortalecendo a participação e o controle social por meio do diálogo entre o saber popular, tradicional e científico (BRASIL, 2017b). Articulada às demais políticas de saúde, deve desenvolver ações, que respondam às necessidades de toda população. Nessa perspectiva a promoção da saúde no SUS objetiva:

Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2017b, p. 08).

Em sua perspectiva crítica, a promoção da saúde, se apropria do conceito ampliado de saúde e da educação popular em saúde, ajustando os seus princípios e diretrizes a favor da equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade. Em suas diretrizes temos: o respeito às diversidades, favorecendo a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis, busca pela garantia dos direitos e da justiça social e apoio a formação e à educação permanente, incentivando as habilidades individuais e coletivas fortalecendo o desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2017b).

A ação educativa defendida tanto pelos ambientalistas como pelos profissionais da saúde, traz uma ideia convergente sobre o processo pedagógico que, historicamente, os movimentos sociais destas áreas têm procurado refletir por meio de abordagens e posturas educativas críticas utilizadas na formação dos indivíduos. As temáticas de educação em saúde e ambiental na prática fazem parte de um mesmo processo pedagógico. Um olhar pela dimensão histórica desses temas permite constatar alguns valores adquiridos nesse percurso. Sempre buscam um modelo de processo pedagógico que atenda ao desenvolvimento social e político justo, onde os cidadãos são considerados os principais protagonistas ao desenvolverem suas habilidades a fim de promoverem ações em defesa da saúde e do cuidado ambiental (PELICIONE, 1998 apud SABBO, PELICIONI, 2015, p. 804).

Outro aspecto relevante é o destaque do trabalho educativo como componente mediador da operacionalização da promoção da saúde. Dentre os seus eixos operacionais, ou seja, as estratégias a serem utilizadas para a concretização das ações de promoção da saúde temos a “educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos (BRASIL, 2017b, p. 10).

Ao vincular as ações de promoção da saúde à concepção crítica de educação por meio da problematização, diálogo, emancipação e desenvolvimento de consciência crítica a nível individual e coletivo, o próprio homem, é visto como agente transformador de suas condições de vida. A valorização dos saberes populares, seus modos de agir e ver a vida, promovem o empoderamento, a capacidade de tomada de decisão e a autonomia de indivíduos e coletividades em defesa da saúde, simultaneamente, da vida.

No entanto, Czeresnia (2009), lembra as relações conflituosas, presentes na operacionalização do ideário da promoção da saúde que se materializam, contraditoriamente, à sua concepção crítica. Uma delas é a gênese do discurso sobre promoção da saúde, proposto a partir do contexto de sociedades capitalistas neoliberais, que de forma aparente, fortalece a busca pela autonomia do indivíduo e de grupos sociais, mas em sua essência, exercem uma autonomia regulada “estimulando a livre escolha segundo uma lógica de mercado” (CZERESNIA, 2009, p. 702 e-book).

Dessa forma, tratamos duas concepções diferentes sobre a promoção da saúde. A promoção da saúde na perspectiva crítica, é fundamental para o desenvolvimento humano (CZERESNIA, 2009). Lopes e Tocantins (2012, p. 243), afirmaram a sua importância “porque atua na formação consciente dos sujeitos, mediando-os com a realidade social para a transformação pessoal e coletiva”. Já a promoção da saúde na perspectiva biomédica, trabalha apenas a prevenção das doenças, estritamente regulatória e normatizadora, sem levar em consideração a historicidade, os saberes populares, a determinação social da saúde, e o homem como ser coletivo.

Ao considerar que sujeitos e coletividades são parte de um contexto, de uma sociedade e que isso está relacionado com a forma como eles cuidam da saúde, mais ou menos próximos das recomendações ‘científicas’, as práticas de PS buscam também prevenir doenças e/ou atenuá-las. Para isso, em sua vertente crítica, busca utilizar como estratégia não a mera prescrição de comportamentos saudáveis, mas a construção de possibilidades, que pode envolver também mudanças de comportamento, que são negociadas e pactuadas entre os sujeitos, profissionais, trabalhadores e serviços de saúde. A problematização do fato de a PS ser, muitas vezes, classificada aprioristicamente, ou seja, acreditar-se que determinadas temáticas e ações são de PS sem analisar a forma como são efetivadas contribui para preencher lacunas que a vertente crítica da PS apresenta. [...] A PS está relacionada com a autonomia e empoderamento individuais e coletivos, com a participação para transformar e melhorar as condições de vida e saúde, incluindo aí as ações cotidianas nos serviços de saúde, no espaço micropolítico da vida de sujeitos e coletividades, mas que não se restringem ao foco individual e culpabilizador baseada na comunicação autoritária que só considera o saber técnico-científico (CARVALHO, COHEN, AKERMAN, 2017, p. 274).

Nesse sentido, a “educação não é neutra, mas sim uma prática social permeada de intenções, subjetividades e fins” (LOPES, TOCANTINS, p. 243). Refletir o trabalho educativo em saúde, como mediador da promoção da saúde, requer uma prática social centrada na concepção crítica de educação “cuja formação não visa apenas memorizar conceitos e saberes instrumentais sobre a saúde, e sim [...] saber acessar, decodificar, manejar e, se necessário criticar informações e conhecimentos sobre sua saúde e o meio ambiente” (LOPES, TOCANTINS, p. 243).

Assim, desvelar as reais intenções do trabalho educativo proposto nos serviços de saúde, que dentro da perspectiva biomédica, apenas reduz o papel social da educação, à mera transmissão de conhecimentos e imposição de normas “saudáveis”, sem resultados concretos, faz urgente e necessário. Czeresnia (2009), alerta que a imposição de normas e estilos de vida considerados saudáveis, apenas estimulam a escolha, segundo as regras do mercado capitalista. Pensar e praticar a promoção da saúde, na perspectiva crítica, é uma alternativa que busca mudanças para efetivação do trabalho educativo realizado no âmbito do SUS.

3.3 Trabalho educativo em saúde: novos olhares, algumas considerações

Diante das contradições e conflitos inerentes ao SUS e ao trabalho educativo em saúde apreendidos pela presença pesquisa e tratados no capítulo 1, 2 e que vem sendo debatidos no capítulo 3, adveio a necessidade de se pensar e buscar novo

caminho que resgate a essência do trabalho educativo em sua perspectiva ontológica, a serviço do próprio trabalhador que a produz. Ramos 2007, explica que o trabalho em saúde, deve alcançar a sua perspectiva ontológica, que concretamente não está estabelecido na sociedade capitalista. Em contramão ao movimento de alienação gestado pelo modo de produção capitalista, teríamos o trabalho educativo ontológico na saúde, como mediador da existência humana “meio pelo qual a existência é produzida e mantida como bem-estar físico, mental e social” (RAMOS, 2007, p. 54). Dessa forma, dentro da perspectiva crítica, os princípios e diretrizes do SUS, principalmente o da integralidade, procurariam resgatar o caráter ontológico do trabalho em saúde “pois a atenção integral em saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito e não como objeto do capital” (RAMOS, 2007, p. 54).

Os princípios do SUS podem ser convergentes com essa concepção por duas razões. Primeiro, porque a atenção à saúde, a assistência e o cuidado são processos que visam a assegurar a produção da vida humana. Sendo assim, o trabalho em saúde guardaria sua dimensão ontológica, se compreendida como relação entre homem-natureza/vida-homem, mediadas pelas capacidades produtiva e criativa do ser, que proporcionam a produção de sua existência. Ao contrário, marcado pela divisão técnica e social e configurado como mercadoria, o trabalho em saúde guarda as mesmas contradições históricas das relações sociais de exploração. Portanto, sob os princípios do SUS – integralidade, universalidade e equidade –, o trabalho em saúde pode se contrapor à alienação e se traduzir como processo de criação humana. A não consecução desses princípios é, também, uma forma de se manter a alienação pelo trabalho (RAMOS, 2010, p. 280).

Entretanto, o trabalho em saúde alienado, ou seja, o trabalho conformado em mercadoria “reconfigura o trabalho em saúde como produtor de um bem-estar definido pelos padrões de produção” (RAMOS, 2007, p. 54) fortalecendo apenas a lógica do capital. O trabalho educativo em saúde, produtor apenas de bem-estar de acordo com bens de produção, é caracterizado como trabalho educativo alienado, por pensar o homem em sua individualidade, fortalecendo o egoísmo humano.

Nas sociedades capitalistas, o produto do trabalho do trabalhador é do patrão ou da empresa que o emprega. Ele só recebe um salário para trabalhar e não pelos produtos que produz. A riqueza da sociedade, se medida pela quantidade de trabalho e de produtos que o trabalho produz, é desigualmente distribuída. Quem trabalha, como regra, é quem menos recebe da riqueza produzida. Assim, o trabalho do trabalhador serve para produzir produtos que tenham “valor de troca” para o patrão. Há sociedades modernas, como as socialistas, que defendem que a riqueza é de toda sociedade e que a sua distribuição deve ser feita de acordo com o trabalho e a necessidade de cada um (MERHY, FRANCO, 2008, p. 428).

Pensando no trabalho-educação-saúde sob a ótica do capital, existe uma relação, muitas vezes não declarada, mas que potencializa a mercantilização do trabalho educativo em saúde, no qual o trabalho, educação e a saúde são tratados como mercadoria. Assim, fortalecendo essa relação, o próprio homem passa também a condição de simples mercadoria à serviço do capital (MARX, 2004). O trabalho que segundo Marx, deveria ser uma atividade vital humana, um prazer, torna-se uma tarefa difícil, dolorosa. E assim, na saúde não tem como ser diferente, o trabalho como qualquer outro, exterior ao homem, passa a ser visto como *labour* (alienado, estranhado) e na medida que o trabalho se torna alienado o homem se estranha em todo processo do trabalho “[...] O trabalho é externo ao trabalhador, isto é, não pertence ao seu ser, que ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, que não se sente bem, mas infeliz [...] O seu trabalho não é portanto voluntário, mas forçado, trabalho obrigatório [...]” (MARX, 2004, p.82).

No aporte teórico do SUS, o trabalhador é apresentado como sendo o protagonista responsável por sua construção e consolidação “[...] o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local” (BRASIL, 2014d, p. 01). No entanto, essas ideias por si só, não tem a capacidade de resgatar o caráter ontológico do trabalho na sociedade capitalista, a depender das relações estabelecidas, o trabalho em saúde, pode fortalecer o SUS ou não.

É isto que se quer dizer quando nos referimos ao princípio educativo do trabalho. Não é porque “trabalhando se aprende”, ou porque é preciso “formar para o exercício do trabalho”, dentre outras ideias que se desdobram, equivocadamente, da primeira. O trabalho é princípio educativo porque expressa a natureza produtiva e criativa do ser. Compreendê-lo significa compreender que a realidade e a própria vida humana são determinadas pelo próprio ser humano, mas que, sob as relações sociais de produção configuradas pela propriedade privada, pela mercadoria e pela divisão social do trabalho, a força produtiva e criativa do trabalho pode ser apropriada para a satisfação de interesses de outrem – dos que detêm os meios de produção – alienando o ser dessa mesma natureza, processo que se constitui na exploração do trabalho (RAMOS, 2010, p. 280).

No entanto, o que tem se observado na prática é a inversão do princípio ontológico do trabalho, nele o trabalho educativo em saúde. Não culpabilizando os trabalhadores da saúde, mas de fato, a realidade, os modos de produção do trabalho,

satisfazem invertidamente, apenas as necessidades dos grandes donos de empresas e instituições privadas, perpetuando o sistema capitalista de produção. Igualmente, Faria et al. (2009), analisaram que o trabalho em saúde, assim como qualquer outro, está alienado e distante dos trabalhadores que realizam o trabalho de forma direta. Grupos administrativos restritos, a níveis hierárquicos elevados, são os que definem o trabalho a ser realizado, evidenciando-se assim, a divisão do trabalho e o tecnicismo do trabalho em saúde.

Dessa forma, aparecem as dimensões contraditórias do trabalho em saúde. A divisão do trabalho manual e intelectual⁴⁴ e a dicotomia entre trabalho simples e trabalho complexo⁴⁵. “Tal divisão distingue dirigentes e dirigidos e se objetiva na distribuição de tarefas e responsabilidades aos membros de um grupo de trabalho” (RAMOS, 2007, p. 55). Segundo Pires (2008, p. 130) a divisão do trabalho em saúde se manifesta “na forma de organização e produção do cuidado prestado por diversos grupos profissionais a seres humanos com carências de saúde” e acrescenta:

Refere-se à forma de organização do trabalho coletivo em saúde na qual se identificam a fragmentação do processo de cuidar; a separação entre concepção e execução; a padronização de tarefas distribuídas entre os diversos agentes, de modo que ao cuidador cabe o cumprimento da tarefa, afastando-o do entendimento e controle do processo; a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho (PIRES, 2008, p. 130).

Brasil (2005), escreve que, o processo de divisão do trabalho, separa e mecaniza as relações sociais de produção, nas quais, os trabalhadores reproduzem estratégias e técnicas que reforçam a natureza capitalista do trabalho alienado. E acrescenta:

⁴⁴A divisão do trabalho manual e trabalho intelectual é resultado da “divisão entre as esferas do conhecimento e da produção; da ciência e da técnica; da teoria e da prática [...] O trabalhador, ao invés de sujeito de conhecimento, de reflexão e imaginação, passa a ser considerado como parte das máquinas (RAMOS, 2007, p. 41).

⁴⁵“O trabalho simples, portanto, é aquele reduzido à indiferença de quem o realiza, já que, para isto, não são exigidos mais do que conhecimentos elementares, como ler, escrever e contar, além de rudimentos técnico-procedimentais para o exercício das tarefas. Já o trabalho mais complexo se realiza por uma força de trabalho na qual entram custos mais altos de formação, cujo valor é mais elevado do que a força de trabalho simples” (RAMOS, 2007, p.42).

Embora não sendo exclusividade do capitalismo, a divisão social e técnica do trabalho é princípio fundante da pedagogia do capitalismo que contém processo educativo contingente, e cujo conteúdo é de formação autoritária e deformação, de (in)formação dirigida e (des)informação intencional. Constitui-se em pseudoformação socializada, acrítica e unicamente afirmativa de uma consciência domesticada, da onipresença do espírito alienado, no limite em que condiciona o homem livre, ajustando-o a condição de força de trabalho, transformando-o em trabalhador subjugado pelo capital (BRASIL, 2005, p. 13).

Lima (2007, p. 71), esclarece que, a força de trabalho a serviço do capital passa a “ser educada e aprimorada, no sentido de torná-la mais adequada às novas funções”, a fim de ser vendida e consumida como uma mercadoria qualquer.

Assim, pouco a pouco, o corpo humano passa a ter um significado social novo e original, ele passa a ser a sede da força de trabalho. Agora, não interessa mais escravos e servos fixados nas terras e feudos, mas homens livres para um mercado de trabalho em expansão, onde poderão dispor de sua força, de seu corpo, e ‘livremente’ comercializá-la com o capitalista em troca de salário. Dada à natureza dessa relação social, na qual proprietários de riqueza empregam o trabalho de não-proprietários para produzir mais riqueza, essa mercadoria especial, que produz valor, deve ser comprada e vendida no mercado de trabalho como qualquer outra mercadoria (LIMA, 2007, p. 70).

Em contrapartida, segundo Oliveira (2015), em estudo que objetivou analisar os determinantes sócios-históricos ligados à questão da saúde como mercadoria e seus reflexos sobre o SUS, o principal interesse das políticas públicas tem sido o lucro. A saúde a partir de então, passa a ser vista como mercadoria, um negócio. Nesse sentido o mesmo autor acrescenta que vários bens de consumos são desenvolvidos e apresentados como mantenedores da saúde, mas que na realidade só alimenta a lógica do mercado. Aparece então o fetiche da mercadoria, a reificação na prática, na qual naturalmente a saúde passa a ser vendida e obtida a custos elevados.

Percebe-se a partir de então a necessidade de procurar caminhos para a compreensão das contradições que permeiam a sociedade e entre a aparência e a essência (des)revelar as relações sociais de trabalho, saúde e educação no âmbito do SUS em defesa aos direitos fundamentais de cidadania. Preparar os trabalhadores visando o enfrentamento das armadilhas criadas por classes hegemônicas que tratam a saúde como mercadoria é uma alternativa estratégica a favor do SUS.

Diante dessas contradições permanece a necessidade de reflexão crítica a respeito da gênese ideológica de cada prática educativa. A favor de quem e para quem

estão sendo criadas as políticas públicas de saúde? Como buscar novos caminhos em busca da desalienação do trabalho na saúde? Diversas propostas de progressos, avanços e mudanças não diferem de outras áreas do conhecimento. Debater as verdadeiras intenções, contradições, conflitos no que envolve o trabalho educativo em saúde é fundamental para propagação do SUS e compreensão de sua atual conjuntura. Atribuir somente à educação o poder de mudança é naturalizar os inúmeros processos de alienação em nossa sociedade. No entanto, a educação, se torna uma forte aliada na luta contra a dominação do capital. Resta saber, se em uma sociedade, em que prevalece os interesses de classes, a supressão do trabalho alienado se fará possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise documental revelou que o trabalho educativo em saúde no município de Jataí-GO se alinha em alguns aspectos ao que tem preconizado o SUS, mas antagonicamente, tem fortalecido, práticas hegemônicas que perpetuam a concepção tradicional da educação no campo da saúde, fundamentada no paradigma biomédico de ciência. Nesse sentido, o trabalho educativo em saúde do município, foi caracterizado por práticas desconexas, fragmentadas e descontínuas, de cunho tecnicista, reguladoras e normatizadoras, associadas ao trabalho educativo alienado em saúde. Dessa forma, o trabalho educativo em saúde alienado, apenas impossibilita a materialização do trabalho educativo dentro da perspectiva ontológica, ou seja, trabalho educativo voltado para a produção da humanidade, na qual, o homem em seu processo de trabalho, se percebe como parte integrante do mesmo, no qual, busca meios de suprir suas próprias necessidades e as da coletividade, valorizando a cultura, os saberes e os modos de conduzir a vida, estabelecidos historicamente.

Os resultados da pesquisa revelaram ainda, que no quesito de se trabalhar ações de educação em saúde, educação permanente e educação continuada, o trabalho educativo em saúde no município em estudo, se alinhada ao que tem preconizado o SUS, já que ele encoraja tais ações. No entanto, ainda que o município venha implantando programas, projetos e ações no campo da educação em saúde, se faz necessário, a sua conexão com os princípios e diretrizes do SUS, bem como, outras políticas que problematizem a saúde dentro de seu conceito ampliado, proporcionando assim, uma práxis emancipatória a favor de toda coletividade, a partir de suas próprias necessidades.

Referente as ações de educação em saúde, foi evidenciado, que o trabalho educativo, tem se materializado no contexto da Atenção Primária em Saúde, assim como outros espaços comunitários articulados nesse nível de atenção, como escolas, igrejas, praças, universidades, empresas, dentre outros. O profissional que mais desenvolveu o trabalho educativo e/ou mais registrou esses dados foi o profissional enfermeiro, seguido de outros membros da equipe multiprofissional em saúde, dada a magnitude do NASF-AB na APS. O público-alvo dessas ações, foram os próprios usuários do SUS, sendo trabalhado, os temas prioritários estabelecidos pela PNPS, como os de alimentação saudável, antropometria, práticas corporais, doenças crônicas, saúde bucal, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, saúde do

trabalhador, saúde ambiental, prevenção da violência e cultura da paz, cidadania e direitos humanos, dentre outros.

No que diz respeito a educação permanente em saúde, esta foi desenvolvida com os trabalhadores do SUS no âmbito da APS, com temas relacionados a dengue, diabetes e saúde do idoso. Dentre os profissionais envolvidos com a instrução (chamados de educadores), estão os enfermeiros, agentes comunitários de saúde, pedagogos, fisioterapeutas e docentes de instituição superior. A princípio, podia até se pensar que esta estava sendo realizada de forma sistemática e contínua, mas a prática se mostrou contraditória. Os dados mostraram, que existe uma lacuna que separa a realidade encontrada, do que tem sido preconizado pela PNEPS. A própria política, orienta a formação dos trabalhadores para o trabalho no SUS, mas o que não aconteceu de forma significativa desde sua implantação no município, fato contraditório, e ao mesmo tempo desleal, com o próprio movimento que busca fortalecer o SUS mediado pela educação permanente em saúde. Entretanto, esse movimento não pode se manifestar de outra forma, a não ser, determinar suas práticas fragmentadas, descontínuas, conflituosas e pouco resolutiva. Se o próprio setor que administra, comparece de forma desestruturada, cria-se um elo direto com o restante dos serviços de saúde, que apenas (re)produzem o que já está posto. Certo que, vários fatores devem ser considerados, lacunas ocasionada por falhas técnicas e/ou conjunturas políticas; no entanto, a EPS no município, carece ser estruturada a favor do fortalecimento do SUS municipal. Eis a contradição, o desafio está em aproximar a educação permanente do cotidiano dos serviços de saúde.

Quanto a educação continuada, esta carrega historicamente, o trabalho educativo, fundamentado em treinamentos e capacitações pontuais. No município em estudo, ela foi consideravelmente realizada no âmbito da APS, tendo como educadores os profissionais enfermeiros, médicos, acadêmicos de enfermagem, odontólogos, pedagogos e psicólogos. Os trabalhadores da saúde foram o seu público-alvo. Os temas trabalhados nessas ações, foram os de saúde da criança e do adolescente, dengue, ética e cidadania, e os não informados.

Nesse contexto, os dados também mostraram, que as estratégias educativas, propostas durante essas ações (educação em saúde, educação permanente, educação continuada), permaneceram vinculadas à concepção tradicional de educação, com enfoque em palestras e na transmissão de conhecimentos, que são associadas a estratégias educativas anti-dialógicas, assistemáticas, pontuais,

descontínuas e fragmentadas. Embora o estudo apresente algumas limitações, como a de não ter sido acompanhado nenhuma prática educativa no ato de produção e consumo, o grande número de atividades vinculadas a palestras, e os dados não informados nos registros de saúde, nos garantem subsídios para a afirmação.

Neste estudo, também foi observado, a prevalência significativa da incompletude dos registros nos documentos encontrados, que aliados à falta de incentivo e (de)formação de recursos humanos para o trabalho no SUS, mostraram a desconfiguração do trabalho educativo em saúde. A incipiência dos registros, refletiu a (des)atenção com a qualidade das ações educativas e sua ligação direta com os (des)cuidados prestados à comunidade, dando forma às práticas hegemônicas tradicionais de educação no SUS.

O caráter bem objetivo dos dados lançados nas planilhas e disponibilizados pelo município, pode estar vinculado, a indicações do próprio MS, ao incentivar tempo de duração e o registro apenas do números de atividades educativas, o que desestimula o profissional na busca pela sistematização completa dos dados, em contramão ao que propõe a PNEPS. Dessa forma, as relações sociais estabelecidas no SUS, ao longo dos anos, tem determinado, as práticas e o trabalho educativo em saúde. Nesse caso, o próprio aporte teórico do MS, apresenta contradições conflituosas, que precisam ser revisadas, de forma a compor um aporte teórico sólido que não dissocie a teoria, apresentada apenas em seus manuais, cadernos e políticas, da realidade prática dos serviços de saúde. Contribuições concretas carecem ser efetivadas, para a superação da dicotomia entre concepção e execução do trabalho educativo no SUS, de acordo com os seus princípios e diretrizes.

Estrategicamente, a educação em saúde, a educação permanente em saúde e a educação continuada, precisam ser fundamentadas em um paradigma crítico de educação, desenvolvido por um trabalho emancipador, dialógico, problematizador, que desperte, os diversos sujeitos coletivos, usufrutuários do sistema público de saúde, a busca por autonomia e compreensão sobre o seu próprio corpo e as determinações sociais que incide sobre ele e sua saúde, encontrando meios de luta e resistência, em defesa da vida construída em coletividade.

De modo a minimizar essa lacuna, a educação popular, institucionalizada por meio da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, vêm sendo o caminho proposto em substituição às práticas tradicionais no SUS. Constituída a favor da coletividade, a educação popular, se torna um instrumento para o enfrentamento das

estruturas políticas e econômicas, que hegemonicamente confrontam a sociedade, no entanto, dadas as contradições, gestadas no seio da sociedade capitalista, logo no SUS, essa não é uma tarefa que se apresenta como fácil.

Referente a educação popular, embora o MS, no ano de 2013 (período que coincide com os dados levantados na pesquisa), ter instituído a PNEPS-SUS e recomendado o trabalho educativo em saúde, fundamentado na concepção da educação popular, não foi encontrado a concretude de sua prática no município em estudo até o ano de 2017. Foi evidenciado apenas, a citação do eixo de educação popular em saúde, em relatório de gestão e a sinalização de dificuldades práticas em sua realização. Importante ressaltar que, a respeito do envolvimento da EPS com a EP, o MS, apoia e recomenda a aproximação da educação permanente com a educação popular em saúde, ficando estabelecido que os entes federativos no nível federal, estadual e municipal, devem “apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2009c, p. 34). Ceccim e Ferla esclarecem que “ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular e compartilha muito de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente, tem em vista o trabalho” (2008, p. 162). Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), reafirma o compromisso dos gestores, na garantia dos direitos universais de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida, a diminuição das fragilidades/desigualdades sociais, bem como, o reconhecimento e a valorização da cultura popular, como alvos essenciais do cuidado, gestão, formação, controle social e trabalho educativo em saúde.

Embora o SUS, não tenha definido claramente a sua concepção de educação, cada conjuntura política tem direcionado o trabalho educativo em saúde, o que não é positivo para o sistema, já que ele fica nas mãos de várias pessoas com intenções e objetivos distintos da sua origem no seio popular. Nesse contexto, embora não sendo hegemônica, a educação popular, vai além de ser apenas um aporte teórico-metodológico a ser citado; a educação popular, se apresenta na posição de concepção de educação, e por compor todo processo histórico de construção do SUS, como defendido por vários estudiosos, deveria ocupar um lugar estratégico de maior impacto dentro de cada gestão, instituições de ensino e de saúde, como também, entre os diversos populares, norteador o trabalho educativo no e para o SUS, com e

para o povo, sendo incorporada no cotidiano dos serviços e defendida por todos os trabalhadores do sistema, para além da saúde fragmentada e tão pouco resolutive.

Contraditoriamente, o trabalho educativo em saúde, na sociedade capitalista, está posto como reprodutor e não transformador. Reprodutor do modelo hegemônico em saúde, fundamentado na doença e no autoritarismo desmedido que historicamente acarretam retrocessos para a saúde pública no Brasil, fortalecido por cada conjuntura política estabelecida. Dirigido por fins ideológicos, políticos e econômicos, o trabalho educativo em saúde, tem se distanciado da realidade e das reais necessidades de saúde da população, evidenciado na presente pesquisa, pela falta de documentos com dados correlatos à participação popular, no planejamento das ações a serem executadas com e para a população, o que também, justifica, a necessidade de práticas alicerçadas no diálogo e na participação popular.

Objetivando mudanças concretas na sociedade, o trabalho educativo em saúde, deve promover a formação humana. Preparar os trabalhadores, para o trabalho no SUS, visando o enfrentamento das armadilhas criadas por classes hegemônicas, que tratam a saúde como mercadoria, é uma alternativa estratégica, a favor do sistema público de saúde. O trabalho educativo realizado por profissionais comprometidos com a propagação do sistema ainda vigente, é o caminho capaz de fortalecer a saúde pública no Brasil, resgatar a essência da integralidade das ações e do cuidado e produzir saúde em coletividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BAHIA, Ligia et al. O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições. **Centro Estratégicos da Fiocruz**, 2017.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.03, p. 829-839, 2009.

BARRA, Alex Santos Bandeira. Teoria Crítica e a Crítica ao Positivismo. **Fragmentos de Cultura**, v. 18, n. 3, p. 447-460, 2008.

BASTABLE, Susan B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do contexto de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CARBO, ANAMARIA D' ANDREA. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86.

BAZARIAN, Jacob. **O problema da verdade: teoria do conhecimento**. São Paulo: ALFA-OMEGA, 1994.

BONETTI, Osvaldo Peralta; CHAGAS, Reginaldo Alves das; SIQUEIRA, Theresa CA. A educação popular em saúde na gestão participativa do SUS: construindo uma política. In: **II Caderno de educação popular em saúde**. 2014. p. 16-24.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **A educação como cultura**. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é Educação**. 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2013.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A educação popular na área da Saúde. In: **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 34-40.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Zahar, 1988.

BRASIL, Maggie Nunes. A pedagogia do capitalismo e seus componentes. In: MASCARENHAS, Ângela Cristina Belém (org). **Educação e trabalho na sociedade capitalista: reprodução e contraposição**. Goiânia: Editora da UCG, 2005. p. 9-48.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. 1941. Disponível em: < http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf >. Acesso em: 19 junho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 2.212, de 03 de setembro de 1954.** Normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Rio de Janeiro, 1954.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 49.974A, de 21 de janeiro de 1961.** Regulamenta sob a denominação de código Nacional de Saúde a Lei n. 2.312 de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Brasília, 1961.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde.** 1980. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf
 >. Acesso em: 19 junho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986.** Disponível em:
 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 19 junho 2018.

BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080 de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.** Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.142 de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (NOB/96).** Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. **Secretaria Executiva.** Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde.** 2004a. Disponível em: <
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_12.pdf >. Acesso em: 19 junho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** Brasília: 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular e Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente, 2007b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. **Secretaria-Executiva e Subsecretaria de Planejamento e Orçamento**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Departamento de Gestão em Educação em Saúde**. Brasília: 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação estruturante do SUS. **Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS)**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação da Educação em Saúde. Brasília, 2013c. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Caderno de Educação Popular em Saúde. **Secretaria**

de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. **Secretaria de Gestão Estratégica do Trabalho e da Educação em Saúde.** Brasília: 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).** Brasília, 2014d. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/331-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/gestao-do-trabalho/l1-gestao-do-trabalho/9474-teste-de-noticia> >. Acesso em: 08 de jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 8.901, de 10 de novembro de 2016.** Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica: síntese das discussões. **Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde.** Ministério da Saúde. 2016b. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/portaldab/VII_forum_ab.php >. Acesso em: 10 de julho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação n. 02, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde,** 2017b. acrescentar no corpo do texto.

BRASIL. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, medicamentos e OPM do SUS.** 2018a. Disponível em:< <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: julho de 2018.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que tem se produzido para o seu fortalecimento?. **Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** 1. ed. rev. Ministério da Saúde: Brasília, 2018b. 73p.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde: a cidadania como um caminho para a boa saúde. In: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (orgs.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática.** São Paulo: Santos, 2015. p. 409-419.

CARILLO, Alfonso Torres. **Educación Popular, trayectoria y actualidad.** Venezuela: Coordinación de Investigación, Dirección General de Producción y Recreación de Saberes, 2011. p. 152.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; COHEN, Simone Cynamon; AKERMAN, Marco. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 265-276, 2017.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde—saúde é direito não é negócio**. CEBES, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 162-167, 2008.

ClAVATTO, Maria. Trabalho como princípio educativo. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 408-415, 2008.

CIES SUDOESTE II. Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da CIES – Sudoeste II. **Comissão de Integração Ensino serviço da Região de Saúde Sudoeste II**. Região Sudoeste II. 2015.

CNES. **Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: setembro de 2018.

CORREIA, Maria Valéria. **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento [online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qycmp/pdf/correia-9788575415221.pdf>> Acesso em: 28 abril 2018.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. In: NORONHA, José Carvalho; PEREIRA, Telma Ruth (orgs.), **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 235-271.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências [livro eletrônico]**, v. 3, 2009. p.691-995.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: 2009. p. 39-58.

DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **E-Gestor**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>. Acesso em: outubro de 2018.

DUARTE, Newton. **Sociedade do conhecimento ou sociedade das ilusões? quatro ensaios críticos-dialéticos em filosofia da educação**. São Paulo: Autores Associados, 2008.

EDITORES, Os. Apreciação do "Plano Nacional de Saúde". **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 365-380, 2006.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

FARIA, Horácio Pereira de et al. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. **Belo Horizonte (MG): Coopmed**, 2009.

FÁVERO, Osmar. **Cultura popular, educação popular: memória dos anos 60**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. 283 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17ª. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, v. 3, 1987.

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

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista**. São Paulo: Cortez, 1984.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GOHN, Maria da Glória et al. Social Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista brasileira de Educação**, 2011.

GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Políticas Públicas e Legislação do SUS. **Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS**. Escola Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago". Goiânia: ESAP-GO, 2017.

GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS**. Escola Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago". Goiânia: ESAP-GO, 2018.

IBGE. **Pesquisa por Cidade e Estado**, 2018. Disponível em: <www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html>. Acesso em: setembro de 2018.

JATAÍ-GO. **Prefeitura**. 2018. Disponível em: <<http://www.jatai.go.gov.br/cidade-jatai/#>>. Acesso em: setembro de 2018.

LEITE, Maria Madalena Januário; PRADO, Cláudia; PERES, Heloisa Helena Ciqueto. Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora. In: **Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora**. São Paulo: Difusão Editora, 2010. p. 87.

LIMA, Júlio César. Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira, STAUFFER, Anakeila de Barros (orgs). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJU/Fiocruz, p. 57-96, 2007.

LOPES, Rosane; TOCANTINS, Florence Romijn. Promoção da saúde e a educação crítica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n.40, p. 235-248, 2012.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. **Qualificação dos Gestores do SUS**, v. 2, p. 47-72, 2011.

MAIA. Ludmila Grego. Atividades educativas na rede de saúde na perspectiva da política nacional de educação permanente. 2014. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. 87p.

MAIA, Ludmila Grego et al. Atividades educativas na Saúde na perspectiva da educação permanente em um município de Goiás. **Boletim Técnico do Senac**, v. 42, n. 1, p. 30-47, 2016.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico -filosóficos**. Trad. Jesus Raniere. São Paulo: Boitempo, 2004.

MASCARENHAS, Ângela C. B. A educação para além da escola: o caráter educativo dos movimentos sociais. In: PESSOA, Jadir de M (org). **Saberes do nós: ensaios de educação e movimentos sociais**. Goiânia: UCG, 2004.p 15-28.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77-92. 2014.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 427-432, 2008.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital**. 2ª edição. São Paulo: Boitempo, 2008.

MONTEIRO FILHO, Paulo de Alencar. Conhecendo a rede e entendendo o problema: o olhar geográfico no sistema de saúde pública de Jataí-GO. 2015. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2015. 115p.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 155-162, 2008.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 01, p. e00206316, 2017.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NETTO, Paulo José. **Introdução ao estudo do método em Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, Edward Meirelles. Sistema Único de Saúde (SUS): contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas na sociedade. **Tese (Doutorado em Psicologia)**. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (USP), 2015.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Prefácio. In: LEITE, Maria Madalena Januário; PRADO, Cláudia; PERES, Heloisa Helena Ciqueto (org). **Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora**. São Paulo: Difusão Editora, 2010. p. 19-23.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 junho 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>. Acesso em: 26 junho 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa Focesi. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo da saúde**, v. 31, n. 3, p. 320-8, 2007.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 255-262.

PIRES, Denise Elvira. Divisão social do trabalho. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 130-135, 2008.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos Henrique; FALLEIROS, Ialê. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 153-171.

RAMOS, Marise Nogueira. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira, STAUFFER, Anakeila de Barros (orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJU/Fiocruz, p. 27-56, 2007.

RAMOS, Marise Nogueira. Currículo Integrado. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França (orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 114-118, 2008.

RAMOS, Marise Nogueira. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 77-85, 2012.

SABBO, Cristina; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Promoção da saúde em uma unidade de conservação ambiental de São Paulo. In: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (orgs.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. p. 803-836.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999.

SAVIANI, Dermeval. Educação socialista, pedagogia histórico-crítica e os desafios da sociedade de classes. In: LOMBARDI, José Claudinei; SAVIANI, Dermeval (orgs.). **Marxismo e Educação: debates contemporâneos**. São Paulo: Autores associados: HISTEDBR, 2005.p. 223-276.

SAVIANI, Dermeval. Sobre a natureza e a especificidade da educação. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Salvador, v. 7, n.1, p. 286-293, jun.2015.

SCHÖNARDIE, Paulo Alfredo. A educação popular em tessitura com as políticas públicas: ponderando estranhamentos e possibilidades. **Revista de Educação Popular**, v. 17, n. 1, p. 28-44, 2018.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Jataí, 2014.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Saúde na Escola 2017/2018**. Programa de Puericultura da Criança e do Adolescente. Jataí, 2017.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Jataí, 2018a.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Implantação do Núcleo de Educação Permanente. **Departamento de Educação Permanente em Saúde**. Jataí, 2018b.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Planejamento da Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço. **Departamento de Educação Permanente em Saúde**. Jataí, 2018c.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Educação em Saúde 2018. **Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde**. Jataí, 2018d.

SILVA, Amauri Oliveira. Programa Academia da Saúde: contribuições para aproximações entre promoção da saúde e educação. 2017. **Dissertação de mestrado**. Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2017. 163f.

SILVA, Cristiane Maria et al. Educação em saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. In: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (orgs.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. p. 03-22.

SILVA, Elaine Cristina; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Participação comunitária, educação em saúde e ambiental: analisando as representações sociais de duas comunidades da área de mananciais de Santo André- São Paulo. In: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (orgs.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. p. 479-497.

SILVA, Juliana Freitas. Violência no trânsito na cidade de Jataí: espacialização dos acidentes envolvendo motociclistas no período de 2013 a 2015. 2018. **Dissertação de Mestrado**. Universidade federal de Goiás, Jataí, 2018. 165p.

SILVA-SÁ, J. R; ALMEIDA, C.D; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, n. 01, v. 01, jul., 2009.

STHAL, Hellen Cristina. A formação profissional em saúde na interface com o Sistema Único de Saúde (SUS). 2016. **Dissertação de mestrado**. Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2016. 124f.

STHAL, Hellen Cristina; LEAL, Cátia Regina Assis Almeida. Educação popular como política de saúde: interfaces com a formação profissional em saúde. **Cadernos de Pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 125-138, 2017.

VALLA, Victor Vincent. Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: BARATA, Rita Barradas; BRICEÑO-LEÓN, Roberto (orgs.). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais [on line]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 251-268. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/45vyc> >. Acesso em: 20 fevereiro 2018.

VASCONCELOS, Eymard Morão. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: VASCONCELOS, Eyrmand Mourão; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro (org). **Educação Popular na Formação Universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec, 2011. p.28-34.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular na universidade. In: VASCONCELOS, Eyrmand Mourão; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro (org). **Educação Popular na Formação Universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec, 2011. p.15-27.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias; DA SILVA, Marísia Oliveira. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. **Revista da FAEEBA-Educação e Contemporaneidade**, v. 24, n. 43, p. 89-106. 2015.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 19-33.

WESTPHAL, Márcia Faria. Prefácio. In: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (orgs.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. p. xxv-xxxii.

ZOMBINI, Edson Vanderlei; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Classe Hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança durante a hospitalização. In: PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHE, Fábio Luiz (orgs.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2015. p. 747-758.

ANEXO 1

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Da: Universidade Federal de Goiás			
Ao: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA			
Protocolo: SMS Jataí			
Título da pesquisa:	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E POSSIBILIDADES NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		
Objetivo geral:	Identificar as práticas de educação em saúde no município de Jataí-GO e analisar a sua aproximação e/ou distanciamento da concepção de educação preconizada pelo Sistema Único de Saúde.		
Pesquisador responsável:	Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante		
Orientador(a)	Professora Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal		
Período de coleta:	02/04/18 a 28/09/18		
Instituição:	Universidade Federal de Goiás	Curso:	Programa de Pós-Graduação em Educação
Natureza:	Mestrado		

Após análise do projeto de pesquisa acima citado, a Secretaria Municipal de Saúde informa a viabilidade de execução do mesmo junto às unidades de saúde. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades no presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela inseridos, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Entretanto, a execução deste projeto dependerá da aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante apresentação do parecer ético consubstanciado junto à Instituição de Ensino. Ressaltamos que os princípios ético-legais devem ser seguidos, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Paulino Alves
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 222/2017

Jataí, 29/03/2018

Paulino Alves

Secretário Municipal de Saúde de Jataí
Decreto RH 222/2017

ANEXO 2



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E POSSIBILIDADES NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: Jacqueline Rodrigues do Carmo cavalcante

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88062618.5.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG - Regional Jataí

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.697.747

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E POSSIBILIDADES NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Pesquisadora Responsável: Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante. N.CAAE: 88062618.5.0000.5083. Membro da Equipe de Pesquisa: Cátia Regina Assis Almeida Leal

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar as práticas de educação em saúde no município de Jataí-GO e analisar a sua aproximação e/ou distanciamento com a concepção de educação preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

Objetivo Secundário:

- Compreender as relações históricas entre a educação e saúde no contexto do Sistema Único de Saúde;
- Descrever as concepções de educação que norteiam as práticas educativas em saúde no Sistema Único de saúde;
- Identificar as práticas educativas adotadas nos serviços de saúde no município de Jataí-GO;
- Analisar se as práticas educativas existentes no município estão de acordo com a concepção de educação preconizada pelo Sistema Único de Saúde indicando as aproximações e distanciamentos.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

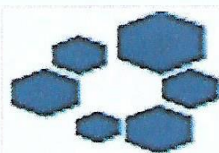
UF: GO

Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.697.747

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata que:

"Riscos:

Os riscos mínimos se referem ao possível desconforto estrutural ao receber o pesquisador na instituição.

Benefícios:

Espera-se que o desenvolvimento da presente pesquisa corrobore com a identificação e compreensão da concepção de educação proposta pelo SUS e praticada pelo município; identificação das ações de educação em saúde no município de forma sistematizada; reflexão crítica das aproximações e/ou distanciamentos entre a teoria e a prática de educação em saúde; assim como, o fortalecimento das ações de educação em saúde no que envolve a participação popular".

Comentários:

Com relação aos riscos, como não há envolvimento direto ou indireto com seres humanos, os riscos inerentes a esse protocolo dizem respeito às instituições de saúde envolvidas no protocolo de pesquisa. Sugerimos que as instituições sejam anonimizadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários:

Verifica-se que trata-se de pesquisa documental, com banco de dados secundários, sem dados diretos e indiretos de seres humanos.

Portanto, esse protocolo não envolve seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Termo de Anuência da SMS Jataí assinado
- Folha de Rosto devidamente assinada
- Termo de Compromisso devidamente assinado
- Instrumento de coleta de dados - Questionário
- Solicitação de Dispensa de TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

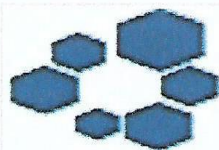
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.697.747

Ao rever os autos do protocolo de pesquisa, verifica-se que não há envolvimento de seres humanos, sendo realizado em bases documentais. O estudo buscará responder às seguintes questões: "Estão as práticas de educação em saúde em consonância com a concepção de educação preconizada pelo Sistema Único de Saúde e quais as aproximações e distanciamentos entre elas?"

Sugerimos, contudo, a anonimização das instituições envolvidas na pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1089789.pdf	19/04/2018 08:14:40		Aceito
Outros	Instrumento_coleta_dados.pdf	19/04/2018 08:14:08	Jacqueline Rodrigues do Carmo cavalcante	Aceito
Outros	termo_compromisso_.pdf	19/04/2018 08:12:58	Jacqueline Rodrigues do Carmo cavalcante	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_CEP.pdf	17/04/2018 08:00:16	Jacqueline Rodrigues do Carmo cavalcante	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_aceite.pdf	17/04/2018 07:58:10	Jacqueline Rodrigues do Carmo cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_TCLE.pdf	17/04/2018 07:52:05	Jacqueline Rodrigues do Carmo cavalcante	Aceito
Folha de Rosto	Folha_CEP.pdf	17/04/2018 07:51:45	Jacqueline Rodrigues do Carmo cavalcante	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.697.747

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 07 de Junho de 2018

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO 3

Planejamento de Atividade

1- Identificação	
Atividade:	Data:
Local:	
Público Alvo:	Nº de participantes esperado:
Responsável:	
2- Justificativa:	
3- Objetivos:	
4- Conteúdo Programático:	
5- Previsão de insumos e despesas:	
6- Avaliação de eficácia: Prazo: () Curto - até 3 meses () Médio – 6 meses () Longo - 1 ano Forma de Avaliação: () Entrevista () Questionário () Observação direta () outros	
7- Observações:	
Assinatura do Solicitante: _____ Fone _____ Assinatura do Superintendente: _____ Data: ____/____/____	