



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PRISCYLLA HELENA ALENCAR FALCÃO SOBRAL

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO A MULHERES SOB O OLHAR DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Salvador

2016

PRISCYLLA HELENA ALENCAR FALCÃO SOBRAL

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO A MULHERES SOB O OLHAR DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Co-orientadora:

Prof^a. Dr^a Mariza Silva Almeida

Salvador

2016

S661 Sobral, Priscylla Helena Alencar Falcão.

Educação em saúde no cuidado a mulheres sob o olhar de profissionais da atenção básica./ Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral. - Salvador, 2016. 167 f : il.

Orientadora: Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Coorientadora: Mariza Silva Almeida

Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Educação em saúde 2. Saúde da mulher 3. Saúde da família-estratégia I. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso II. Almeida, Mariza Silva III. Título.

CDU 613.9:618-055.2

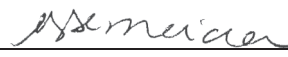
PRISCYLLA HELENA ALENCAR FALCÃO SOBRAL
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO A MULHERES SOB O OLHAR DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 18 de Dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Lilian Conceição Guimarães de Almeida 
Doutora em Saúde Coletiva e Professora da Universidade Federal do Recôncavo Baiano

Mirian Santos Paiva 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Telmara Menezes Couto
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, Pedro, que simultaneamente tão pequenino e tão forte, me motivou a dar continuidade a esse sonho diante das barreiras que pareciam intransponíveis. A você, meu pequenino, dedico essa conquista. A você o meu mais sincero amor e o melhor de mim.

Ao meu companheiro de vida, João Paulo, por me carregar nos braços tantas e tantas vezes nessa trajetória, que fez do meu sonho o seu sonho, e que não mediu esforços para que esse momento se concretizasse. Meu amor, sem suas palavras de estímulo, sem sua compreensão e sem seu otimismo essa realização não teria sido possível.

À minha mãe, Heloíza, à minha irmã, Luma, e ao meu irmão, João, por terem acreditado em mim quando tantas coisas conspiravam contra esse sonho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom Deus, por me confiar essa missão e me permitir viver esse sonho. A quem recorri em silêncio nos momentos de fraqueza em tantas vezes pensei em desisti. Obrigada pelas respostas, por abrir meus caminhos e por me sustentar até aqui!

À minha orientadora, professora Edméia, por partilhar comigo sua experiência e sabedoria, pela sensibilidade com todas as particularidades que se apresentaram nessa trajetória. Sou profundamente agradecida pela confiança, pelo estímulo e por acreditar na minha capacidade, mesmo diante de todas as dificuldades (que não foram poucas) vivenciadas durante esse processo. Obrigada por ser tão sensível e compreender o meu momento.

À amiga Fátima Aguiar, que dedicou seu tempo a me ajudar e a me incentivar a ir adiante. Sua disponibilidade sempre que precisei foi fundamental a essa conquista, que também considero ser sua.

Às minhas alunas Fernanda e Islane pelo esforço, empenho e colaboração nas oficinas. Essa vitória também atribuo a vocês.

A todas/os as/os profissionais participantes, que dedicaram seu tempo, compartilharam suas experiências e mobilizaram seus conhecimentos para a construção desse estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde do município de Petrolina-PE, na pessoa de Thereza Cunha Gama, por ter viabilizado a realização desse estudo.

À amiga Aline que as idas e vindas ao mestrado me proporcionou. Obrigada por me acolher e tornar essa jornada mais leve. Obrigada pelo apoio.

Não basta ter belos sonhos para realizar. Mas ninguém realiza grandes obras se não for capaz de sonhar grande. Podemos mudar nosso destino se nos dedicarmos à luta pela realização de nossos ideais. É preciso sonhar, mas com a condição de crer em nosso sonho, de examinar com atenção a vida real, de confrontar nossa observação com nosso sonho, de realizar escrupulosamente nossa fantasia. Sonhos, acredite neles.

LENIN

RESUMO

SOBRAL, Priscylla Helena Alencar Falcão. **Educação em saúde no cuidado a mulheres sob o olhar de profissionais da atenção básica**. 2015. Dissertação (mestrado em enfermagem) – escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Educação em Saúde é um campo de atuação profissional capaz de favorecer a formação e o desenvolvimento da visão crítica das pessoas a respeito da sua saúde e da organização para a ação coletiva. No âmbito da saúde da mulher há o esforço no sentido de distanciar as ações de educação de saúde da perspectiva verticalizada imposta pelo modelo biomédico, o que requer novas estratégias metodológicas e práticas educativas emancipatórias. Esta pesquisa teve como objetivos promover reflexão e discussão com profissionais sobre suas experiências com educação em saúde no cuidado a mulheres; analisar as experiências relatadas considerando os princípios da educação emancipatória; construir com a equipe multiprofissional, proposta de trabalho educativo com mulheres segundo prioridades apontadas, a partir de metodologias problematizadoras. Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa tendo integralidade como eixo teórico. Foi desenvolvida no município de Petrolina-PE, ano de 2015 e teve como cenário quatro unidades da Estratégia Saúde da Família. Participaram do estudo 15 profissionais das equipes de saúde, duas enfermeiras, dois médicos, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitários/as de saúde. Utilizou-se como técnica de produção do material empírico oficinas de reflexão entendidas como espaço de aprendizagem e de produção coletiva do conhecimento sobre o objeto de estudo. O material produzido foi analisado pela técnica de análise de discurso na ótica de Fiorin, para o qual o discurso é uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem. Os resultados mostram a manutenção do modelo biomédico na organização do serviço e na educação em saúde, sem espaço para práticas educativas participativas e emancipatórias na atenção às mulheres, distanciando as ações da integralidade. Quando ocorrem se dão sob os fundamentos hegemônicos, em formato de palestras e orientações individuais, o que tem levado as usuárias a resistir às ações convencionais. O grupo participante se mostrou aberto a mudanças e construiu uma proposta de trabalho educativo com mulheres baseada em metodologias ativas e direcionada às demandas prioritizadas. Concretizá-la exige trabalho prévio com profissionais a fim de rever as bases em que se apoiam suas práticas, conceitos e preconceitos e capacitar a equipe para o trabalho com métodos participativos. Mudanças são dependentes também de gestão compartilhada disposta a se reerguer sob novos pilares, em que dialogam profissionais do cuidado, usuárias/os e gestoras/es. Nessa perspectiva, abrem-se caminhos para superação do modelo biomédico e para a integralidade como norteadora, o que implica em nova visão de mundo que redefine organização de serviços, práticas e relações.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Saúde da Mulher; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

SOBRAL, Priscylla Helena Alencar Falcão. **Education in health care to women under the watchful eye of professionals in primary health care.** 2015. Dissertation (master's degree in nursing)- Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2015.

Health education is a field of professional activity able to encourage the formation and development of critical view of people about their health and organization for collective action. In the context of women's health for the effort to distance itself from the actions of health education of vertical perspective imposed by the biomedical model, which requires new methodological strategies and emancipatory educational practices. This research aimed to promote reflection and discussion with professionals about their experiences with health care education to women; analyze the experiences reported considering the principles of emancipatory education; build with the multidisciplinary team, proposal for educational work with women according to priorities, from problematization methodologies. This is exploratory research, qualitative approach having completeness as theoretical axis. It was developed in the city of Petrolina-PE, year of 2015 and had set four units of the family health strategy. Participated in this study 15 professionals from the health teams, two nurses, two doctors, a dentist, a dental health aide, two nursing techniques and seven comunitárias health agents. It was used as a production technique of empirical material reflection workshops understood as learning space and collective production of knowledge about the object of study. The material produced was analyzed by speech analysis technique in optics of Fiorin, to which the speech is a social position, whose ideological representations are materialized in the language. The results show the maintenance of the biomedical model in the Organization of the service and in health education, without room for participatory and emancipatory educational practices on women, distancing the actions of comprehensiveness. When they occur under the hegemonic, Fundamentals lectures and individual guidance, which has led users to resist conventional shares. The participant group proved to be open to changes and built a proposal of educational work with women based on active methodologies and directed the demands prioritized. Implement it requires pre-work with professionals in order to review the basis on which support their practices, concepts and prejudices and empower the team to work with participatory methods. Changes are also dependent shared management willing to rebuild under new pillars, in which dialogue care professionals, users and managers. In this perspective, open avenues for overcoming the biomedical model and for completeness as guiding, which implies in new worldview that redefines service organization, practices and relationships.

Key words: health education; Women's health; The family health strategy.

RESUMEN

SOBRAL, Priscylla Helena Alencar Falcão. **Educación en salud a las mujeres a la vista de los profesionales de atención básica.** 2015. Disertación (Maestría en Enfermería) - escuela de enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2015.

Educación para la salud es un campo de actividad profesional capaces de promover la formación y desarrollo de una visión crítica de las personas sobre su salud y la organización para la acción colectiva. En el contexto de la salud de las mujeres para el intento de distanciarse de las acciones de educación para la salud de la perspectiva vertical, impuesta por el modelo biomédico, que requiere nuevas estrategias metodológicas y prácticas educativas emancipadoras. Esta investigación pretende promover la reflexión y discusión con profesionales sobre sus experiencias con la educación sanitaria a las mujeres; analizar las experiencias registradas teniendo en cuenta los principios de la educación emancipadora; construir con el equipo multidisciplinario, propuesta para el trabajo educativo con las mujeres según las prioridades, de metodologías problematizadoras. Se trata de investigación, enfoque cualitativo teniendo integridad como eje teórico. Se desarrolló en la ciudad de Petrolina-PE, año de 2015 y ha creado cuatro unidades de la estrategia de salud de la familia. Participaron en este estudio 15 profesionales de los equipos de salud, dos enfermeras, dos médicos, un dentista, un ayudante de salud dental, dos técnicas de enfermería y agentes de salud de siete comunitarias. Fue utilizado como una técnica de producción de los talleres de reflexión material empírico entendido como espacio de aprendizaje, producción colectiva de conocimiento sobre el objeto de estudio. El material producido se analizó mediante la técnica de análisis de discurso en la óptica de Fiorin, a la que el discurso es una posición social, cuyas representaciones ideológicas se materializan en el lenguaje. Los resultados muestran el mantenimiento del modelo biomédico en la organización del servicio y en educación para la salud, sin espacio para las prácticas educativas participativas y emancipadoras de la mujer, distanciamiento de las acciones de comprensión. Cuando ocurren bajo la hegemónica, charlas de fundamentos y orientación individual, que ha llevado a los usuarios para resistir acciones convencionales. El grupo participante demostró estar abierto a cambios y construido una propuesta de trabajo educativo con las mujeres basado en metodologías activas y dirigido las demandas priorizadas. Implementación requiere trabajo previo con los profesionales para analizar la base sobre la cual apoyar sus prácticas, conceptos y prejuicios y potenciar el equipo para trabajar con métodos participativos. Los cambios son también dependiente gestión compartida dispuesta a reconstruir bajo nuevos pilares, en el que diálogo, profesionales usuários y gestoras. En esta perspectiva, abrir vías para la superación del modelo biomédico e integridad como guía, que implica en la nueva cosmovisión que redefine las relaciones, las prácticas y organización de servicio.

Palabras Clave: Educación en Salud; Salud de la Mujer; Estrategia de Salud Familiar.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB Atenção Básica
ACS Agentes Comunitários/as de Saúde
AEM Auto Exame das Mamas
AME Atendimento Multiprofissional Especializado
APS Atenção Primária à Saúde
ASB Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CCU Câncer de Colo do Útero
CEP Comitê de Ética e Pesquisa
EEUFBA Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ESB Equipe de Saúde Bucal
ESF Estratégia Saúde da Família
GEM Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
INCA Instituto Nacional de Câncer
IST Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS Ministério da Saúde
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS Programa de Agentes Comunitários/as de Saúde
PAISM- Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PROESF Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PROSAD Programa de Saúde do/a Adolescente
PROVAB Programa de Valorização do/a Profissional de Atenção Básica
PSE Programa Saúde na Escola
PSMI Programa de Saúde Materno Infantil
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPE Universidade de Pernambuco
USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

RESUMO	8
LISTA DE ABREVIATURAS	11
1 INTRODUÇÃO	14
2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SEUS MODELOS CONCEITUAIS	18
3 MODELO BIOMÉDICO NAS PRÁTICAS E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE	23
4 ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES E DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	28
5 PEDAGOGIA FEMINISTA COMO MÉTODO DE TRABALHO COM MULHERES	34
6 METODOLOGIA	40
6.1 INTEGRALIDADE COMO CATEGORIA ANALÍTICA	40
6.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	44
6.3 LOCAL DO ESTUDO	44
6.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	45
6.5 INSERÇÃO NO CAMPO DA PESQUISA	46
6.6 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	46
6.7 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	51
6.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	52
6.9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	52
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
7.1 ARTIGO LIMITES DO MODELO BIOMÉDICO ÀS PRÁTICAS EDUCATIVAS COM MULHERES	56
7.2 ARTIGO RESISTÊNCIA DE MULHERES AO MODELO BIOMÉDICO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	74
7.3 ARTIGO SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA COMO DEMANDA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	90
7.4 ARTIGO TRABALHO EDUCATIVO COM MULHERES: PROPOSTA DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	115
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	138

9	REFERÊNCIAS	141
	APÊNDICE A- TCLE	157
	APÊNDICE B- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS	159
	APÊNDICE C- ROTEIRO DA PRIMEIRA OFICINA	160
	APÊNDICE D- ROTEIRO DA SEGUNDA OFICINA	162
	ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	164
	ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	165

1 INTRODUÇÃO

Educação em Saúde é um campo de atuação profissional capaz de favorecer a formação e o desenvolvimento da visão crítica das pessoas a respeito da sua saúde e de promover a resolução de problemas e a organização para a ação coletiva (BRASIL, 1989). Compreende um conjunto de saberes e práticas que tem assumido o estatuto de estratégia de prevenção de doenças e de promoção da saúde (CHAGAS; XIMENES; JORGE, 2007).

Por meio desse recurso os/as profissionais de saúde promovem intercâmbio entre o conhecimento científico do campo da saúde e a vida cotidiana das pessoas, o que favorece a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença e as mudanças nos comportamentos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

Entre as tendências pedagógicas aplicadas à educação na saúde, sobressaem-se o modelo tradicional ou hegemônico e o libertador ou crítico. O primeiro refere-se a práticas verticalizadas que reproduzem o paradigma científico dominante; o segundo, a práticas participativas que valorizam o diálogo e a comunicação como ferramentas capazes de promover relações mais simétricas, onde a construção do conhecimento se faz pela problematização dos contextos individuais e coletivos, sendo este o que mais se adequa às práticas educativas em saúde (PEREIRA, 2003).

Na atualidade, há o esforço no sentido de distanciar as ações de cuidado da perspectiva fragmentária e verticalizada imposta pelo modelo tradicional. No campo da saúde da mulher, essa iniciativa dá-se a partir da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) cuja proposta é orientada pelos princípios do direito à saúde e dos direitos reprodutivos com atividades educativas centradas na participação ativa das mulheres nos processos decisórios relativos ao cuidado a sua saúde.

No entanto, os princípios educativos do PAISM (1984), reafirmados e defendidos pela Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), 2004, ainda têm pouca expressividade nas práticas de cuidado à mulher no cotidiano dos serviços de saúde. As ações ainda são fortemente orientadas pelo paradigma biomédico, que valoriza procedimentos e intervenções que não tem permitido mudanças efetivas na situação de saúde das usuárias dos serviços.

Problemas como morbimortalidade materna por causas evitáveis; precariedade na atenção obstétrica e na assistência em anticoncepção; situações de aborto inseguro e altos índices de violência doméstica e sexual; dificuldade de prevenção e controle do câncer de

colo uterino e de diagnóstico precoce do câncer de mama; vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis e ao HIV; e inconsistências nas ações de cuidado à saúde dos diversos grupos de mulheres, ainda estão presentes entre aquelas em período reprodutivo e constituem entraves para que se alcance a integralidade nas ações de cuidado à mulher (BRASIL, 2011).

Na atualidade, a PNAISM se propõe a melhorar os indicadores de saúde a partir de ações que contribuam para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Todavia, as condições sociais e econômicas desfavoráveis associadas às desigualdades de gênero e raça/cor a que são submetidas um grande número de mulheres usuárias da rede pública de saúde colaboram para que a satisfação de suas demandas de saúde seja dificultada (COELHO et al, 2011).

Há evidências de que a integralidade ainda não é um princípio garantido nas práticas de cuidado à mulher e que profissionais não valorizam as experiências e especificidades das usuárias e suas conseqüentes demandas em sua amplitude. Resultados de pesquisa em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) mostraram que a equipe multiprofissional reconhece que desigualdades de classe e de gênero permeiam a organização e as ações do serviço, mas não se mobiliza na direção da mudança. Prevalece a preocupação com a dimensão técnica da atenção, marcada por um modelo de formação que subestima a multidimensionalidade humana, com atendimento das demandas das mulheres de modo parcial e descontextualizado (COELHO et al., 2009).

É possível às/aos profissionais redirecionar as práticas criando espaços que possibilitem maior autonomia para o desenvolvimento de atividades criativas, ousadas e de aprimoramento da comunicação com as usuárias, transcendendo a abordagem técnica (MARCACINI; ORATI; ABRÃO, 2012). Tal mudança requer novas estratégias de cuidado nas quais profissionais valorizem especificidades do ciclo vital das mulheres com escuta qualificada de suas demandas, planejamento e efetivação de práticas educativas emancipatórias.

Na concepção da integralidade, as ações educativas destacam-se como estratégia articulada entre a realidade, o contexto em que se inserem as demandas de saúde e a busca de atitudes que gerem transformações (MACHADO et al., 2007). Na busca de um modelo de educação para a atenção à mulher em sua complexidade, sobressaem-se as metodologias feministas, que trazem em seus princípios a problematização da realidade e tem convergência com a pedagogia libertadora proposta por Paulo Freire. Esse modelo defende a educação dialogada, solidária, que articula o saber científico com o

conhecimento da/o outra/o, caracterizando seu método como uma construção coletiva.

Para Alves (2005), o modelo dialógico de educação em saúde contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde das pessoas e para a humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis a suas destinatárias. Refletir a educação nesse plano representa compromisso com a cidadania, em que o atendimento integral à saúde da mulher demanda da equipe de saúde uma nova práxis de cuidado. Referindo-se à ESF a autora defende que:

Pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado da(o)s profissionais que compõem as equipes de saúde da família, pelo nível de participação desejado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, pela humanização das práticas e pela busca da qualidade e da resolutividade do cuidado, depreende-se que o modelo dialógico de educação em saúde corresponderia ao mais pertinente para o contexto de atividades da Estratégia Saúde da Família (ALVES, 2005, p. 50).

Com base no exposto, a educação em saúde é proposta como um dos eixos a nortear as práticas com perspectiva de qualificar o cuidado à mulher na ESF. Todavia, a experiência empírica como enfermeira atuante na ESF e como docente do curso de Enfermagem do interior de Pernambuco, tem evidenciado que a realidade contradiz as proposições políticas para a educação em saúde, em que há distanciamento dos princípios defendidos pela ESF em relação a esse componente do cuidado.

Pesquisar as práticas educativas com mulheres na atenção básica à saúde tem sido foco de interesse desde o início da minha trajetória profissional, quando me deparei com a realidade das mulheres nas comunidades assistidas pela ESF em que atuei como enfermeira. As constantes barreiras estruturais, materiais e, antes de tudo, ideológicas, que “justificavam” a incipiência das práticas educativas transformaram-se em uma grande inquietação, sobretudo pela forma tradicional e bancária como tais ações eram desenvolvidas e por não perceber iniciativas que buscassem romper com essa realidade.

Na atualidade, ao desenvolver prática docente na ESF no município de Petrolina-PE, situado no Vale Sub médio do São Francisco, frequentemente tenho me deparado com a hegemonia do modelo biomédico, que unilateraliza o saber, nas atividades clínicas e educativas direcionadas às mulheres. Assim, apesar da importância e da transversalidade da educação em saúde, esse componente da integralidade tem sido mantido na invisibilidade e marginalizado do cotidiano de ações da ESF.

Tal como no cenário nacional, esse modelo ainda é realidade em muitas unidades da ESF do município, que tem sua rede de atenção reorganizada pela estratégia municipal denominada Atendimento Multiprofissional Especializado- AME. Nesta, considerada

uma proposta inovadora, observa-se distanciamento das equipes dos princípios defendidos pela ESF quanto às ações de educação saúde.

Partindo do pressuposto que as práticas de educação em saúde na ESF referida acompanham uma visão biomédica incorporada também para essas atividades, sem a devida valorização do contexto social em que se inserem as demandas das mulheres para o planejamento das ações, realizamos uma pesquisa buscando responder às questões:

- Em que bases se apoiam as atividades de educação em saúde desenvolvidas por equipes multiprofissionais na atenção à saúde das mulheres?
- Como a equipe multiprofissional se posiciona no tocante à priorização de demandas para uma proposta de educação em saúde sob bases emancipatórias?

Para respondê-las, este estudo tem como objetivos:

- Promover reflexão e discussão com profissionais sobre suas experiências com educação em saúde no cuidado a mulheres.
- Analisar as experiências relatadas considerando os princípios da educação emancipatória.
- Construir com a equipe multiprofissional, proposta de trabalho educativo com mulheres segundo prioridades apontadas, a partir de metodologia problematizadora.

2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SEUS MODELOS CONCEITUAIS

Os saberes e as práticas de educação em saúde têm sido descritos a partir de diversos modelos pedagógicos coexistentes (PEREIRA, 2003). Historicamente, esses saberes e práticas se concretizaram por meio de estratégias comunicacionais coerentes com o discurso sanitário que até hoje tem influenciado o campo de práticas da educação em saúde, traduzindo-se em intervenções normalizadoras (ALVES, 2005).

Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, mas, até a década de 70, esse campo foi caracterizado pelo discurso higienista e moralista, de roupagem reguladora, utilizado pelas elites políticas e econômicas para controlar classes populares a fim de exercer o controle social sobre elas e de garantir seus interesses (VASCONCELOS, 2007). Nesse sentido, a educação em saúde era utilizada como estratégia de controle dos comportamentos e hábitos da população com o fim de regular saberes socialmente construídos sobre o corpo, a saúde e a doença e enquadrar pessoas em padrões normativos de saúde (COSTA, 1987 apud ALVES, 2005).

As primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde no Brasil desenvolveram-se para o controle das grandes epidemias urbanas que surgiram no final do século XIX e início do séc. XX, das quais decorriam grandes prejuízos para a economia agroexportadora. Sob a égide da cientificidade, orientavam-se pelo autoritarismo e pela imposição de normas e medidas de saneamento e urbanização aos pobres (VASCONCELOS, 2007).

Pode-se ilustrar esse evento com a política sanitária de vacinação compulsória que tinha por finalidade controlar a disseminação de epidemias. Predominava o discurso biologista, em que as pessoas eram individualmente culpabilizadas pelo seu processo de adoecimento, atribuído à inobservância das normas higiênico-sanitárias impostas pelo Governo. O desenvolvimento de práticas educativas nesses moldes, portanto, era feito de maneira coercitiva e visava a assimilação passiva de medidas prescritivas ditadas por profissionais de saúde com o intuito de mudar atitudes e comportamentos individuais para resolver problemas de saúde (STOTZ, 2007). Esse discurso predominou no campo da educação em saúde durante décadas, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de práticas educativas.

Com o advento da Medicina Comunitária na década de 1960, houve o estímulo à participação popular na resolução dos seus problemas de saúde, porém se manteve a concepção de culpabilidade dos sujeitos com transferência do foco para a dimensão

coletiva. As coletividades eram responsabilizadas pela resolução dos problemas de saúde tendo como prerrogativa a conscientização das mesmas. De igual forma, eram desconsiderados os determinantes sociais na origem de tais problemas (ALVES, 2005).

O campo da educação em saúde permaneceu pouco expressivo durante o Regime Militar. Nesse período, a insatisfação popular culminou em movimentos sociais que pretendiam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Foi com o movimento da Educação Popular em Saúde, que se deu a aproximação entre profissionais de saúde, populações periféricas de grandes centros urbanos e comunidades rurais. Isso favoreceu a convivência com a dinâmica de adoecimento no meio popular, com o conhecimento dos determinantes desse processo e com a complexidade dos problemas de saúde deles decorrentes. Foi então que muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, se engajaram nesse processo. Diante do descaso do Estado com os problemas populares, configuraram-se iniciativas por busca de soluções a partir do diálogo entre o saber popular e o acadêmico (VASCONCELOS, 2007).

A metodologia da Educação Popular foi assimilada pelo movimento de profissionais de tal maneira que constituiu seu elemento estruturante fundamental. Assim,

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população e busca romper com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (Alves, 2005, p. 46).

Em suas memórias históricas sobre a Educação Popular nos movimentos sociais da saúde, Stotz entende Educação Popular e (em) Saúde como:

Um ‘movimento social’ singular integrado por pesquisadores, profissionais e técnicos do setor saúde, além de ativistas, técnicos e lideranças dos movimentos e organizações sociais comprometidos em participar e ampliar os esforços de emancipação das camadas trabalhadoras do povo brasileiro. Trata-se de um movimento que, em sua heterogeneidade, participa de visões de mundo diferentes (cristianismo, humanismo e socialismo), mas compartilha a abordagem freireana da educação (STOTZ, 2005, p. 10).

A Educação Popular em Saúde, portanto, promove a interlocução entre saber científico e popular, fazendo emergir novos padrões de enfrentamento dos problemas de

saúde, sendo por isso considerada uma estratégia de reorientação das práticas de saúde (VASCONCELOS, 1999, p.30 apud ALVES, 2005).

Há mais de quatro décadas, o campo da educação em saúde tem sido profundamente repensado e é possível perceber um relativo distanciamento das ações impositivas características do discurso higienista. Ao mesmo tempo, a compreensão sobre o processo saúde-doença diversificou-se e ultrapassou a tipologia biologicista, passando a ser concebido como resultado da interação entre os determinantes sociais, econômicos e culturais (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Passou-se a questionar as práticas pedagógicas persuasivas fundadas na transmissão e imposição de conhecimentos em que a relação vertical entre educador/a e educando/a negava a subjetividade nos processos de aprendizagem. É também nesse contexto que surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia das pessoas, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Apesar de um novo discurso emergir no campo da educação em saúde ainda prevalecem as práticas educativas hegemônicas. Atualmente as ações educativas no campo da saúde polarizam-se no modelo tradicional e no modelo dialógico, entre os quais é possível reconhecer modelos intermediários.

O modelo hegemônico ou tradicional sustenta-se no discurso sanitário e higienista e é expresso por práticas e concepções sistemáticas de educação em saúde marcadas pelo autoritarismo e pelo discurso biologicista. Valoriza a doença e a intervenção curativa e a prevenção dos problemas de saúde é atribuída a mudanças de hábitos e comportamentos individuais. As práticas pedagógicas direcionadas à saúde fundamentam-se na transmissão de conteúdos e são direcionadas para a imposição de comportamentos a serem adquiridos para a manutenção de uma boa saúde. A relação entre profissional e usuário (a) mostra-se desarticulada e assimétrica, onde o (a) que educa é o detentor (a) do único saber considerado verdadeiro que deve ser transmitido (PEREIRA, 2003).

Esse modelo não considera a interferência dos determinantes psicossociais e culturais nos comportamentos de saúde e o (a) usuário (a) é tomado (a) como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde. Perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença – todos esses representantes de formas outras de saber (ALVES, 2005).

Reproduzir as ações de educação em saúde nessa perspectiva significa distanciar as práticas de cuidado das necessidades das pessoas, emanadas dos contextos em que se

estabelecem, onde as mudanças de comportamento assumem caráter transitório e pouco resolutivo. Defendemos, portanto, que é preciso tornar essas ações sensíveis às demandas subjetivas e culturais das pessoas e, para tanto, faz-se necessário abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar estratégias de comunicação que valorizem o diálogo e a escuta das pessoas.

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades do(a)s usuário(a)s insere-se no discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico (ALVES, 2005). Também referido como libertador, esse modelo baseia-se na proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades das pessoas e tem o diálogo como instrumento essencial por meio do qual elas se tornam capazes de refletir criticamente sua realidade e aperfeiçoar suas estratégias de enfrentamento, fazendo-as sujeitos sociais autônomos na reivindicação dos seus interesses. As pessoas deixam de ser objetos para assumir o *status* de sujeitos das práticas educativas, que são realizadas a partir da compreensão de seus diferenciados contextos de vida. Desse modo, a educação dialógica busca transformar saberes existentes nos cenários de luta pela cidadania.

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão das pessoas como seres “vazios” a quem o mundo “enche” de conteúdos; não pode basear-se numa consciência especializada, mecanicamente compartimentada, mas nas pessoas como “corpos conscientes” e na consciência como consciência *intencionada* do mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos seres humanos em suas relações com o mundo (FREIRE, 1987).

Na saúde, o modelo dialógico é o que parece atender à proposta da integralidade do cuidado, pois valoriza a(o)s usuária(o)s enquanto portadores (as) de saberes legítimos, socialmente construídos, sobre o processo saúde-doença-cuidado. Esse modelo também contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde das pessoas de modo a permitir o desenvolvimento de ações educativas mais humanizadas, inclusivas e mais sensíveis a seus/suas destinatários (as) (ALVES, 2005).

Assim, a perspectiva libertadora das práticas educativas visa ao desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade das pessoas no cuidado com a saúde. Refletir a educação nesse plano representa o pleno exercício de construção da cidadania em que as/os usuárias/os dos serviços de saúde são reconhecidas/os como sujeitos portadores de um saber que não perde sua legitimidade, embora diverso do saber técnico-científico (ALVES, 2005; PEREIRA, 2003).

A contradição entre essas correntes convida-nos a repensar o modelo tradicional de cuidado ainda predominante nos serviços de atenção à saúde. Nesse mantêm-se atividades baseadas na perspectiva individualista e em ações pedagógicas verticalizadas incapazes de responder efetivamente à diversidade de necessidades da população, uma vez que não se tem observado mudanças importantes na saúde das pessoas (BACKES et al., 2008).

Portanto, o que se tem assistido, na maioria dos serviços, é a reprodução de ações educativas normalizadoras e centradas apenas na inculcação de hábitos individuais considerados saudáveis. Essa forma de trabalho educativo boicota a participação popular, pois faz calar as pessoas e afasta as lideranças locais do envolvimento, em conjunto com os serviços, do processo de transformação social por meio do diálogo, dos saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde (VASCONCELOS, 2007). A educação em saúde nessa ótica, portanto, proporciona a potencialização do cuidado pela sua capacidade de gerar mudanças, aprendizagem mútua e a construção de relações humanas simétricas (SANTOS; PENNA, 2009; RIGON; NEVES, 2011).

3 MODELO BIOMÉDICO NAS PRÁTICAS E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Na atualidade, a estruturação das unidades de saúde, a organização do trabalho e a forma como as ações são planejadas e executadas denunciam a primazia do modelo biomédico na produção da saúde. Sob tal base, as práticas contemporâneas de atenção à saúde também desvalorizam o saber popular e seus determinantes sociais e históricos, suas repercussões nas formas de adoecer e sua potencialidade para se produzir saúde.

O modelo biomédico é influência do paradigma cartesiano na saúde. Neste, o corpo é considerado uma máquina, a doença é o desvio de seus mecanismos biológicos e a ação do/a profissional de saúde é intervir física ou quimicamente em peças dessa engrenagem. Embora exista um descontentamento generalizado, o modelo biomédico é geralmente aceito, estando seus princípios básicos tão enraizados em nossa cultura que ele se tornou o modelo popular dominante de doença (CAPRA, 1982).

Para suplantarmos o modelo biomédico, será necessária uma profunda revolução cultural. As deficiências de nosso atual sistema de assistência à saúde são cada vez mais notórias e mais reconhecidas como decorrentes da natureza restritiva do modelo conceitual em que se baseia. A adoção de um conceito holístico e ecológico de saúde, na teoria e na prática, exigirá não só uma mudança radical conceitual na ciência médica, mas também uma reeducação maciça do público (CAPRA, 1982).

Em consequência, o processo de formação de profissionais da saúde se dá sob o mesmo referencial e o produto são trabalhadores/as despreparados/as para lidar com a complexidade das demandas que se apresentam no cotidiano das práticas nos diferentes níveis do sistema. No contexto das práticas de cuidado na atenção básica à saúde, as ações se mostram cristalizadas na produção técnica e quase não se tem percebido iniciativas diferenciadas de cuidado. Compreender tal modelo requer aproximações com os referenciais teóricos fundantes do paradigma hegemônico e o entendimento de como tais referenciais perpetraram as estruturas curriculares e a prestação de serviços de saúde.

No que tange a atenção à saúde, Paim (2008) considera ser um modelo “a representação esquemática parcial e simplificada de um sistema de saúde que identifica seus traços principais, seus fundamentos e suas racionalidades, conduzindo à combinação de tecnologias ou de meios de trabalho em cada situação concreta” (p. 549).

O modelo de atenção biomédico tem origem na reforma médica ocorrida após a publicação do Relatório Flexner, em 1910, cuja matriz ideológica influenciou profunda reforma da formação médica nos Estados Unidos (CAPRA, 1982; ALMEIDA FILHO,

2013). Essa reforma teve repercussão a nível global e, no Brasil, se deu tardiamente, já que nas primeiras décadas do século XX, as faculdades de medicina ofereciam modelos retóricos de formação e, onde havia algum dinamismo científico, cultivavam laços com duas tradições europeias antagônicas: a escola francesa, com forte foco na clínica; e a escola alemã, marcada pela pesquisa laboratorial (ALMEIDA FILHO, 2010).

A educação superior orientada pelos princípios dominantes é voltada aos problemas de saúde individuais, sendo desconsiderados os problemas coletivos e os fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer. Desse modo, há pouco estímulo para se pensar criticamente a realidade, visando produzir respostas novas para as questões cotidianas. Além disso, desconsidera-se frequentemente todo o aprendizado advindo da própria experiência das situações vividas nos serviços (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Nessa conjuntura, o ensino tradicional desconhece as estratégias didático-pedagógicas que facilitam o aprendizado sob o eixo da integralidade. Não se aplicam modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes; ignora-se a acumulação existente na educação relativamente à construção das aprendizagens (GONZÁLES; ALMEIDA, 2010).

Na opinião de Almeida Filho (2013), os/as egressos/as das escolas médicas brasileiras, mostram-se carentes de visão crítica da sociedade e da saúde, com atitude pouco humanística e distanciada dos valores de promoção da saúde, e incipiente conhecimento da realidade situacional, ambiental e das condições de vida das pessoas e comunidades. Em geral, também são resistentes a mudanças e tendem a desconhecer ou se opor ao Sistema Único de Saúde (SUS), principal política estratégica de Estado para a superação da imensa dívida social da saúde para com a população brasileira.

A nível nacional, esse modelo assistencial é reproduzido na esfera pública e privada, é predominantemente curativo, impede o atendimento integral e pouco se compromete com o impacto de suas ações sobre os níveis de saúde das pessoas (PAIM, 2008).

Almeida Filho (2010) atribui a Eugênio Vilaça Mendes, a adjetivação do modelo biomédico como flexneriano. Em seus estudos, Mendes explicita os elementos estruturais do modelo suposto como flexneriano, quais sejam o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação do cuidado à saúde, e a ênfase na prática curativa. Acrescenta-se outros traços fundamentais: mercantilização da saúde e da doença; a-historicidade da prática médica; medicalização dos problemas; estímulo ao

consumismo médico; passividade e subordinação de usuários/as. (GONZÁLES; ALMEIDA, 2010).

O modelo médico hegemônico é organizado em duas vertentes: a do modelo médico assistencial privatista e a do modelo de atenção gerenciada. O modelo privatista é a versão mais difundida e se caracteriza pela centralidade na clínica e nos procedimentos, pela valorização da demanda espontânea e das especialidades. Toma por objeto a doença ou o/a doente e seu agente, os/as profissionais médicos/as; tem como instrumento de trabalho as tecnologias médicas de alta densidade; e se organiza sob a forma de redes de serviços com valorização da cultura hospitalocêntrica (PAIM, 2008).

Capra (1982) argumenta que o modelo biomédico está firmemente alicerçado no pensamento cartesiano. Descartes propôs a separação entre mente e corpo, pois acreditava ser o corpo uma máquina que pode ser completamente entendida em termos da organização e do funcionamento de suas peças. Uma pessoa saudável seria como um relógio bem construído e em perfeitas condições mecânicas; uma pessoa doente, um relógio cujas peças não estão funcionando apropriadamente.

Ainda segundo o autor, ao se submeter à abordagem cartesiana, a ciência médica limitou-se à compreensão dos mecanismos biológicos envolvidos na doença. Estes são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular, priorizando os processos fisiológicos e desconsiderando as influências não-biológicas. No entanto, a prática médica baseada nessa abordagem limitada tem sido ineficaz na promoção e manutenção da boa saúde. Isso não mudará enquanto a ciência médica não relacionar seu estudo dos aspectos biológicos da doença com as condições físicas e psicológicas gerais do organismo humano e o seu meio ambiente.

Como resultado de maiores proporções, relacionados a esse paradigma, vivenciamos hoje a dicotomia de um Sistema Único de Saúde (SUS) cujos princípios basilares, em vez de promoverem a esperada reorientação teórica, estrutural, organizacional e prática dos serviços de saúde, é subjugado e desqualificado perante a cultura hegemônica. Desvalorizado em suas potencialidades, o SUS que vivemos hoje tem reafirmado a hegemonia de sistemas dominantes que historicamente estruturam a atenção à saúde.

A assistência tecnicista e fragmentada baseia-se na concepção de saúde atrelada ao cuidado do órgão doente em detrimento da abordagem singular das pessoas. Trata-se, portanto, de modelo cujos fundamentos produzem a desumanização das práticas profissionais (CAPRA, 1982). Considerando tais formulações, pode-se dizer que a

produção de práticas tradicionais tem limitada contribuição no que se refere à resolutividade dos problemas das pessoas, de forma que não tem atendido efetivamente suas demandas e necessidades tanto no plano objetivo quanto no subjetivo.

Paralelamente ao avanço e sofisticação da biomedicina foi sendo detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham qualquer doença. (BARROS, 2002). O público se mostra cada vez mais insatisfeito com o atual sistema de assistência médica, dando-se conta de que ele, infelizmente, gerou custos exorbitantes sem melhorar de modo significativo a saúde do povo, e queixando-se de que os médicos tratam as doenças mas não estão interessados nos/as pacientes (CAPRA, 1982).

As limitações e insuficiências nas práticas profissionais em saúde produzidas pela difusão do paradigma biomédico foram fatores que impulsionaram os movimentos que resultaram na Reforma Sanitária brasileira. Os debates formais e informais demandavam a substituição do sistema de saúde, restritivo e pouco resolutivo. Para isso, era necessário o estabelecimento de um novo paradigma que reorientasse a formação e, sobretudo, as práticas de saúde. Foi com a formulação e conquista do SUS que se iniciou a conformação desse novo paradigma pelo princípio da Integralidade e a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi o modelo assistencial eleito para romper com a lógica hegemônica.

A disseminação desta estratégia e os investimentos na rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão. Os conceitos de Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde (APS), correlatos práticos desse marco teórico, demandam modelos de formação profissional com densidade científica, objetividade prática, respeito à subjetividade e responsabilidade social. Tais modelos recuperam o humanismo e reforçam a capacidade crítica dos/as trabalhadores/as, ampliam a definição de saúde e recuperam a multidimensionalidade das pessoas. Contudo, ainda que o SUS tenha proporcionado relevantes conquistas nas últimas décadas, grande parte da sua proposta de reorientação não saiu do plano teórico.

É necessário, portanto, construir novos modelos assistenciais e que esse movimento se dê a partir da criação de novos dispositivos de escuta, de decodificação e de trabalho. Sabemos que hoje é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção, segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de pessoas, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

As mudanças mencionadas requerem extensão do trabalho àqueles/as já inseridos na rede de atenção. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde constitui proposta de ação estratégica para contribuir na transformação e na qualificação das práticas de saúde, bem como na organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e suas práticas pedagógicas, e no desenvolvimento de trabalhadores/as de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004). Na Política de Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização dos serviços e do exercício da atenção é construída na prática das equipes (JAEGER; CECCIM, 2004).

O perfil de profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS, constitui, portanto, um desafio relevante ao processo de construção de práticas formativas e de cuidado que se contraponham à doutrinação hegemônica a que estiveram historicamente subordinados (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Entende-se que as mudanças somente serão possíveis a partir da articulação política entre educação e saúde, protagonizada pelas instituições formadoras, pelo sistema de saúde e seus agentes e pela participação social. Isso requer o reconhecimento da necessidade da mudança, a busca de novos referenciais e a exploração de práticas inovadoras.

4 ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES E DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na área da saúde da mulher, a perspectiva ampliada da atenção à saúde ganhou espaço nas primeiras décadas do século XX, quando foi gradualmente incorporada ao campo das políticas públicas de saúde no Brasil. Até meados da década de 70, a atenção à saúde da mulher foi centrada em sua dimensão reprodutiva e as ações públicas de saúde enfatizavam os cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal com foco nas questões materno infantis, em sua especificidade biológica e no papel social doméstico da mulher (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; GOMES, 2011; BRASIL, 2009).

Até o início dos anos 1980, a política de governo para assistência à saúde das mulheres foi baseada no Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), criado na década de 1960 pela Divisão de Saúde Materno-Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde e implementado pelas secretarias estaduais de saúde. Há análises que demonstram que os programas ministeriais, àquela época, preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das mulheres gestantes, parturientes, puérperas, crianças e adolescentes no PSMI. Esse programa caracterizava-se pela verticalidade e pela falta de integração com outros programas e ações propostas pelo governo federal (COSTA, 1999).

As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação da epidemiologia local e a inflexibilidade na destinação de recursos financeiros, específicos ao cumprimento de tais metas, não permitia a gestores/as locais programar ações que correspondessem às reais necessidades de saúde das pessoas. Outros programas ministeriais de assistência às mulheres coexistiam com o PSMI, porém eram implementados de forma isolada e vertical e aconteciam de modo desarticulado. Assim, a mesma mulher tinha que buscar os cuidados necessários à sua saúde em diferentes momentos e em equipes e prontuários distintos, o que dificultava o acesso e afastava o serviço do projeto de atenção integral. Essas práticas aprofundaram a assistência fragmentada, desqualificada e ineficaz, e teve baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (COSTA, 1999).

Na perspectiva do PSMI, a educação para a saúde fazia parte das ações de expansão da assistência materno-infantil e era defendida como a prestação de informações sobre saúde e seus fatores condicionantes, com o objetivo de oferecer

orientações sobre comportamentos que resultassem em proteção à saúde. O programa preconizava ações médico-sanitárias de cunho preventivo e curativo, complementadas com ações sociais e educativas, sob a roupagem de que eram imprescindíveis à verdadeira promoção da saúde. Porém, essas atividades eram marcadas pela verticalidade e aconteciam de forma prescritiva, baseadas no saber profissional, e se orientavam no sentido de regular o comportamento sanitário das pessoas (BRASIL, 1975).

No que se refere à educação em saúde para as mulheres, o PSMI limitava as ações à difusão de conhecimentos sobre os problemas de paternidade consciente, à higiene e à educação alimentar no período puerperal. Em relação a crianças e adolescentes, a ênfase na educação em saúde é mais presente no discurso de proteção aos escolares aliada ao foco na prevenção das doenças infecciosas, na suplementação alimentar e na higiene do meio. As ações programáticas incluíam também a educação de mães e pais por meio da participação em grupos (BRASIL, 1975).

O discurso do PSMI se dava no sentido de que todos as/os profissionais de saúde deviam assumir e desenvolver sua responsabilidade de educador (a), sendo condição para tal o treinamento dessas pessoas. A educação em saúde se fazia de cima para baixo, e profissionais de saúde transmitiam seus conhecimentos às pessoas sem que elas pudessem participar ativamente do processo. Contudo, é preciso reconhecer que O PSMI trouxe avanços significativos à área do cuidado materno-infantil ao reconhecer, mesmo com fins regulatórios, a importância da educação para a saúde e ao defini-la como uma competência do Governo e enfatizar a importância da equipe multiprofissional na realização das ações, destacando a utilização dos meios de comunicação de massa disponíveis para este fim (BRASIL, 1975).

Foi somente na década de 80 que o Ministério da Saúde (MS) agregou o conceito de atenção integral com ênfase às especificidades do ciclo vital, por meio da implantação PAISM. Teve início uma nova forma de pensar e agir sobre a saúde feminina, resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e das organizações feministas que construíram, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas e da esfera privada, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologizante materno-infantil (ALMEIDA; SILVA, 2008; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

A criação do PAISM neutralizou as polarizações e incluiu uma prática de discussão com as mulheres, até então excluídas, passando a ser um assunto de mulheres. Esse programa propôs atender às necessidades mais globais das mulheres de diferentes

populações, respeitando as particularidades do seu ciclo vital (GOMES, 2011) e agregando o contexto histórico social e cultural em que tais necessidades são geradas, abrangendo distintos grupos de mulheres e suas especificidades (COELHO et al., 2007). Suas diretrizes representam avanço da saúde sexual e reprodutiva ao englobar todos os aspectos da saúde da mulher.

Na opinião de Villela e Oliveira (2009) apud Pinheiro e Mattos (2009), o PAISM trouxe uma proposta em que:

A integralidade também compreendia o desenvolvimento de práticas educativas a partir dos serviços de saúde e da atitude pedagógica dos profissionais, de modo que a mulher pudesse ter conhecimentos básicos sobre seu corpo e sua saúde, condição primária para um mínimo de autonomia. Ou seja, a perspectiva de assistência integral que norteia o programa inclui oferta de ações voltadas explicitamente para o empoderamento das mulheres (p.321 e 322).

As linhas estratégicas de intervenção do PAISM explicitam e aperfeiçoam o conceito da integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde. O destaque dado às ações educativas teve por objetivo intervir nas relações de poder das mulheres tanto com os serviços de saúde como nas demais situações relacionais assimétricas para as mulheres. A intenção era estimular nas mulheres mudanças em relação ao autocuidado e à apropriação de seu corpo e controle da sua saúde (COSTA, 1999).

Em quase três décadas marcadas pelas contradições entre as proposições políticas e as práticas, o PAISM teceu as bases para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PNAISM (BRASIL, 2009), formulada a partir de diagnósticos epidemiológicos em que importantes indicadores de saúde mantinham-se em níveis preocupantes denunciando baixa qualidade da atenção à saúde e dificuldade de acesso à rede e a ações resolutivas, no âmbito da prevenção de agravos, da promoção e da recuperação da saúde. A formulação da PNAISM, em 2004, dá-se na busca da qualidade necessária para o atendimento às demandas das mulheres por cuidado, o que implica em garantia de acesso a ações efetivas com a resolutividade requerida (COELHO et al, 2009).

Questões relativas à educação encontram-se nas diretrizes da PNAISM com ênfase na veiculação de informações voltadas à promoção e prevenção em saúde. O processo educativo em saúde, neste caso, está vinculado à formação e à prática profissional de saúde, que devem ser norteadas pelo princípio da humanização (BRASIL, 2011). Podemos verificar, especificamente, em campanhas envolvendo a prevenção do

câncer na população feminina, o delineamento de propostas educativas que evidencia investimentos no controle e regulação dos corpos das mulheres. Assim, é possível sugerir que propostas educativas em saúde mobilizadas pela PNAISM se fazem no/pelo controle e regulação de modos de vida e que os investimentos educativos na prevenção de doenças sugerem a manutenção de certa normatização e normalização do corpo das mulheres (PAZ; SALVARO, 2011).

Tendo como eixos norteadores gênero e integralidade, as diretrizes gerais traçadas demandaram a necessidade de uma nova práxis da equipe de saúde. Mesmo diante de experiências pontuais exitosas decorrentes do PAISM e da PNAISM, é preciso reconhecer os limites impostos pela abordagem biomédica reducionista que acaba por dificultar o exercício da integralidade nas ações de cuidado às mulheres. Assim, fatores como a descontextualização da mulher no campo das relações de gênero; questões estruturais que limitam o acesso à saúde; e comprometimento na quantidade e na qualidade da prestação dos serviços de saúde, contribuem para a não consecução dos objetivos propostos (GOMES, 2011).

As mulheres são as principais usuárias da atenção básica à saúde. Procuram atendimento não somente por necessidades reprodutivas, que são predominantes, mas também por demandas geradas no seu cotidiano, como a sobrecarga de trabalho e a reiterada desqualificação das suas potencialidades, que as fazem sentirem-se distantes da ideia de bem estar e de satisfação (VILLELA, 2009).

A história das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressa discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psicofísico. No Brasil, indicadores epidemiológicos relativos à saúde das mulheres evidenciam que, apesar da existência de políticas públicas específicas e de ações desenvolvidas prioritariamente no ciclo reprodutivo, desigualdades regionais contribuem para aumentar a vulnerabilidade feminina a certas doenças e causas de morte, mais relacionadas com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam a mistura de doenças típicas dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social (BRASIL, 2011).

Em termos de cobertura e reversão dos problemas de saúde das mulheres, ESF mostra-se com maior potencial resolutivo. Tendo a integralidade como eixo norteador, pressupõe-se uma organização das práticas na busca de respostas a demandas emanadas do contexto no qual foram geradas, extrapolando a dimensão biológica. Porém, as

mulheres têm se distanciado da ESF pela baixa resolutividade de suas ações, descontinuidade das equipes, falta de insumos e relações profissionais-usuárias ancoradas no modelo técnico que nega sua singularidade. A reprodução de desigualdades na rede de saúde colabora para o distanciamento das mulheres dos serviços (BARROS, 2013).

Nesse âmbito, a atenção à saúde da mulher delinea-se com base em ações ministeriais programáticas prioritárias como a atenção pré-natal, o planejamento reprodutivo, a prevenção e controle do câncer de colo uterino e o diagnóstico precoce e controle do câncer de mama. Nas práticas da ESF, esses programas tem como princípios básicos o acolhimento das demandas das mulheres e a garantia de cuidado multiprofissional com acesso à informação e a meios para a tomada de decisões no âmbito da saúde sexual, reprodutiva, respeitando-se o contexto em que as demandas de saúde são geradas e as especificidades femininas. Contudo, o que se tem observado é que, apesar de a ESF ter ampliado o acesso das mulheres aos serviços públicos de saúde, as condições de vulnerabilidade socioeconômica em que elas se encontram, a descontinuidade da oferta de ações de cuidado, com descontinuidade das equipes e falta de infraestrutura, são fatores limitantes para as mudanças necessárias (COELHO et al., 2012).

Outro fator que parece limitante é que, apesar de a ESF se constituir em um modelo de atenção primária que se distingue pela visão complexa do (a) usuário/a, a formação universitária de seus/suas profissionais ainda se pauta na visão fragmentária, reduzida ao âmbito da disciplinaridade (anatomia, patologia, genética, farmacologia, economia, sociologia e outras), o que não os prepara para um trabalho assumidamente complexo (NORONHA; LIMA FILHO, 2011).

A estrutura didático-pedagógica da formação universitária atual ainda se reveste de métodos tradicionalistas em detrimento de estratégias que sejam pautadas na problematização, conscientização e horizontalidade. Este modelo tradicionalista é antagônico à proposta de se abordar em Atenção Primária (MORETTI-PIRES, 2009).

No campo da saúde das mulheres, questões de gênero limitam a autonomia feminina sobre o seu corpo com repercussões para a saúde, gerando demandas quase sempre subestimadas pelas equipes profissionais, numa demonstração que a incorporação das perspectivas de gênero e da integralidade ainda não se materializa nas práticas (COELHO, 2011).

As práticas profissionais, orientadas pelo olhar sobre a mulher como reprodutora biológica, circunscrevem as mulheres ao espaço doméstico, em seu papel de mãe e de cuidadora da família, e acontecem no sentido tradicional em que as mulheres são

relegadas à condição de reprodutoras e de responsáveis pelo cuidado. Desse modo, as ações no campo da saúde das mulheres nos serviços de atenção primária à saúde ou unidades básicas do sistema ainda são arraigadas na disciplina do corpo sexual e reprodutivo, na educação quanto aos cuidados da família, bem como em ações programáticas como o pré-natal e a puericultura (SCHRAIBER, 2012).

Na opinião de Gomes (2011), as dificuldades de atender à saúde das mulheres de forma integral são decorrentes das abordagens biomédicas reducionistas; da descontextualização da mulher no campo das relações de gênero; do domínio quase que exclusivo da heteronormatividade; de questões estruturais que limitam o acesso à saúde; e de comprometimentos na quantidade e na qualidade da prestação dos serviços de saúde. Isso faz com que as mulheres usuárias continuem enfrentando cotidianamente, dificuldades para o atendimento de suas demandas, geradas em contextos de desigualdades sociais. É preciso reconhecer que a reprodução das práticas de cuidado dentro desses padrões não tem conseguido dar conta da pluralidade de problemas vivenciados pelos diversos grupos de mulheres nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Nesse sentido, busca-se a reorientação das práticas de cuidado em direção a uma melhor qualidade, com ações humanizadas, técnica e politicamente competentes que contribuam para o exercício da liberdade das mulheres. Acreditamos na educação em saúde como uma possibilidade para tais mudanças, conscientes de que necessitamos compatibilizar as ações oferecidas às expectativas das usuárias, considerando suas demandas e necessidades. Faz parte do compromisso profissional reconhecer as mulheres enquanto pessoas ativas dotadas de conhecimentos socialmente construídos que, se mobilizados por meio de uma relação mais simétrica mediatizada por ações educativas dialógicas e participativas, certamente contribuirão para a superação desses desafios.

5 PEDAGOGIA FEMINISTA COMO MÉTODO DE TRABALHO COM MULHERES

Desde as origens do movimento de mulheres ao início da década de 1960, as ações feministas incorporavam um caráter político voltado a mudanças de nível legislativo. Não havia preocupação com ações e metodologias educativas direcionadas às questões oriundas do universo das mulheres. Foi com o novo feminismo que a situação da opressão feminina e seus fundamentos ganharam maior visibilidade e passaram a ser analisados mais profundamente junto às suas consequências nas relações sociais, políticas e econômicas (PORTELLA; GOUVEIA, 1999).

No panorama brasileiro, a chegada do novo feminismo se deu apenas na segunda metade dos anos 70, época em que as mulheres encontravam nos grupos de autorreflexão espaço propício à reflexão de sua vida buscando encontrar novas formas de mudar sua condição. Assim, a educação foi idealizada como prática transformadora, por meio das práticas de grupo, constituindo a base de uma metodologia para se trabalhar com mulheres. A arena de debates políticos feministas, a partir dos anos 1970, agregou temas relacionados ao corpo, à sexualidade, às relações afetivas e familiares, à saúde, ao trabalho doméstico e à educação das crianças (PORTELLA; GOUVEIA, 1999).

Inicialmente, o modelo pedagógico proposto pelas feministas era voltado ao âmbito escolar, construído para subverter a posição desigual e subordinada das mulheres nesse espaço. A pedagogia feminista propôs um conjunto de estratégias, procedimentos e disposições na tentativa de romper com as relações hierárquicas presentes nas salas de aula tradicionais, orientadas pelo paradigma patriarcal vigente (LOURO, 1997).

Mais tarde, as práticas pedagógicas feministas ultrapassam a institucionalização escolar e universitária para dar lugar a debates oriundos de questões ligadas ao universo geral das mulheres, quando se iniciam os grupos de reflexão e autoconsciência nos anos 1970. Assim, as oficinas de no campo da educação com o objetivo de promover espaços de reflexão para mulheres sobre a matriz feminina e as relações de gênero a partir de situações cotidianas vividas por elas. Disseminou-se por diversas áreas, tentando articular subjetividade, racionalidade, experiência pessoal e conhecimento (FONSECA; AMARAL, 2012).

As metodologias político-educativas desenvolvidas pelas feministas guardam similaridades com a Educação Popular, introduzida no Brasil pelo educador Paulo Freire e fundamentada em seu referencial teórico-metodológico (GRUPOS TRANSAS DO

CORPO, 2010; BORGES, BARBOSA, 2013). O referencial freireano parte da crítica ao modelo tradicional de educação, no qual há a negação do sujeito central da relação pedagógica e suas experiências, concepções de mundo e contextos de vida são negligenciados. Desse modo, traduz-se em uma educação dissociada da realidade das pessoas, já que não proporciona a construção do conhecimento para a formação de sujeitos nem a transformação da realidade em que vivem (FREIRE, 1987).

Contrariamente à educação bancária, Paulo Freire elabora uma pedagogia libertadora em busca de construir uma relação horizontal e dialógica entre sujeitos sociais distintos, centrada na experiência das pessoas e que valoriza suas condições concretas de existência e suas formas específicas de saber, com um grande potencial para transformação das relações sociais e humanização do processo educativo (BORGES; BARBOSA, 2013).

Por trabalhar com a unidade dialética da subjetividade/ objetividade, a ótica freireana gera reflexão problematizadora e ação sobre uma dada realidade, no intuito de transformá-la. Essa pedagogia permite, portanto, a reflexão crítica sobre as situações concretas de vida, levando as pessoas ao engajamento na luta por sua libertação, luta que é forjada com ele(a), e não para ele(a) (FREIRE, 2009). Como afirma esse autor:

[...] a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores [...] mas um ato cognoscente. Como situação gnosiológica, em que o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, [...] a educação problematizadora coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador-educandos [...] (FREIRE, 2005, p. 78).

Nesse sentido, a educação deve basear-se na reflexão sobre a realidade tendo o diálogo como instrumento articulador da troca de experiências entre educador/a educando/a e profissional/usuário/a com potencial para aprendizagem mútua, por meio de processo emancipatório. Essa ideia propõe a educação como uma relação crítica-dialógica entre educando/a e educador/a, em que a liberdade é um pressuposto fundamental que permite às pessoas problematizar sua realidade e a partir disso se tornar agentes de mudança por meio de uma ação consciente. O ato de educar não deve ser entendido como mero ato de transferência de conhecimentos e valores, mas deve decorrer de uma ação cognoscente. O verdadeiro diálogo se dá por uma construção conjunta entre educador/a e educando/a, mediatizados pela problematização da realidade (FREIRE, 2002).

A concepção do emprego de pedagogias ativas na educação em saúde envolve problematização, em que ensinar é oferecer oportunidades significativas que despertem no/a educando/a suas potencialidades e capacidades de (re)intervenção na realidade, valorizando suas experiências num processo de construção coletiva do conhecimento (REIBNITZ; PRADO, 2006).

A problematização é uma alternativa metodológica capaz de proporcionar um processo educativo verdadeiro e com potencial para melhor atender às necessidades e demandas das populações e das equipes de saúde. Vem ganhando visibilidade no campo da saúde comunitária, em especial na Educação Popular em Saúde, como veículo para promover o diálogo, a participação política e social, a reflexão crítica e a autonomia cidadã (FERNANDES; BACKES, 2010).

Segundo Heidemann et al. (2010), um importante desafio para trabalhar com as ideias de Paulo Freire é a produção do diálogo emancipatório canalizado pela educação problematizadora focalizada no diálogo, humanização do cuidado, criação de vínculos, acolhimento nos serviços de saúde e participação das pessoas, distanciando-se da educação bancária.

Assim, segundo a concepção freireana e as políticas de saúde vigentes, as mudanças de atitude proporcionadas pela educação em saúde sob a ótica emancipatória perpassam necessariamente pela compreensão da existência do outro, sua visão e interpretação de mundo. Em termos de política e gestão, no Brasil, a educação em saúde vem sendo apontada como uma tecnologia capaz de promover saúde e de sensibilizar as pessoas para o autocuidado, dotando-as de capacidade de autonomia para decidir sobre sua vida (DALL'AGNOL et al., 2007).

Apoiadas nesses pressupostos, as práticas de educação para mulheres tem como preocupação central os conceitos de discriminação feminina e de emancipação das mulheres, como uma alternativa para transformação do quadro de opressão feminina (PORTELLA; GOUVEIA, 1999). Assim, o diálogo entre os ideais postulados por Freire e a proposta educativa oriunda do movimento feminista, ancorado nas proposições oriundas da Educação Popular, tornou-se imprescindível para fundamentar um modelo educativo em saúde transformador, capaz de incorporar a complexidade de questões socioculturais que perpassam as demandas de saúde das mulheres (BORGES; BARBOSA, 2013).

A pedagogia feminista assume como meta o pleno direito ao corpo e à intimidade, que na abordagem mais tradicional da educação popular ainda era tabu ou que era vista

como uma experiência da vida separada do projeto coletivo de emancipação. Assim, a pedagogia feminista traz para o campo da educação popular questões como os direitos sexuais e as desigualdades de gênero (GRUPO TRANSAS DO CORPO, 2010).

Ao argumentar sobre igualdade e diferença entre homens e mulheres, Arnot (1996) provoca uma reflexão sobre as influências dos valores feministas para a educação democrática onde enfatiza a importância de estruturar democracias diferentes para a promoção dos valores das mulheres. Fala das democracias participativas e suas contribuições para o movimento de mulheres, em que a participação em grupo/comunidade centrada no diálogo possibilita o encorajamento das pessoas que passam de meras receptoras de valores e interesses políticos impostos a seres capazes de construí-los ativamente e coletivamente.

Essas pessoas participam do processo de tomada de decisão, sendo encorajadas a encontrar métodos próprios de resolução de conflitos, exercendo uma cidadania participada e implicada que possibilita o reconhecimento das mulheres como seres políticos capazes de adquirir voz política. Nesse contexto, estas estruturas democráticas contribuem para o empoderamento das mulheres por possibilitar a elas construir poder ao descobrirem formas próprias de exprimirem seus valores e de aprenderem a articular suas preocupações (ARNOT, 1996).

No campo da saúde, pesquisadoras defendem a metodologia feminista como uma relação educativa baseada no diálogo e no respeito entre profissionais de saúde e usuárias, em que todas compartilham e acolhem as experiências das outras, guardando profundo respeito às diversidades socioculturais. Tal proposta tem como eixo a promoção da cidadania feminina, assumindo que as mulheres devem ser sujeitos de sua vida, corpo e saúde. Assim, a perspectiva de gênero e a pedagogia da libertação almejam construir, por meio das práticas educativas reflexivas e problematizadoras, caminhos para importantes transformações nas relações sociais (BORGES; BARBOSA, 2013).

O trabalho em grupo com mulheres nessa perspectiva possibilita às mesmas buscar de uma forma compartilhada, condições para melhorar sua qualidade de vida e caminhos alternativos para romper com problemas antigos de opressão e violência, mesmo tendo poucos instrumentos. Assim, o objetivo maior do processo é o de que a mulher possa lidar com seus valores e opiniões, refletir sobre seus problemas e sua vida e, a partir disso, venha a desenvolver suas capacidades, autonomia e autoestima e construir recursos internos e externos para mudar o que achar necessário (ARAÚJO, 2000).

Para o Grupo Transas do Corpo (2010), ao trabalhar com mulheres na perspectiva desenvolvida pelo movimento feminista, com ênfase nas ações de grupos participativos, as metas ultrapassam a apropriação de conteúdos informativos, possibilitando transformação das relações sociais de classe, de raça e de gênero.

Orientadas pelos pressupostos pedagógicos da Educação Popular em Saúde e do movimento feminista, Borges e Barbosa (2013) desenvolveram uma Pesquisa-Ação com e para mulheres tabagistas, por meio da qual vivenciaram a eficácia das metodologias educativas dialógicas, participativas baseadas no reconhecimento e no acolhimento das dimensões socioeconômicas, culturais e subjetivas que envolvem o cuidado em saúde. Nesse sentido, demonstraram que o trabalho com mulheres nessa perspectiva revelou-se mais resolutivo e duradouro do que as práticas bancárias verticalizadas baseadas apenas em saberes técnicos e racionais.

Segundo Louro (1997), a metodologia de trabalho popular do modelo feminista de educação sugere um conjunto de estratégias e procedimentos que rompe com a lógica de que o saber se encontra apenas naquele/a que é fonte de autoridade e transmissor/a único/a de conhecimento. Propõe, então, a valorização das várias vozes, sendo o diálogo sua dinâmica problematizadora, no qual todas/as são igualmente falantes e ouvintes, capazes de expressar e construir diferentes saberes. As situações de aprendizagem são momentos privilegiados nos quais toda/os são levadas/os a construir conhecimentos de forma cooperativa. Essas concepções situam as metodologias feministas na perspectiva das pedagogias emancipatórias, que pretendem a conscientização, a libertação, ou a transformação das pessoas e da sociedade. Suas proposições podem contribuir para perturbar certezas, para ensinar a crítica e a autocrítica e para desalojar as hierarquias.

Além de libertadoras, transformadoras e dialógicas, essas práticas educativas devem abrir espaços para o empoderamento das mulheres de modo a favorecer, tanto às práticas como às relações interpessoais, com a utilização de estratégias de superação do estado de submissão e de ausência do exercício do poder entre elas (SANTOS, 2012).

Observamos, portanto, que ao assumir a pauta específica das mulheres numa perspectiva que foge aos modelos normativos colocados pelos serviços de atenção à saúde, a pedagogia feminista de educação em saúde surge como uma opção interessante para os/as profissionais e para as mulheres de quem cuidam, com grande potencial para transformar as práticas de cuidado pelo processo educativo participativo.

Por isso, defendemos a práxis baseada no diálogo coletivo e na troca de saberes. E, apesar de ser um desafio no cotidiano de profissionais em saúde, acreditamos que essa

investida é compensadora, pois quanto mais se busca intercambiar os saberes científico e popular, mais se aproxima da (re)construção de práticas que contribuem para superar modelos individualistas e fragmentados de assistência (DALL'AGNOL et al., 2007).

Entre as práticas de atenção à saúde da mulher, consideramos que a educação em saúde orientada pela ótica emancipatória e libertadora, apoiada nos ideais aqui defendidos, constitui um espaço de reflexão e diálogo capaz de permear e reorientar esses modelos de atenção, possibilitando o empoderamento da mulher no controle sobre sua saúde, conferindo-a vez e voz na reivindicação dos seus direitos e no exercício da autonomia sobre o seu corpo e sua vida tanto no seu cotidiano quanto no contexto dos serviços de saúde. Orientar o cuidado à mulher nessa perspectiva representa possibilidade de qualificar as ações sob o eixo da integralidade.

Acreditamos que desenvolver um projeto baseado em processos educativos participativos com e para mulheres, em articulação com profissionais que cuidam delas e a partir de demandas referenciadas pelas próprias usuárias, representa uma inovação necessária às mudanças requeridas que possivelmente impactarão na forma como o cuidado da mulher é produzido em unidades básicas de saúde. Objetivamos, com isso, extrapolar as ações de cuidado à mulher para além das ações programáticas predefinidas e estimular mudanças no modelo de atenção vigente na atenção básica.

Portanto, o desafio que se coloca a quem trabalha com saúde é construir processos de produção da saúde que sejam capazes de se firmar com novos referenciais para usuárias/os, dando-lhes segurança de que um modelo centrado nas tecnologias leves, mais relacionais, tenha a potência de cuidar tal como imaginam e desejam (FRANCO; MERHY apud PINHEIRO; MATTOS, 2005).

6 METODOLOGIA

6.1 INTEGRALIDADE COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Integralidade é um termo polissêmico que abarca diversos usos. Para compreendê-la, Mattos (2001) propôs três grandes sentidos: o primeiro, diz respeito a atributos das práticas profissionais de saúde mediante a compreensão das necessidades de ações e serviços de saúde que uma pessoa demanda ao buscar atenção profissional; o segundo diz respeito às características da organização dos serviços de saúde, em que a lógica de organização fragmentária, centrada na doença, é considerada inaceitável e insuficiente diante da amplitude das necessidades das pessoas; o terceiro refere-se às respostas governamentais aos problemas e necessidades de saúde da população ou de grupos específicos, com recusa de formuladores/as de políticas públicas em reduzir a objetos descontextualizados as pessoas para as quais tais políticas são elaboradas.

A integralidade pressupõe modos de atuação democrática, do saber fazer integrado, em que o cuidar se sustenta por uma relação de compromisso ético-político, baseada na sinceridade, responsabilidade e confiança (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003). Compreende, assim:

Novos vocabulários que nos convidam ao contínuo reexame das nossas praticas, dos modos como organizamos nossos serviços, e dos modos como formulamos as políticas de saúde. Vocabulários que surgem, não a partir de autoridades intelectuais, mas a partir das necessidades de diferenciar, nas práticas, nos modos de organizar serviços de saúde e nas políticas de saúde, aspectos criticáveis das características desejáveis. Vocabulários que designam valores pelos quais vale a pena lutar. Mas talvez nessa luta, devemos aspirar também a uma nova ética profissional. MATTOS (2010, p. 141)

Como um princípio norteador do SUS, a integralidade tem no campo das práticas um espaço privilegiado para a materialização da saúde como direito e como serviço. Como eixo norteador de uma política, deverá ser construída cotidianamente, na permanente democratização das interações entre as pessoas, sustentada por valores emancipatórios que garantam a autonomia, o exercício da solidariedade e o reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter (PINHEIRO, 2005).

Nesse sentido, a integralidade constitui um princípio que permite compreender, apreender e responder às demandas de saúde das pessoas como também de grupos sociais

devendo ser assumida com perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre as diferentes formas de perceber suas necessidades de saúde (MATTOS, 2001; BRAGA, 2010).

Vislumbra-se a integralidade como um dispositivo político, capaz de produzir novas e mais potentes práticas de atenção à saúde, de modo que se constrói no cotidiano dos serviços, no diálogo entre os diversos agentes sociais que compõem o SUS. Por isso não tem um sentido estável, apenas a partir do que está instituído, mas no vai-e-vem dos movimentos constantes de transformação das práticas de saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Esses movimentos cotidianos, impulsionados por usuários/as, profissionais, gestores/as, pesquisadores/as, permitem que a integralidade se apresente como uma postura ético-política capaz de guiar as práticas em saúde no sentido da defesa da vida, da potencialização dos coletivos, da valorização dos espaços públicos. Essa postura requer, sobretudo da equipe profissional, o reconhecimento da diferença na diversidade das demandas apresentadas pelas pessoas que buscam os serviços de saúde, assim como nas respostas governamentais oferecidas para solucioná-las. Pressupõe-se, portanto, que o reconhecimento da diferença deve ter, na resposta por ela demandada, os atributos de uma política de saúde de fato justa (PINHEIRO, 2005).

A ação integral surge como efeitos e repercussões de trocas positivas entre usuários/as, profissionais e instituições, traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Nesse sentido, é possível qualificarmos a integralidade como um instrumento de crítica de saberes e poderes instituídos por práticas cotidianas que habilitam as pessoas nos espaços públicos a estruturar novos arranjos sociais e institucionais em saúde. Muitas vezes esses arranjos são marcados por conflitos e contradições, numa arena de disputa política, em defesa da saúde como direito de cidadania de todos/as e não de alguns (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

É possível perceber práticas de integralidade nas experiências dos serviços de saúde, sendo elas constituídas por um “saber-fazer”, como construção coletiva que lida com questões do cotidiano e que se atualiza a cada experiência, como conhecimento e ação na realidade (GOMES et al., 2010). Assim, integralidade existe em ato e permeia a organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas ações que valorizam o cuidado e que tem em suas concepções o ideal de compreender o/a usuário/a como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2001).

Exercer a integralidade perpassa, então, pela compreensão da complexidade das pessoas que utilizam os serviços, considerando o contexto em que se inserem e suas especificidades na oferta de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação em busca de um cuidado integral que seja o mais equânime possível. Quando se fala em integralidade do cuidado, é preciso entender que esse princípio é contrário à abordagem fragmentária e reducionista das pessoas. Dessa forma, quem executa ações de cuidado precisa considerar a pessoa em sua pluralidade e em sua totalidade, em busca de transcender a doença e o sofrimento manifesto e ter percepção ampliada de suas necessidades (ALVES, 2005).

Sua operacionalização implica em mudanças das práticas e dos processos de trabalho individuais e em equipes para a produção de cuidados humanizados, éticos e resolutivos. Acreditamos que essas mudanças exigem esforços e compromissos de cada trabalhador(a) para revisão de valores, paradigmas e construção de estratégias mais participativas e integradoras (LIMA et al., 2012).

Para tanto, é necessário repensar as conformações dos serviços públicos de saúde, nas quais a participação de usuários/as é necessária e indispensável, considerando aspectos objetivos e subjetivos de sua vida. Portanto, defendemos a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas profissionais de saúde, que tem sua expressão na maneira como se darão as respostas às pessoas que buscam o cuidado.

A integralidade também é pensada enquanto um princípio educativo, em que os movimentos democráticos de participação e controle social aumentam a porosidade institucional da gestão em saúde às demandas sociais, auxiliando na elaboração de respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde sobressaem-se como estratégia articulada entre a concepção da realidade de saúde e a busca de mudanças nas atitudes de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos serviços que almejam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO et al., 2007).

No âmbito da atenção às mulheres, orientamos nosso olhar pela integralidade defendendo-a como:

Concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO et al., 2009, p. 155).

Nesse campo, a integralidade antecipa-se ao SUS. Ao incorporar o termo “integral” ao seu título, o PAISM evidenciou a necessidade de abordar a saúde das mulheres tendo como ponto de partida a compreensão do lugar que elas ocupam nas relações sociais de gênero e as respectivas consequências para sua saúde. A partir do posicionamento político de afirmar as mulheres como sujeitos, a ideia de atenção integral contida no PAISM ressaltava que as mulheres tinham necessidades específicas de saúde e colocava em xeque a perspectiva biologizante dos programas materno-infantis.

Além das reivindicações por ações específicas para mulheres nos diferentes ciclos de vida e de uma rede de referência que ampliasse o seu acesso aos serviços de maior complexidade, a perspectiva de assistência integral proposta pelo PAISM agregava a realização de práticas educativas a partir dos serviços de saúde e da atitude pedagógica profissional. Com isso, as mulheres poderiam ter conhecimentos básicos sobre seu corpo e sua saúde, condição primária para um mínimo de autonomia, o que inclui a oferta de ações voltadas explicitamente para o fortalecimento do poder das mulheres sobre si mesmas (VILLELA; OLIVEIRA, 2009).

De fato, são escassas as atividades nos serviços básicos de saúde que contemplem a investigação de questões que, tanto quanto a reprodutivas, estão presentes no cotidiano das mulheres, como problemas relacionados à sexualidade, ao trabalho, à saúde mental ou à violência doméstica. Quando problemas ligados a essas temáticas são materializados em queixas levadas espontaneamente aos serviços de saúde, inexistem fluxos formais para sua abordagem, o que resulta em respostas diversas em conteúdo e em efetividade. Esta não formalização das ofertas de saúde para além da dimensão reprodutiva mantém na invisibilidade questões importantes que impactam sobre a condição de saúde das mulheres e reforça alguns dos estereótipos de gênero que mais tem contribuído para a opressão das mulheres (VILLELA; OLIVEIRA, 2009).

Por isso consideramos importante defender a integralidade na saúde como possibilidade de desenvolver práticas profissionais intersubjetivas, em que as pessoas se relacionem com base no diálogo com oferta de ações de saúde sintonizada com o contexto específico de cada encontro e de cada pessoa.

Acreditamos que práticas orientadas pela integralidade são capazes de qualificar o cuidado, de promover maior compreensão das necessidades das pessoas e de estimular comportamentos que favoreçam a realização de ações profissionais mais coerentes com as soluções que elas esperam encontrar para seus problemas de saúde (CARNEIRO; COELHO, 2010). Desse modo, a integralidade que defendemos, traz em seu cerne, as

interseções entre as múltiplas dimensões do cuidado e sua relação com a macroestrutura. O desafio, portanto, é superar estruturas de poder e mecanismos político-ideológicos que ainda sustentam o modelo hegemônico da atenção e retardam as mudanças requeridas para a cidadania na saúde.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo classifica-se como do tipo exploratório de abordagem qualitativa. O estudo exploratório tem como finalidade explorar as dimensões dos fenômenos, a forma como que eles se manifestam, bem como os fatores com os quais eles se relacionam (POLIT; BECK; HUNGLER; 2004). Já a abordagem qualitativa se apresenta adequada ao estudo, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2000).

Nesse sentido, a autora considera que a pesquisa qualitativa é capaz de revelar valores, símbolos, normas e representações, possibilitando elaborar, interpretar e analisar os fenômenos sociais, sobretudo o comportamento humano e suas relações. Assim, de acordo com Almeida (2005), trabalhar qualitativamente implica em interpretar e entender os sentidos e as significações que uma pessoa dá ao fenômeno em foco, através de instrumentos necessários e suficientes, que valorizam o contato pessoal e outros elementos que conformamos pessoas.

6.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em unidade de Atendimento Multiprofissional Especializado (AME), na cidade de Petrolina-PE. Esse município está localizado na mesorregião São Francisco e na Microrregião Petrolina do Estado de Pernambuco. Ocupa uma extensão territorial de 4.561,872 km². Em 2015, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estimou a população do município em 331. 951 habitantes sendo a quinta cidade mais populosa de Pernambuco e a segunda maior do interior do estado (IBGE, 2014).

Norteadas pela Política Nacional de Atenção Básica, a gestão municipal tem buscado reorganizar o território com prioridade para a ESF, alinhada aos programas de

apoio e melhoria do Ministério da Saúde como Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF), Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Programa Saúde na Escola (PSE) e Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) e Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB) (PREFEITURA MUNICIPAL DE PETROLINA, 2013).

A fim de reorganizar a atenção primária à saúde, gestores/as municipais decidiram pela criação das unidades AME Saúde da Família, estratégia originalmente criada com o intuito de oferecer serviços essenciais para a comunidade local e regiões circunvizinhas. A AME em que foi realizada a pesquisa constitui uma Unidade Primária de Saúde (UPS), com estrutura diferenciada, que reúne quatro equipes da ESF. O atendimento à população se dá em horário ampliado, das 7h às 21h e são oferecidos serviços de clínicas médica, odontológica e de enfermagem, realização de pequenos procedimentos, como curativo, nebulização, suturas e pequenas cirurgias, serviços de imunização, dispensação de medicamentos, coleta de exames de patologia clínica e citopatológica, atendimento pré-natal e atenção em planejamento reprodutivo.

Optou-se por realizar o estudo na primeira AME implantada por ser a unidade com maior tempo de funcionamento, pelo que se depreende haver maior integração entre as equipes de saúde da família e maior consolidação dos seus processos de trabalho.

6.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa profissionais das quatro equipes multiprofissionais da ESF, atuantes na referida AME. As quatro equipes atuam no mesmo espaço físico, desenvolvendo atividades específicas, junto a usuárias/os de cada área adstrita. Desse modo, há um compartilhamento diário das experiências, o que permite um planejamento conjunto de atividades educativas. Considerou-se como critérios de inclusão das/os profissionais: poder ajustar o tempo de participação na pesquisa ao horário de trabalho e reconhecer que há necessidade de mudanças na atenção à saúde das mulheres em diferentes aspectos que demandam cuidados, independentemente do tempo de atuação no serviço.

As/os participantes foram caracterizadas/os por meio de Formulário de Identificação (APÊNDICE B) criado pelas pesquisadoras. Participaram da pesquisa 14 profissionais de saúde da ESF, sendo eles/as duas enfermeiras, dois médicos, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), duas técnicas de enfermagem e sete agentes

comunitários/as de saúde (ACS). A idade dos/as participantes variou entre vinte e oito e cinquenta e quatro anos; oito se auto declararam ser de cor parda; oito afirmaram praticar o catolicismo; oito se declararam casados/as; nove declararam receber de um a três salários mínimos.

Quanto aos níveis de escolaridade, predominaram o ensino superior completo e o ensino médio completo, com seis e cinco respostas respectivamente. Apenas uma das enfermeiras e um dos médicos citaram ter pós-graduação nas áreas de Saúde Pública e de Medicina da Família, respectivamente. O tempo de atuação no serviço variou entre três meses e vinte e dois anos. Nove participantes referiram realizar atividades educativas com mulheres da ESF, sendo o método predominante a palestra, que acontecem tanto no plano individual quanto no coletivo.

6.5 INSERÇÃO NO CAMPO DA PESQUISA

A formação do grupo de profissionais ocorreu após autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Petrolina-PE (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Houve contato prévio com a equipe multidisciplinar de saúde, momento em que foram apresentados os objetivos, a técnica de produção do material empírico e os princípios éticos que norteariam o estudo. O estudo, foi realizado em dia e horário de reuniões internas e, considerando que a pesquisa qualitativa não comporta grande número de participantes, foi sugerida a participação de um membro de cada categoria profissional de saúde de cada equipe. No entanto, para as categorias enfermeiro/a e técnico/a de enfermagem isso não foi possível diante de impossibilidades impostas pelo cronograma de trabalho e pelo fato de alguns/mas não terem interesse em participar do estudo.

6.6 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Oficina de reflexão

As oficinas de reflexão criadas a partir do movimento feminista no anos 1970 e inicialmente denominadas grupos de autoconsciência, são também reconhecidas como grupos de reflexão, oficinas de trabalho, oficinas de trabalho crítico-emancipatórias, oficinas de criatividade e sensibilidade. Disseminaram-se em diversas áreas como a sociologia, psicologia, enfermagem e em grupos autônomos de mulheres do movimento

feminista como uma proposta de articular subjetividade, racionalidade, experiência pessoal e conhecimento (FONSECA; AMARAL, 2012; MELLO et al., 2008).

Na atualidade, entre as práticas educativas desenvolvidas com mulheres, as oficinas se destacam como espaço de construção coletiva do conhecimento cujo produto resulta das reflexões e discussões todas, do grupo podendo dele se apropriarem. As oficinas se caracterizam por um ambiente descontraído, facilitado pela utilização de práticas pedagógicas incentivadoras da integração e do estabelecimento de uma relação horizontal de poder entre participantes e coordenação (FONSECA; AMARAL, 2012).

As oficinas de reflexão foram introduzidas no espaço acadêmico como instrumento pedagógico e de produção de conhecimento, sendo adaptadas a objetos de pesquisa da área social e da saúde, buscando a transformação qualitativa dos espaços de aprendizagem (COELHO, 2001).

As oficinas promovem a transformação e a intervenção no contexto psicossocial. Estabelece-se uma relação de horizontalidade entre participantes e coordenação, sem hierarquia de poder, o que favorece o ambiente de reflexão e o vínculo entre participantes. Assim, é possível resgatar conhecimentos e estimula a troca de experiências facilitando a comunicação interpessoal e a discussão de conteúdos (MELLO et al., 2008).

A adoção da oficina de trabalho como instrumento de intervenção na saúde coletiva cria espaços para a consciência crítico-reflexiva. Entre os seus princípios norteadores encontra-se o empoderamento, concebido como fortalecimento da capacidade e autonomia para decidir de forma responsável e consequente. Nesse processo, as pessoas ampliam o poder de controle sobre sua vida no contexto da participação no grupo, visando a transformação da realidade, entendida como espaço social e político.

Assim, convidamos profissionais de saúde e mulheres a superar esquemas de cuidado à saúde que reproduzem relações de poder, e visualizar nas práticas educacionais em saúde emancipatórias possibilidades de transformações, criando ou ampliando novos horizontes para o trabalho e para o cuidado às mulheres.

Para esta pesquisa foram realizadas duas oficinas com duração média de três horas cada uma, contemplando as etapas: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação; descontração/ relaxamento (COELHO, 2001). Os discursos foram registrados por meio de dois gravadores de voz dispostos em pontos estratégicos da sala.

As oficinas foram denominadas: A educação em saúde que pratico (APÊNDICE

C) e Construindo caminhos da educação em saúde para mulheres (APÊNDICE D). É importante destacar que nem todos/as os/as profissionais participaram das duas oficinas propostas, respeitando-se a sua disponibilidade de participação. Dos dois médicos, houve a participação de um em cada encontro e, dos/as sete ACS, quatro participaram apenas da primeira, os/as demais envolvidos/as participaram dos dois momentos.

A primeira oficina permitiu discutir as práticas educativas desenvolvidas com mulheres pelas equipes das ESF e a segunda foi dirigida especificamente à construção, pelas/os profissionais de saúde de proposta de atividades educativas participativas para usuárias do serviço baseadas em metodologias ativas. Os dois momentos aconteceram na própria unidade de saúde, na sala destinada a reuniões, e seguiram o mesmo ritual: acolhimento com cartaz de bem vindas/os e uma cuidadosa seleção musical instrumental, dinâmica de apresentação/integração, técnica de relaxamento e um lanche para favorecer a coesão do grupo, servido após os encontros, por determinação da equipe.

A seguir, descrevemos as etapas segundo ordem de realização. É importante ressaltar que, nesse processo, contei com a colaboração de uma enfermeira discente do curso de doutorado em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) e de duas discentes de graduação em enfermagem da Universidade de Pernambuco- UPE. Todas as falas foram gravadas e as observações registradas em diário de campo.

Primeira oficina: A educação em saúde que pratico

Esta oficina teve como objetivo promover reflexão e discussão com equipe multiprofissional da ESF sobre práticas educativas desenvolvidas com mulheres usuárias. Os/as participantes foram acolhidos/as e convidados/as a se acomodarem na sala de maneira confortável e agradável, com as cadeiras dispostas em círculo.

Na entrada, receberam um crachá com nome escolhido pelo/a participante e escrito com letras grandes, para facilitar o registro e organização dos dados pela pesquisadora. Todos/as preferiram manter seu próprio nome nos encontros, mas na transcrição das oficinas foram utilizados nomes fictícios, a fim de preservar suas identidades. Inicialmente, foram esclarecidos os objetivos e aspectos éticos da pesquisa, realizada leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICE A), com posterior assinatura e consentimento de cada participante. Após, foram solicitados/as a preencher a ficha de identificação.

Em seguida foi firmado e fixado na parede acordo de convivência entre o grupo: desligar ou manter no módulo silencioso o celular; evitar saídas da sala, salvo em extrema necessidade; levantar a mão e dizer o nome antes de falar (para facilitar a identificação na transcrição), respeitar a fala do/a outro/a e manter em sigilo todas as informações e experiências compartilhadas naquele ambiente.

A dinâmica de apresentação/integração eleita foi a “dinâmica do barbante”, que possibilitou perceber a importância do trabalho em equipe e da interdependência das funções entre profissionais. Em seguida foi realizada uma técnica de relaxamento “sentindo minha respiração”, por uma das colaboradoras. Só então iniciamos a etapa desenvolvimento do tema, seguindo o roteiro construído para a primeira oficina.

Após alguns minutos de introspecção necessários para reflexão sobre o tema proposto segundo um roteiro de questões, o grupo foi convidado a registrar suas respostas em folhas de cartolina, colocando-se à disposição canetas hidrográficas, para que registrassem sinteticamente suas respostas sobre a quem é a mulher que frequenta aquele serviço de saúde, sendo as cartolinas com as questões e as respostas afixadas na parede, formando um painel.

Dando prosseguimento, foi iniciada a socialização das experiências. O grupo leu suas respostas e ampliou a discussão falando sobre a realidade vivenciada com críticas ao modo de organização do serviço, que cria dificuldades para o desenvolvimento de atividades educativas, bem como expuseram as concepções e modos de viabilização possíveis.

Nas etapas finais, foi realizada uma avaliação da oficina, solicitando ao grupo que avaliassem o momento com uma palavra, explicando. Posteriormente, realizamos a dinâmica do abraço coletivo com o objetivo de finalizar a atividade e promover a interação e a afetividade entre a equipe. Por fim, foi proporcionado um momento de descontração com oferta de um lanche.

Segunda oficina: Construindo caminhos da educação em saúde para mulheres

O objetivo deste segundo encontro foi construir junto com a equipe multiprofissional, propostas de práticas educativas participativas para usuárias da ESF. Inicialmente os/as participantes foram acolhidos/as com música ambiente e cartaz de boas-vindas, recebendo o crachá preenchido no primeiro encontro. Em seguida, foram convidados/as a se acomodar na sala de maneira confortável, dispostos/as em círculo.

Após a técnica de relaxamento “Sentindo o meu corpo relaxar” foi realizada a dinâmica de integração “O espelho” selecionada por despertar a valorização de si e estimular o encontrar-se consigo e com seus valores.

Em seguida foi desenvolvido o resgate da oficina anterior. Para isso, foram preparados previamente, dois painéis com os temas que foram valorizados pelo grupo para educação em saúde com mulheres, bem como recorte de falas que identificam tais temas, atentando-se para registrar fala de todas as pessoas. Ao lado dos depoimentos usamos nomes fictícios, para que percebessem como seriam identificadas/os na pesquisa.

Após leitura e reflexão dos pontos, solicitamos às/aos participantes, que registrassem, a partir das falas, temas que consideram importantes para uma proposta de educação em saúde com mulheres usuárias da ESF em que atuam, registrando em tarjetas de papel A4. Os /as participantes preferiram, ao invés de escrever, falar diretamente. Por decisão unânime do grupo, foi elaborado um painel de papel madeira que foi fixado na parede em local visível, em que as colaboradoras iam registrando todas as sugestões.

Posteriormente, foi solicitada a leitura em voz alta por um/a participante, e que identificassem os temas que se aproximavam, a fim de agrupar em blocos as temáticas semelhantes. O tema sexualidade no ciclo vital da mulher foi estratificado em cada fase da vida, pelo próprio grupo, justificado pelas especificidades de cada uma delas e por terem identificado demandas diferenciadas para cada fase, o que requer abordagem de subtemas e métodos adequados. Tendo em vista a ênfase e a rica discussão que o tema gerou, resultou na categoria empírica, **Sexualidade na adolescência como demanda para educação em saúde**, objeto de um dos artigos apresentados nos resultados dessa pesquisa.

Em outro momento, foi solicitada a formação de pequenos grupos, atribuindo a cada um tema para pensar propostas de educação em saúde. As/os participantes optaram por realizar a atividade no grande grupo, sob justificativa de ser mais interessante e otimizar o tempo. Assim, o grupo indicou metodologias educativas possíveis de serem desenvolvidas para cada tema. As sugestões feitas pelas/os profissionais resultaram em uma proposta educativa para mulheres usuárias da ESF, que, para fins de sistematização, foi organizada, em conjunto com as/os participantes, em quadro sinóptico, que compõe resultados da categoria empírica **Proposta da equipe multiprofissional para ações educativas com mulheres usuárias da ESF**.

Dada a relevância da proposta para o grupo, e por julgarmos ter potencial para

transformar e qualificar o cuidado à saúde de mulheres no âmbito da atenção primária à saúde, resultou na elaboração de um manuscrito que comporá capítulo de livro em fase de planejamento pelo Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher (GEM) da EEUFBA, linha de pesquisa mulher, gênero e saúde. O mesmo é apresentado mais adiante nos resultados desse estudo.

6.7 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material empírico foi analisado por meio da técnica de Análise de Discurso segundo Fiorin (2003). Para esse autor, o discurso é uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem. Por meio de elementos linguísticos usados pelos/as falantes com a finalidade de expressar seus pensamentos, a partir dos quais é possível identificar sua visão interior e exterior de mundo e sua forma de agir sobre ele. A fala é a exteriorização psicofísico-fisiológica do discurso, ela é rigorosamente individual, pois sempre é um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso.

Os discursos são construções sociais organizadas com base em imagens, ideias, representações que as pessoas constroem acerca do mundo a partir das suas experiências, sendo suas crenças e valores inconscientemente incorporados e naturalizados. Dessa forma, o discurso se caracteriza como uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem (FIORIN, 2003).

A Análise de Discurso proposta por Fiorin contempla as seguintes etapas:

- 1) Leituras sucessivas do texto completo, tentando localizar todas as recorrências, isto é, figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo plano de significação, de modo a garantir a coerência.
- 2) Agrupamento dos dados segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significados.
- 3) Depreensão dos temas centrais com formulação de subcategorias que levam à construção de uma ou mais categorias empíricas centrais a serem analisadas.
- 4) Análise e discussão das categorias empíricas orientadas pelo eixo teórico, em articulação com a literatura pertinente.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo encontra-se de acordo com os referenciais básicos da bioética, apresentados pela Resolução 466/96 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Inicialmente, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para obtenção de parecer pelo Comitê de Ética em Pesquisa, aprovado sob o número 815.565 em 01 de Outubro de 2014. Somente após essa aprovação é que teve início a fase de coleta de dados.

As/os colaboradoras/es da pesquisa foram esclarecidas/os quanto aos objetivos e relevância do estudo e quanto aos aspectos éticos respeitados: foram assegurados o direito de decidir livremente quanto a participação no estudo, inclusive de desistir a qualquer momento sem que haja prejuízos para o mesmo; garantia de anonimato e confidencialidade das informações pelo uso de nomes fictícios. Foi solicitada gravação e registro de todas as etapas da pesquisa por meio de gravadores de voz e registro em livro de anotações, sendo as/os participantes identificadas/os com nomes fictícios.

Os resultados do estudo serão publicados em meios de divulgação científica como seminários, fóruns, congressos e periódicos científicos; que o material empírico produzido será arquivado por cinco anos e ficará à disposição para dirimir eventuais dúvidas ou questionamentos que venham ocorrer; após esse período será destruído. Foram esclarecidos, ainda, os possíveis riscos da pesquisa, considerando o desconforto que poderiam sentir ao compartilhar sua vivência/experiência e relatar informações pessoais ou confidenciais com o investigador. Aceitando participar do estudo, os/as participantes foram convidadas/os a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual consta o registro das questões éticas mencionadas.

6.9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

É importante destacar que foram identificadas limitações no transcorrer da pesquisa, todavia, não interferiram no alcance dos objetivos e a pesquisa oferece subsídios para repensar o campo da educação em saúde sob diferentes prismas, ao tempo em que pede novas investigações no sentido de transformar o educar em saúde para as mulheres em uma prática participativa, transversal e transformadora.

Um aspecto que constituiu limitação foi a impossibilidade de inserção prévia das pesquisadoras e colaboradoras no cotidiano das/os profissionais no serviço em estudo, sobretudo no que tange à vivência das práticas educativas com mulheres na realidade em questão. Inserir-se no cotidiano dessas equipes seria importante para melhor compreender a dinâmica de funcionamento do serviço, o modo como as atividades se organizam, o nível de entrosamento e comunicação entre profissionais das diferentes equipes e dessas com as mulheres usuárias, o relacionamento estabelecido entre mulheres e profissionais, e os instrumentos disponíveis para viabilizar ações baseadas em metodologias mais participativas.

Outra consideração que precisa ser feita está relacionada ao fato de que a proposta de educação em saúde para as mulheres, construída pelas/os profissionais, teve origem nas concepções dessas/es sobre o que entendem ser demandas das mulheres no serviço de saúde, sem a participação das mulheres. Todavia, são fruto de inquietações do cotidiano, construídas a partir de práticas concretas e validadas coletivamente. Assim propuseram um plano educativo baseado em métodos participativos, em que se busca garantir o protagonismo e a voz das mulheres.

Isto se deu em consequência da impossibilidade de formação de grupo de mulheres diante de tempo exíguo para a pesquisa, sendo realizada somente com profissionais, o que estava previsto para etapa posterior. Ressaltamos que, por conhecer o serviço como docente, vinha contactando profissionais que se mostravam interessadas/os em discutir questões que levantávamos em campo relativas à educação em saúde.

Com isso, sugere-se realização de novas pesquisas que levem em consideração os aspectos citados no cenário estudado e afirma-se que essas limitações não retiram do presente sua relevância e suas contribuições para o campo científico em estudo e, mais especificamente, para impulsionar novas reflexões e transformações nas práticas educativas do serviço.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados a seguir sob a forma de três artigos científicos e um capítulo de livro. O primeiro, intitulado **Limites do modelo biomédico às práticas educativas com mulheres**, teve por objetivo conhecer a realidade vivenciada por equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família no tocante ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde com mulheres. O segundo artigo, é denominado **Resistência de mulheres ao modelo biomédico de educação em saúde**, que buscou descrever concepções e práticas de profissionais da ESF sobre educação em saúde na atenção à mulher; e analisar os relatos profissionais sobre educação em saúde sob o enfoque da integralidade do cuidado.

O terceiro artigo é intitulado **Sexualidade na adolescência como demanda para educação em saúde**, teve por objetivos promover reflexão e discussão com profissionais de saúde da ESF sobre demandas de mulheres adolescentes no âmbito da sexualidade que requerem educação em saúde e analisar as demandas apresentadas sob a perspectiva de gênero. Por fim, o capítulo de livro, nomeado **Trabalho educativo com mulheres: proposta de equipe multiprofissional**, é uma proposta de educação em saúde baseada em metodologias ativas direcionadas às demandas das usuárias da ESF.

7.1 ARTIGO 1

O artigo **Limites do modelo biomédico às práticas educativas com mulheres** foi elaborado a partir das instruções as/aos autoras/es para publicação e apresentação à **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) cuja missão é divulgar a produção científica das diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem, incluindo a que expresse o projeto político da Associação. Disponíveis no link: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>.

LIMITES DO MODELO BIOMÉDICO ÀS PRÁTICAS EDUCATIVAS COM MULHERES

LIMITS OF THE BIOMEDICAL MODEL EDUCATIONAL PRACTICES WITH WOMEN

LÍMITES DEL MODELO BIOMÉDICO EL PRÁCTICAS EDUCATIVAS CON MUJERES

Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral¹

Edméia de Almeida Cardoso Coelho²

Mariza Silva Almeida³

RESUMO

Objetivo: conhecer a realidade vivenciada por equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família no tocante ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde com mulheres. **Método:** pesquisa exploratória de natureza qualitativa, tendo integralidade como eixo teórico. Utilizou-se oficina de reflexão como técnica para produção do material empírico, sendo analisado pela técnica de análise de discurso. **Resultados:** a reprodução do paradigma biomédico na organização do serviço e nas práticas de saúde, a gestão autocrática e a prioridade para o alcance de metas limitam o trabalho educativo com mulheres na perspectiva emancipatória distancia o cuidado da integralidade. **Conclusão:** reorientar as práticas educativas exige de trabalhadores/as, usuárias e gestores/as disponibilidade para mudança dos modos tradicionais de gestão e de atenção adotados. Requer também romper com o paradigma biomédico que orienta a formação em saúde. Com isso, é possível construir a integralidade nas ações de saúde. **Descritores:** Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Assistência Integral à Saúde da Mulher

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. edmeiacolho@gmail.com

²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Professora Auxiliar do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina, PE. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Autora para correspondência. priufalcao@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. marizaal@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações individuais e coletivas que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Seu objetivo é desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Teoricamente, deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas de cuidado e gestão, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem. Para tanto, conta com tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância, com o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos⁽¹⁾.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica. Espera-se que essa estratégia seja capaz de indicar problemas e soluções para uma dada população, a fim de renovar e produzir instrumentos alternativos aos existentes e capazes de resolver os problemas de saúde das pessoas, que não são suficientemente respondidos pelo modelo biomédico⁽²⁾.

As proposições políticas que orientam a PNAB e a ESF buscam transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro, curativo e individual, em um modelo de saúde voltado para as coletividades, centrado na família e na comunidade. Contudo, observações empíricas indicam que as práticas cotidianas de trabalho nas ESF continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico que tem corrompido o processo de trabalho cotidiano e limitado a realização de práticas participativas, inclusivas e mais coerentes com essa proposta.

Estudos demonstram fragilidades no potencial da PNAB para promover mudanças nas práticas assistenciais e evidenciam que as ações continuam predominantemente centradas no médico, no tratamento e na reabilitação de doenças, com déficits no trabalho em equipe⁽³⁻⁴⁾. Identifica-se a significativa influência do modelo hegemônico nas práticas assistenciais e, apesar de existirem propostas e políticas contra hegemônicas, há importantes dificuldades para sua implementação⁽⁵⁾.

Ao longo da história, a formação de profissionais de saúde nos moldes do

paradigma dominante tem contribuído e sustentado a manutenção do modelo assistencial biomédico nos diferentes níveis de atenção à saúde. Desse modo, a ESF tem enfrentado dificuldades para se consolidar, de forma que ainda não foi possível romper com o tradicionalismo biomédico que orienta a organização das práticas e o funcionamento dos serviços de saúde.

Assim, a atenção à saúde nos serviços de atenção básica tem produzido resultados divergentes do que se espera para a ESF, tendo em vista a desvalorização da participação popular e profissional na produção da saúde. Para Costa⁽⁶⁾, esse envolvimento só é possível pelo processo dialógico entre saberes populares e técnicos, considerando que essa participação só será efetiva quando orientada pelas práticas cotidianas dos serviços. Entre elas, se insere a educação em saúde como uma atribuição comum aos membros das equipes, sendo um forte componente das ações desenvolvidas na ESF.

No contexto da atenção à saúde no âmbito do SUS, as mulheres se destacam como as principais usuárias dos serviços nos diferentes níveis hierárquicos, de forma que buscam os serviços não só para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, como acompanhantes de crianças, familiares e pessoas de seu convívio. Mesmo que a ESF tenha ampliado o acesso das mulheres aos serviços públicos de saúde, essas experiências tem se dado em meio aos limites impostos pela descontinuidade das ações e das equipes e aos déficits de infraestrutura⁽⁷⁾.

No campo da saúde da mulher, atualmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), propõe que atividades educativas façam parte do escopo de ações direcionadas às usuárias da atenção básica e que essas promovam empoderamento para participação ativa nos processos decisórios relativos ao cuidado com sua saúde. Todavia, observa-se que as proposições políticas da ESF não tem se concretizado nas práticas de atenção à mulher, já que a sobreposição da clínica e a desvalorização dos processos educativos são problemas contemporâneos. Pesquisas indicam que as mulheres tem se distanciado da ESF pela baixa resolutividade de suas ações, descontinuidade das suas equipes, falta de recursos e pela manutenção do modelo técnico nas práticas de atenção⁽⁸⁾.

Ao desenvolver educação em saúde tanto no contexto individual quanto no coletivo, profissionais que atuam na ESF se deparam com limitações, entre as quais resistência a mudança para um novo modelo assistencial; falta de perfil de profissionais para trabalhar na perspectiva da ESF; insuficiência de recursos humanos; influência da gestão sobre a realização do trabalho; falta ou má distribuição dos recursos, sejam eles

físicos, materiais ou financeiros; e inadequação da estrutura física ⁽⁹⁾.

Destaca-se, ainda, a limitada capacidade de escuta das necessidades dos/as usuários/as por parte de muitos profissionais, que não reconhecem as demandas mais subjetivas, não orgânicas, como uma demanda legítima aos serviços de saúde ⁽¹⁰⁾. Contribui para essas limitações a insuficiência da formação acadêmica, também influenciada pelo modelo hegemônico, para o trabalho com a comunidade e o desestímulo em adotar a educação em saúde como estratégia para a promoção da saúde na prática profissional ⁽¹¹⁾.

Desse modo, a educação em saúde se sobressai como estratégia de cuidado com potencial para transformar o cuidado à mulher na ESF e para inserir a mesma nos processos de busca pela saúde enquanto agentes de mudança de suas condições. No entanto, as práticas cotidianas na ESF tem demonstrado a escassez de iniciativas educativas nessas perspectivas e que tenham mulheres e suas demandas como prioridade.

Transformar essa realidade requer, antes de tudo, a compreensão dos fatores que obstaculizam a consolidação do processo educativo como instrumento de empoderamento e cidadania, e como um componente fundamental da integralidade. Assim, esse estudo foi desenvolvido com o objetivo de conhecer a realidade vivenciada por equipes multiprofissionais da ESF no tocante ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde com mulheres.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório de natureza qualitativa, desenvolvido em unidades da ESF de município do interior pernambucano, e que tem a integralidade como eixo teórico. No presente estudo, orientamos nosso olhar pela integralidade defendendo-a como “a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres” ⁽¹²⁾. Essa perspectiva considera a integralidade dimensão indispensável às práticas de cuidado às mulheres na ESF, de modo que se mostra como princípio útil para as análises realizadas.

Participaram deste estudo nove trabalhadoras/es atuantes em quatro equipes multiprofissionais de saúde da família. Entre ela/es uma enfermeira, um médico, um

cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitário/as de saúde (ACS).

Optou-se pela oficina de reflexão para produção do material empírico. Por meio da produção coletiva de conhecimentos, essa técnica permite problematizar e refletir sobre o cotidiano das mulheres, sendo adequada para se trabalhar questões ligadas às práticas educativas em saúde desenvolvidas com usuárias da ESF⁽¹³⁾. A oficina foi desenvolvida mediante as etapas de apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação; descontração/ relaxamento⁽¹⁴⁾. Teve duração de três horas, durante as quais os discursos foram registrados em diário de campo e por gravador de voz. Utilizou-se nomes fictícios para resguardar o anonimato das/os participantes.

A oficina foi nomeada “A educação em saúde que pratico” e teve como objetivo promover reflexão e discussão com equipe multiprofissional da ESF sobre práticas educativas desenvolvidas com mulheres na ESF e resultou neste artigo.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso segundo Fiorin⁽¹⁵⁾. O discurso se constitui numa posição social cujas construções ideológicas são materializadas na linguagem, sendo revelada pela análise a visão de mundo dos sujeitos enunciadorees. A operacionalização dessa técnica seguiu as etapas propostas pelo autor: leitura de todo o texto para localizar os elementos concretos e abstratos que conduzem a um mesmo plano de significados; agrupamento dos temas parciais de acordo com os elementos significativos que se somam ou se confirmam formando subcategorias empíricas; formulação de categorias empíricas centrais. Uma delas é apresentada e analisada neste artigo em articulação com a literatura pertinente.

Respeitou-se todos os preceitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos. A participação foi livre e voluntária, mediante consentimento informado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Contou, ainda, com aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo parecer 815.565, emitido em 01 de Outubro de 2014.

RESULTADOS

Profissionais que participaram do estudo concentraram suas falas nas dificuldades em desenvolver atividades educativas, sendo a estrutura física inadequada um dos obstáculos. Embora a unidade seja destinada à atenção básica na perspectiva da ESF, em

que a integralidade é eixo norteador, a organização do serviço revela ter suas bases no modelo clínico, em que o espaço físico é estruturado para ações técnicas, individuais, realizadas em consultórios.

[Educação em saúde] pra isso tem que ter meios, tem que ter possibilidades [...] é difícil, vocês falam em educação em saúde e como é que eu posso seguir se não tem os meios, né? [...] A gente vê que realmente tem muitos temas interessantes, mas infelizmente não pode ser executado, é só falado (Carla, TE).

Há problema também de espaço físico, né? [...] precisaria, não tem um espaço físico. Você vê, aqui não tem uma sala, certo? Não tem um local de reunião, porque a gente tem de referência uma população bastante considerável, as outras AME tem um espaço. (Davi, M)

A gente tentou formar o grupo de gestantes. Se acabou justamente por espaço. Trazia a gestante, aí quando chegava pra fazer o exercício, era desconfortável, deixava elas incomodadas, então o espaço físico também conta bastante. (Antônia, ACS)

O modo como se organizam as práticas na ESF constitui barreira para ações educativas e as dificuldades são traduzidas como impossibilidades pelas/os profissionais. No serviço, múltiplas demandas de diferentes grupos em que se interseccionam o biológico e o social disputam espaço em meio a um frágil sistema, cujo desequilíbrio entre oferta e demanda se faz evidente retratando práticas em contexto que não facilita resolubilidades. Todavia, a sobreposição da rotina clínica a outras ações se encontra em desacordo com a integralidade do cuidado e, sem iniciativas para mudança, profissionais buscam justificar práticas que limitam o acolhimento e a escuta e, assim, não constroem saídas para qualificar o cuidado.

No dia da gestante tem menino batendo na porta com diarreia, o outro que faltou ao trabalho vem inventar que tá doente pra pegar um atestado, o paciente psiquiátrico que tomou o último haldol e amanhã não tem e vem pedir a receita, tá entendendo? Aí o sistema é bruto, minha filha! (Davi, M).

Depende muito do dia, da quantidade, entendeu? quando é pré-natal [...], que tem nove, dez gestantes, tento fazer o máximo que eu posso na parte assistencial da enfermagem [...] alguma coisa que eu perceba que ela precisa de uma orientação, eu tenho que lembrar pra orientar depois[...] dependendo da orientação, vai tomar muito tempo e eu tenho as outras pra atender [...] num dia de preventivo, eu ter dez pra fazer correndo, não dá tempo dar abertura pra conversar com elas, entendeu? (Marta, E).

Nos depoimentos a seguir, a falta de apoio matricial, de reconhecimento e de

valorização do trabalho realizado na ESF constituem fatores que desmotivam as equipes não só para realizar educação em saúde, mas para demais práticas cotidianas. Em consequência ao modelo de atenção centrado na queixa, no individual e na falta de integração há a fragmentação das práticas, ao tempo em que o distanciamento entre cuidado e gestão reafirma a hegemonia de sistemas que historicamente estruturam a atenção à saúde. Tanto o apoio da gestão quanto o apoio da comunidade são referidos como necessários para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade:

[...] sem apoio do gestor, não vai. Mas a que me refiro ao apoio do gestor? a você dizer: olha, a gente vai seguir uma linha pra que dê certo [...] tem apoio logístico para você chamar o pessoal e passar um vídeo, tem apoio logístico suficiente pra você mostrar um cartaz, mostrar um álbum, entregar um material de apoio a ela e dar continuidade a isso. E dizer: não, hoje é terça-feira, hoje eu só vou fazer ação educativa [...] (Davi, M)

A atenção básica cobra muito. De certa forma não nos retribui, não reconhece o trabalho que a gente faz com tanto sacrifício. A gente depende muito do apoio da instituição [...] a partir do momento que a secretaria de saúde desse mais espaço, condições de trabalho pra que a gente pudesse desenvolver nossas atividades.... (Antônia, ACS)

A falta de apoio e de reconhecimento profissional se mantém no depoimento a seguir destacado por uma ACS:

E o reconhecimento profissional, né? Quem é que não gosta de ouvir dizer assim: Parabéns! Você desenvolveu um bom trabalho. Todo mundo gosta de receber um elogio. Falta esse reconhecimento da instituição, não é? [...] tanto apoio financeiro como apoio. Você não tem esse apoio! (Antônia, ACS)

Ressaltam também o trabalho orientado para a quantidade em detrimento da qualidade, com priorização da produtividade e imposição de um cronograma de caráter inflexível que compromete a qualidade do trabalho:

[...] mesmo que você queira dar uma assistência àquela pessoa, você não tem como [...] Se você passar meia hora numa visita, sua produtividade [...] a questão é quantidade não é qualidade [...] precisa atender o cronograma que é imposto. Então assim, há uma série de cobranças e tudo isso impede um bom desenvolvimento do trabalho [...] (Antônia, ACS)

[...] elas só vem pra unidade quando é pré-natal por que tem que ser aqui, preventivo, a consulta médica, né? O tratamento curativista. [...] se eu não vou pra área, no final do mês a minha produção é zero ou um ou dois, entendeu? De terça a sexta é na área pra ter produtividade. (Marta, E).

DISCUSSÃO

O modelo biomédico tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos e práticas de saúde. Foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças. No entanto, suas características tem sido alvo de muitas críticas, sobretudo por estar centrado no individualismo, na prática curativa, no tecnicismo, no intervencionismo; na medicalização, na especialização, e na desvalorização dos determinantes sociais do processo saúde-doença⁽¹⁶⁾.

A emergência desse modelo de atenção é frequentemente associada à publicação do Relatório Flexner, em 1910, que desencadeou profunda reforma no ensino médico na América do Norte, estendendo-se a outros campos de conhecimento e consolidando a arquitetura curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados⁽¹⁷⁾.

A ESF se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes desse modelo de atenção, ainda predominante no país, e também de busca da implementação dos princípios do SUS. Apesar de essa estratégia se apresentar como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde e de estar baseada em propostas políticas contra hegemônicas, são muitas as dificuldades para sua implementação. Mesmo com os movimentos de redemocratização da saúde, que culminaram com a conquista política e jurídica do SUS, na conjuntura atual ainda não se conseguiu romper a lógica convencional da formação profissional e das práticas de saúde.

Como importante atribuição das equipes de ESF, a educação em saúde pode ser entendida como um processo de construção e de reconstrução do conhecimento, com enfoque em ações que auxiliem na cidadania, na autonomia do cuidado às pessoas, grupos e comunidades, bem como no exercício do controle social. Para isso, as práticas educativas em saúde são preconizadas numa ótica dialógica, emancipadora, participativa, criativa e ancorada na subjetividade, aproximando-se do pensamento educacional freireano⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, a perspectiva de trabalho educativo com mulheres circunscrita ao espaço da unidade de saúde e sob os limites já indicados evidencia a desvalorização de trabalhos coletivos em espaços comunitários. Acrescenta-se a isso a organização do serviço em questão que reafirma o modelo biomédico, reproduzido na estrutura física destinada ao atendimento individual e que não abre caminho para construção de consciência crítica e de mobilização para a saúde como direito de cidadania.

A inexistência de espaço físico apropriado na ESF foi recorrente nos discursos como barreira ao desenvolvimento de ações educativas coletivas, além da escassez de recursos materiais e audiovisuais. Resultados encontrados na literatura mostram que, tanto no contexto individual quanto no coletivo, profissionais que atuam na ESF tem se deparado com dificuldades no planejamento e execução de ações educativas^(9, 11, 19-20). Entre elas, citam-se o acúmulo de funções burocráticas e administrativas, a prioridade para o cumprimento de metas, a falta de espaço adequado⁽¹¹⁾, a grande demanda do serviço que gera ordem de prioridade para o atendimento clínico, e a ausência de recursos técnicos para otimizar a comunicação entre ESF e usuários/as⁽²¹⁾.

A inexistência de recursos audiovisuais e materiais didáticos para educação em saúde nas ESF é uma realidade, contudo esse déficit não pode ser limitante do desenvolvimento de práticas educativas. Equipamentos tecnológicos citados por profissionais podem não ser simbolicamente visíveis para as usuárias. Essa simbologia talvez esteja na escuta de seu contexto de vida, de experiências de outras pessoas vivendo em situações semelhantes. Reflexão e discussão podem proporcionar ao grupo crescimento e desenvolvimento de processo de aprendizagem de saúde e cidadania. Para isso, é importante que a ESF não se restrinja a tais recursos e se integre às formas de comunicação da comunidade local⁽²²⁾.

A sobreposição da clínica nas práticas profissionais também pode ser consequência da valorização da cultura curativista por usuáries/os da ESF, resultado da intensa medicalização à que todos/as fomos submetidos/as, profissionais e usuário(a)s dos serviços de saúde, principalmente no século passado⁽¹⁹⁾. A crença do/a usuário/a que a procura pelo serviço deve ser motivada por doença ou sintoma é uma barreira às práticas educativas, já que inexistente interesse e envolvimento de usuária/os com a equipe, dificultando o desenvolvimento efetivo de atividades propostas para a promoção da saúde¹¹.

Entre as barreiras operacionais, a gestão também apresenta forte influência sobre a realização do trabalho educativo. Entende-se por gestão do trabalho no setor público de saúde, o esforço do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional de agentes sociais e criação de condições adequadas de trabalho. O conjunto desses fatores deve dar suporte a um processo de trabalho diferenciado, que determina mudança no modelo assistencial no sentido de ofertar uma Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva e de qualidade e de uma ação voltada para o campo social⁽²³⁾. Um dos aspectos considerados nos depoimentos

analisados na nossa pesquisa, diz respeito a insatisfações das equipes com a gestão das Unidade de Saúde da Família em estudo.

No presente estudo, a prática de gestão e a forma de organização do trabalho descrita nos discursos se distanciam da integralidade como norteadora já que o processo de trabalho é marcado pela centralização e inflexibilidade, com priorização do cumprimento de metas e a produção do cuidado em sua dimensão técnica sem apoio às equipes na construção de práticas educativas em geral, particularizadas neste para as mulheres.

Isso indica que o processo de trabalho na ESF e seu gerenciamento ainda se dão nos marcos do modelo difundido por Taylor que se baseia, entre outras características, no estabelecimento de metas de produtividade e na dificuldade de comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos de uma organização⁽²⁴⁾.

Em recente entrevista concedida a Righi⁽²⁵⁾, Gastão Campos afirma que as estratégias de gestão em saúde, nos sistemas nacionais de saúde e no mundo, foram muito influenciadas pelo taylorismo que, em nome da ciência e do conhecimento, padroniza e transforma o trabalho em linhas de produção, reduzindo o/a trabalhador/a em saúde ao/à repetidor/a de diretrizes e protocolos. No entanto, complementa que ainda que seja o paradigma dominante de gestão, essa tradição nunca conseguiu se impor completamente na saúde.

É preciso ter em mente que esse paradigma traduz um sistema de poder que promove descompromisso e alienação entre a maioria dos/as trabalhadores/as. Nessa perspectiva, o processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes com os/as usuários/as⁽²⁶⁾. Com isso, a lógica gerencial tradicional não oferta espaços para reflexão e construção compartilhada de intervenções, instituindo uma hierarquia de poder verticalizada⁽²⁷⁾.

Considerando o exposto, o trabalho orientado para a produtividade por metas é uma realidade vivenciada pelas/os participantes e foi referido como obstáculo à concretização de práticas educativas para mulheres no cotidiano do trabalho na ESF. Profissionais se sentem cobrados/as pelos/as gestores/as, desmotivados/as e admitem que, mesmo percebendo a necessidade de prestar um atendimento mais qualificado de escuta e orientação frente às demandas das mulheres, isso não é feito devido à priorização do alcance de metas e de atividades administrativas.

O reconhecimento do trabalho do/a ACS representa estímulo para a continuidade de suas ações de maneira criativa, valorizando seus saberes e práticas. No presente

estudo, os depoimentos denunciam a falta de reconhecimento e de apoio por parte de gestores/as e a desvalorização do trabalho de base comunitária e coletiva, o que gera desmotivação para o trabalho em geral e para atividades educativas em específico.

A significação que esse/a trabalhador/a faz do seu trabalho e a lógica imposta, expressam-se na cobrança de produtividade por metas, ritmos excessivos e prazos curtos, somados à execução de tarefas superpostas e sem planejamento cronológico. Isso faz com que os/as ACS se percebam como trabalhadores/as pouco reconhecidos/as e pouco valorizados/as⁽²⁸⁾. Nesse contexto, importa lembrar que a trajetória de constituição dos ACS enquanto categoria profissional foi marcada por indefinições e conflitos, de forma que a regulamentação da profissão só aconteceu uma década após sua criação, em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁽²⁹⁾.

Suas atribuições consistem em promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adstrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas individuais e coletivas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos e de vigilância a saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade⁽¹⁾.

Essa amplitude de funções situa o/a ACS como trabalhador *sui generis*, pois transcendem o campo da saúde e exige-lhes atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Sua identidade comunitária e a importância do seu papel social os/as diferenciam dos demais trabalhadores da saúde, principalmente ao atuarem como mediadores entre as distintas esferas de organização da vida social, ajudando a abrir as portas da solidariedade comunitária e facilitando o acesso aos direitos sociais⁽³⁰⁾.

Assim, é possível identificar duas dimensões principais na proposta de atuação para o/a ACS: uma mais estritamente técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outra mais política, porém não apenas de solidariedade a população e de inserção da saúde no contexto geral de vida, mas também no sentido de organização da comunidade e de transformação destas condições⁽³¹⁾.

Contudo, sua atuação é constantemente conflituosa, já que a proximidade com os/as usuários/as favorece ao envolvimento com seus problemas, que também afetam esses/as trabalhadores/as, e pelas constantes cobranças para a resolução de problemas cuja solução muitas vezes ultrapassa sua governabilidade⁽³²⁾. Essas dimensões e conflitos do

trabalho dos/as ACS podem ser observados nos discursos analisados.

Interessa-nos destacar que no município em que a pesquisa foi realizada há incentivo de gratificação por produtividade para a/o ACS, com valor final dependente de metas mensais a serem alcançadas e variável de acordo com desempenho individual. Esse tipo de incentivo corresponde à adoção por parte do/a gestor/a municipal de mecanismos de valorização do/a profissional da ESF. Uma pesquisa de abrangência nacional revelou que os/as ACS são a categoria profissional para qual gestores/as oferecem maiores gratificações⁽³³⁾.

É preciso entender, portanto, que a ênfase na compreensão do trabalho do ACS e, de forma geral, da equipe multidisciplinar, a partir de sua dimensão de produtividade, pode ocasionar distorções na qualidade do trabalho, muitas vezes não perceptíveis aos próprios profissionais. Continuar atuando nessa perspectiva pode trazer consequências para a qualidade do trabalho educativo, que se dilui diante da priorização do alcance de metas⁽³⁴⁾.

Caminhar na direção da integralidade, implica em mudanças no âmbito da gestão no sentido de valorizar, incentivar e prover condições ao desenvolvimento de práticas educativas com mulheres tanto nos limites da Unidade de Saúde da Família (USF) quanto em espaços comunitários. Tais mudanças requerem um movimento conjunto entre gestores/as e trabalhadores/as no sentido de valorizar o tempo dedicado às ações de promoção da saúde, deslocando práticas tradicionais cristalizadas no núcleo de suas formações para a incorporação de uma perspectiva mais relacional, interativa, contextualizada e em consonância com as demandas mais subjetivas das mulheres.

A integralidade, portanto não é um caminho alternativo é o caminho para a materialização de políticas de saúde pelo exercício do acolhimento, da garantia de acesso, da responsabilização com resolubilidade, construindo-se vínculos. A educação em saúde nessa perspectiva aproxima pessoas, estimula a reflexão e a ação e estabelece parcerias. Para tanto, faz-se necessário gestão compartilhada disposta a se reerguer sob novos pilares, em que dialogam profissionais do cuidado, usuárias/os e gestoras/es. Nessa perspectiva, não há espaço para o modelo hegemônico, de modo que ter a integralidade como norteadora implica em nova visão de mundo que redefina organização de serviços, práticas e relações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo insere-se em realidade que contradiz os princípios e diretrizes

propostos pelo SUS para a concretização da ESF como estratégia contra hegemônica de atenção à saúde, portanto nega a integralidade. Os resultados indicam a reprodução do paradigma biomédico na organização do serviço e na produção das práticas de saúde, bem como a manutenção dos processos de trabalho e de gestão do serviço orientados para a ótica autocrática de base taylorista.

Na realidade estudada, a manutenção desses modelos tem dificultado o trabalho educativo com mulheres na perspectiva emancipatória e participativa e distanciado o cuidado da integralidade. A inexistência de intervenções educativas é justificada, sobretudo, pela estrutura física do serviço e pelo modelo de gestão ambos atendendo ao modelo clínico individual, que inviabiliza o coletivo.

A desvalorização do trabalho profissional, a falta de apoio logístico e a prioridade para a produtividade foram citados como fatores de desmotivação para o trabalho na ESF e como dificuldades para o trabalho educativo com as mulheres. Soma-se a isso a gestão centralizada e hierarquizada adotada pelos/as dirigentes. Diante disso, forma-se um ambiente de desestímulo e descrédito para o trabalho educativo, que se dilui diante da prioridade para o alcance de metas.

A ESF tem a superação da cultura biomédica como desafio primordial para a transformação desse cenário e para a construção de práticas integrais. Contudo, isso não será possível sem que também haja a reorientação dos processos de ensino-aprendizagem na formação de profissionais da saúde, ainda influenciado por esse paradigma. Assim, transformar a formação e a atenção à saúde são movimentos simultâneos e complementares. Uma alternativa a essa transformação é a inclusão de metodologias ativas no processo de formação profissional e a incorporação da Educação Permanente como forma de qualificação de trabalhadores/as para o desenvolvimento das competências exigidas ao trabalho na ESF.

Nesse sentido, enfatizamos a responsabilidade dos serviços e de gestores/as do sistema de saúde com a continuidade da formação das/os trabalhadoras/es da atenção básica. Para além das limitações existentes na formação acadêmica, considera-se necessário um olhar diferenciado, por parte das pessoas que gerenciam as unidades básicas de atenção à saúde, com a responsabilidade ética e política de instrumentalizar técnica e pedagogicamente as/os profissionais para a complexidade do trabalho na ESF e para a tarefa basilar de educar em saúde.

Esse debate nos leva a algumas reflexões: o que a gestão do SUS tem feito para qualificar seus/ suas trabalhadores/as? Que estratégias tem utilizado para aperfeiçoar as

potencialidades de profissionais da atenção básica em favor da coletividade? A inexistência de trabalhos que priorizam a educação em saúde na ESF é realmente uma consequência da escassez de recursos e déficits estruturais? Por que profissionais e gestores/as não tem valorizado a educação em saúde enquanto elemento estruturante das ações de cuidado na ESF?

Desse modo, acredita-se que reorientar as práticas desenvolvidas na conjuntura analisada exige de trabalhadores/as, mulheres (e usuários/as, num contexto mais amplo) e gestores/as da atenção básica a aposta na mudança dos modos tradicionais de gestão e de atenção adotados. A partir disso, será possível reorientar o trabalho educativo com as mulheres na ESF e desenvolver práticas educativas mais horizontais, dialógicas e participativas, capazes de impactar na resolução de problemas e que sejam sensíveis às demandas das mulheres.

Operacionalizar a integralidade, portanto, implica em mudanças das práticas e dos processos de trabalho individual e em equipe para a produção de cuidado humanizado, ético e resolutivo. Essas mudanças exigem esforço e compromisso conjunto de trabalhadores/as, usuários/as e gestores/as para revisão de valores, paradigmas e construção de estratégias mais participativas e integradoras.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
2. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface (Botucatu)*, 2005; 9(16): 53-66.
3. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*, 2013, 18(11): 3203-12.
4. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. *Rev Texto Contexto*, 2013, 22(1): 36-42.
5. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, 20(6): 1869-78.
6. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*, 2009, 62(1): 113-8.

7. Coelho EAC et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*, 2012, 25(3): 415-22.
8. BARROS AR. Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado. 2013. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
9. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2012, 46(3): 641-49.
10. Costa FR, Saraiva CEM. Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. *Rev APS*. 2012, 15(2): 148-57.
11. Junqueira MAB, Santos FCS. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. *Rev. Ed. Popular*, Uberlândia, 2013, 12 (1): 66-80.
12. Coelho E.A.C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2009, 13(1): 154-60.
13. Fonseca, RMGS, Amaral MA. Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-emancipatórias. *Rev Bras Enferm*, 2012, 65(5): 780-7.
14. Carneiro F, Agostini M. Oficinas de Reflexão - Espaços de Liberdade e Saúde. In: Trabalho Feminino e Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, 1994.
15. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 6ª ed. São Paulo: Ática. 2003. 87 p.
16. Mendes EV. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012.
17. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010, 26(12): 2234-49.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011. [citado 2015 Dez 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

19. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 2014, 12(1): 129-47.
20. Melo VH, Rio SMP, Bonito RF, Lodi CTC, Fonseca MTM, Amaral E. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2014, 9(30): 3-12.
21. Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*, 2010, 14(3): 560-566.
22. Machado, MFAS, Vieira NFC. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2009. Apr [cited 2015 Dec 14]; 17(2): 174-179. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200006>.
23. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010, 15(5): 2355-65.
24. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, 17(9):2405-14.
25. Righi LB. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 2014; 18(Supl. 1): 1145-50.
26. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc.*, 2011, 20(4): 961-70.
27. Romera AA, Barrêto AJR, Sá LD, Almeida SA, Nogueira JA, Sá CMCP. Trabalho do apoiador matricial: dificuldades no âmbito da atenção básica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013, 34(4):140-47.
28. Santos LFB, David HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. *Rev. enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2011, 19(1): 52-7.
29. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010, 20(4): 1143-64.

30. Nogueira RP, Silva FB, Ramos, ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. In: Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010, 20(4): 1143-64.
31. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. In: Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010, 20(4): 1143-64.
32. Durão AV, Morosini MV, Carvalho V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: Vieira M; Durão AV, Lopes MR (Org.). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.
33. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Monitoramento da qualidade do emprego na estratégia saúde da família - 2010: relatório técnico final. Belo Horizonte, 2010. 378p.
34. Fonseca AF, Machado FRS, Bornstein VJ, Pinheiro R. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012, 21(3): 519-27.

7.2 ARTIGO 2

O artigo “**Resistência de mulheres ao modelo biomédico de educação em saúde**” foi elaborado a partir das instruções as/os autoras/es para publicação e apresentação aos editores da **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela UNESP (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Departamento de Educação, Instituto de Biociências de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Ciências Sociais e Humanas Disponíveis no link: http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Interface_Author-Guide-portugues-Final.pdf.

RESISTÊNCIA DE MULHERES AO MODELO BIOMÉDICO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

RESISTENCIA DE LAS MUJERES PARA EL MODELO BIOMÉDICO DE LA SALUD EDUCACIÓN

WOMEN'S RESISTANCE TO THE BIOMEDICAL MODEL OF HEALTH EDUCATION

Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral^(I)

Edméia de Almeida Cardoso Coelho^(II)

Mariza Silva Almeida^(III)

^(I) Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. edmeiacolho@gmail.com

^(II) Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Professora Auxiliar do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina, PE. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Autora para correspondência. priufalcao@gmail.com

^(III) Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. marizaal@yahoo.com.br

RESUMO

A pesquisa teve como objetivos conhecer concepções e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre educação em saúde na atenção à mulher e analisar os relatos sob o enfoque da integralidade. É do tipo exploratória, qualitativa e foi desenvolvida sob o eixo teórico da integralidade. Participaram 14 profissionais da equipe multiprofissional. O material empírico foi produzido por meio de oficinas de reflexão e analisado pela técnica de análise de discurso. Quando existentes, as atividades educativas se dão sob influência do modelo biomédico, com utilização de mecanismos de poder para garantir a participação. Há resistência das usuárias a práticas educativas sob esse modelo, que tem inviabilizado o trabalho educativo emancipatório e participativo e distanciado o cuidado às mulheres da integralidade. É necessário esforço e compromisso de trabalhadores/as, usuários/as e gestores/as para revisão de valores, paradigmas e construção de estratégias mais participativas e integradoras.

Palavras- chave: Modelo Biomédico; Educação em Saúde; Atenção à Saúde da Mulher;

Educação emancipatória; Integralidade do Cuidado.

RESUMEN

La investigación orientada a describir los conceptos y prácticas de los profesionales de la estrategia de salud de la familia en la educación para la salud en la atención a la mujer y analizar los informes bajo el enfoque de integralidad. Es de tipo exploratorio, cualitativo, bajo el eje teórico de integridad. 14 equipo multidisciplinar profesional participó. El material empírico fue producido a través de talleres y analizado por análisis de discurso. Cuando sea posible, las actividades educativas tienen lugar bajo la influencia del modelo biomédico, con el uso de mecanismos de poder para garantizar la participación. Hay resistencia de los usuarios de las prácticas educativas bajo este modelo, que ha abandonado la labor educativa participativa y emancipadora y alejado de las mujeres de cuidado de la integridad. Esfuerzo y compromiso se requiere de trabajadores/as, usuarios/as y administradores/as para la revisión de valores, paradigmas y la construcción de estrategias más participativas e integradoras.

Palabras clave: modelo biomédico; Educación para la salud; Atención a la salud de las mujeres; Educación emancipadora; Integralidad del cuidado.

ABSTRACT

The research aimed to describe conceptions and practices of professionals in the family health strategy on health education on attention to the woman, and analyze the reports under the focus of completeness. Is exploratory, qualitative type, under the theoretical axis of completeness. 14 professional multidisciplinary team participated. The empirical material was produced through workshops and analysed by analysis of speech. When available, the educational activities take place under the influence of the biomedical model, with use of power mechanisms to ensure participation. There is resistance from users the educational practices under this model, which has abandoned the emancipating and participatory educational work and distanced the care women of completeness. Effort and commitment is required of workers, users and administrators to review of values, paradigms and construction of more participative and integrative strategies.

Keywords: biomedical model; Health education; Attention to women's health; Emancipatory education; Completeness of the care.

INTRODUÇÃO

Descreve-se educação em saúde como um processo de construção e de reconstrução do conhecimento, com enfoque em ações que auxiliem na cidadania, na autonomia do cuidado às pessoas, grupos e comunidades, bem como no exercício do controle social. Para isso, as práticas educativas em saúde são preconizadas numa ótica dialógica, emancipadora, participativa, criativa e ancorada na subjetividade inerente aos seres humanos, aproximando-se do pensamento educacional freireano¹.

A educação em saúde é um forte componente das atribuições das Equipes de Saúde da Família (ESF) e tem como uma de suas principais características o desenvolvimento de ações educativas grupais, que possam interferir no processo de saúde e adoecimento da população. Tem como pressupostos: desenvolvimento da consciência crítica das pessoas quanto a sua inserção social e a suas condições de vida e saúde; compartilhamento de conhecimentos que derivem das experiências; potencialização de processos coletivos para organizar e concretizar ações de mudança. Pretende ir além de uma perspectiva preventiva e de uma abordagem diretiva, ampliando-se na direção de uma práxis construtiva, pautada no desenvolvimento do diálogo².

No campo da saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), propõem atividades educativas centradas na participação ativa das mulheres nos processos decisórios relativos ao cuidado a sua saúde. No entanto, observa-se que as proposições políticas não se concretizam nas práticas de atenção à mulher no cotidiano da ESF, onde frequentemente tem-se encontrado sobreposição da clínica e desvalorização dos processos educativos nas ações de cuidado. Pesquisas apontam que as mulheres tem se distanciado da ESF pela baixa resolutividade de suas ações, descontinuidade das equipes, falta de insumos e a manutenção do modelo técnico nas práticas de atenção³⁻⁴.

Profissionais de saúde tem demonstrado a limitada capacidade de escuta das necessidades dos/as usuários/as, e não tem reconhecido as demandas mais subjetivas, não orgânicas, como uma demanda legítima aos serviços de saúde⁵. Contribui para essa limitação a insuficiência da formação acadêmica para o trabalho com a comunidade e o desestímulo em adotar a educação em saúde como estratégia para a promoção da saúde na prática profissional⁶.

Com base no exposto, a educação em saúde é proposta como um dos eixos a nortear as práticas com perspectiva de reorientar o cuidado à mulher na ESF. No

transcorrer das experiências profissionais das pesquisadoras com mulheres usuárias da ESF, as limitações existentes para práticas educativas sistemáticas sempre existiram. A falta de espaços de escuta e reflexão com os diversos grupos, seja por dificuldades inerentes ao processo de trabalho, seja por indisponibilidade profissional, é motivo de constante inquietação.

Observações empíricas nos mostram que a inexistência de iniciativas educativas participativas contribui para a manutenção da cultura curativista nos serviços de saúde, de modo que ações orientadas por essa lógica não tem respondido às necessidades e demandas das mulheres nem produzido impactos na melhoria do estado de saúde desse grupo. Ainda que esse seja um problema constantemente abordado e diagnosticado em pesquisas, faltam estudos que promovam intervenções voltadas à mudança dessa realidade.

Diante da relevância do tema e do interesse em debater o processo educativo com mulheres no âmbito da ESF, este estudo teve como objetivos conhecer concepções e práticas de profissionais da ESF sobre educação em saúde na atenção à mulher; e analisar os relatos profissionais sobre educação em saúde sob o enfoque da integralidade do cuidado.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, que tem integralidade como eixo teórico. Como um princípio norteador do SUS, a integralidade tem no campo das práticas um espaço privilegiado para a materialização da saúde como direito e como serviço. Como eixo norteador de uma política, deverá ser construída cotidianamente, na permanente democratização das interações entre as pessoas, sustentada por valores emancipatórios que garantam a autonomia, exercício da solidariedade e reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter⁷.

Nesse sentido, a integralidade é um princípio que permite compreender, apreender e responder às demandas de saúde das pessoas como também de grupos sociais homogêneos, devendo ser assumida com perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre as diferentes formas de perceber suas necessidades de saúde⁸.

No âmbito da atenção às mulheres, orientamos nosso olhar pela integralidade defendendo-a como “a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital

feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres”⁹. Essa perspectiva considera a integralidade dimensão indispensável às práticas de cuidado às mulheres na ESF, de modo que se mostra como princípio útil para as análises realizadas.

O estudo contou com a participação de 14 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município no interior de Pernambuco, atuantes em equipes multiprofissionais de saúde da família. Entre ela/es duas enfermeiras, dois médicos, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma técnica de enfermagem e sete agentes comunitário/as de saúde (ACS).

Todas/os foram caracterizada (o)s por meio de formulário de identificação, de autoria das pesquisadoras. As/os participantes da pesquisa tinham idade entre 28 e 54 anos. Quanto aos níveis de escolaridade, seis tinham nível superior completo, cinco ensino médio completo e três tinham ensino superior incompleto. Apenas uma das enfermeiras e um dos médicos citaram ter pós-graduação nas áreas de Saúde Pública e de Medicina da Família, respectivamente. O tempo mínimo de atuação no serviço foi de três meses e o máximo de vinte e dois anos. Apenas nove profissionais afirmaram realizar trabalho educativo com mulheres, sendo a palestra o método predominantemente adotado para esta prática na ESF em estudo, citada por seis profissionais.

O material empírico foi produzido por meio de uma oficina de reflexão. Oficinas foram escolhidas como técnica de produção do material empírico por serem espaços de aprendizagem e de produção coletiva do conhecimento, e por ser método de trabalho capaz de promover reflexão e discussão de questões ligadas ao cotidiano de mulheres¹⁰. Por ser técnica problematizadora da realidade, considerou-se adequada para se trabalhar questões ligadas às práticas educativas em saúde desenvolvidas com mulheres usuárias da ESF.

A oficina foi desenvolvida seguindo as etapas de apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação; descontração/ relaxamento. Utilizou-se um gravador de voz para registro dos discursos que foram transcritos na íntegra. As falas foram identificadas com nomes fictícios para manter o anonimato das/os participantes.

O objetivo da oficina foi promover reflexão e discussão com equipe multiprofissional sobre práticas educativas desenvolvidas com mulheres na ESF,

nomeada “A educação em saúde que pratico” e resultou neste artigo. O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso segundo Fiorin¹¹. Para esse autor, o discurso é uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem, enquanto o texto é individual, estruturando-se em níveis de abstração crescente. Na leitura do texto, o que é percebido imediatamente está no nível da aparência, e, para se chegar ao nível mais abstrato, são estudados os elementos discursivos, sendo revelada a visão de mundo das pessoas inscritas nos discursos.

Para operacionalização dessa técnica, foram seguidas as etapas propostas pelo autor: realizar leituras de todo o texto para localizar os elementos concretos (figuras) e abstratos (temas) que conduzam a um mesmo bloco de significados; agrupar as informações de acordo com os elementos significativos (concretos e abstratos) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significados; depreender os temas centrais para a formulação de categorias empíricas a serem analisadas em articulação com o eixo teórico e a literatura pertinente.

Esse estudo atendeu ao rigor científico e aos preceitos éticos exigidos pelo Conselho Nacional de Saúde de acordo com a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo o anonimato, a privacidade, a participação voluntária e a utilização científica dos resultados. A participação foi livre e voluntária mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas/os participantes, com aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, mediante Parecer de número 815.565, emitido em 01 de Outubro de 2014.

RESULTADOS

As atividades educativas referidas por profissionais no nosso estudo se dão no formato de palestras e orientações individuais. Ao se referirem às práticas educativas que exercitam pontualmente, demonstram a incorporação de um modelo de educação em saúde de base tecnocrata, em que predomina o monólogo profissional e a unilateralização do saber. Há, portanto, convergência com a orientação da prática clínica, negando-se às usuárias a oportunidade de reflexão e de discussão sobre a realidade, o que abriria caminhos ao empoderamento.

[...] Formar grupos de mulheres grávidas [...] é uma fase da vida que a mulher tá muito sensível e é mais fácil você passar informações e ela reter essas informações [...] se fosse possível, porque aqui é complicado formar grupo. (João, D)

[...] eu só consigo orientar nas minhas visitas domiciliares, eu sempre oriento, vou todo mês com orientação [...] (Ruth, ACS)

Impossível dar uma palestra educativa com um número grande de pessoas [...] enquanto os pacientes estão esperando os médicos atenderem, uma das técnicas tá lá orientando as pacientes [...] acho que uma maneira de dar mini palestras educativas e aproveitar esses momentos. (Maria, ASB)

A responsabilidade por não haver atividades educativas sistemáticas é atribuída às mulheres, ao afirmarem que elas não se interessam. Desse modo, profissionais da unidade se isentam e justificam de diferentes maneiras, conforme se pode ler a seguir:

Então, começa assim, a população, no geral, não gosta! Não quer! Ela [a mulher] não quer esperar meia hora para ouvir alguém orientando ela, a grande maioria, não todas. E quando entram no consultório, ela já fica [...] de olho pra porta, só pra pegar a receita e sair [...] (Davi, M)

A maioria das mulheres vão para as palestras, mesmo sem tá a fim de ouvir aquele blá blá blá, mas elas vão por que no final elas querem a prescrição do anticoncepcional, do método, seja ele qual for [...] não adianta você marcar palestra, falar todos os métodos e depois a pessoa sim, eu quero... eu não posso dar! Você vai ter que marcar uma consulta com o médico pra ele prescrever. Então, aí ela já não vem [...] (Marta, E)

Uma coisa que a gente percebe é que depois da AME a demanda aumentou bastante. Antes a gente fazia uma palestra na escola, a gente fazia uma coisa ou outra, agora ... (Paula, TE)

[...] como eu não consigo fazer palestra aqui, vez por outra eu reúno as minhas gestantes na minha sala e falo em algum tema. (Rosa, E)

As relações de poder são evidentes nas estratégias utilizadas pela equipe para garantir atividades educativas segundo a concepção das/os profissionais. Essas se distanciam cada vez mais da integralidade, visto que a coerção é utilizada como estratégia pelo grupo de participantes para conseguir trabalhar coletivamente a educação em saúde, não só junto às mulheres, mas a outros grupos prioritários na ESF:

O que foi que a gente fez? Desmembrou o grupo [se refere ao grupo de hipertensos, que inclui mulheres] e tinha deles que chegava era assim: eu só vim... então o senhor volte, por que a gente ainda vai dar a palestra, após a palestra vai ter o lanche, após o lanche a prescrição médica. E a gente bateu o pé! Eles iam embora! [...] pois o senhor vai marcar pro dia que abrir a agenda. O que que a gente conseguiu com isso? Não tá um número imenso, mas a gente conseguiu firmar aquele grupo, bem assim foi o grupo de criança, bolsa família... foi a chave na minha área. Não vai não pra puericultura? Não... pronto! Tem bolsa família? Tenho. Vou notificar. Ótimo! Todo mês tá lá todos os 19, menor de ano pela manhã e os maior de ano a tarde. Mas, você tem que usar

uma forma de pressão. A comunidade é dessa forma... (Antônia, ACS).

Aí você leva merenda, faz sorteio de brinde pra atrair e elas não vão, vai uma, vai duas, é complicado.” (Marta, E)

DISCUSSÃO

Historicamente, o paradigma hegemônico tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços, a produção de conhecimentos e práticas de saúde. O modelo biomédico tem sua utilidade reconhecida por propiciar pronta intervenção sobre as doenças, contudo tem sido criticado e repensado, sobretudo por estar centrado no individualismo, no curativismo, no tecnicismo, no intervencionismo, na medicalização, na especialização, e na desvalorização dos determinantes sociais do processo saúde-doença¹².

Essa perspectiva de atenção exclui iniciativas que promovam a participação popular na promoção da saúde e que valorizem as demandas individuais e coletivas por ações que extrapolam o plano da doença. Esse modelo assistencial tem sobrevivido nas práticas de atenção à saúde mesmo após a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), com a implantação e ampliação da ESF.

Assim, alguns desafios se colocam para equipes profissionais que atuam nos níveis primários de atenção à saúde, a exemplo da ESF. Entre os problemas a serem superados, estão as dificuldades que se tem apresentado ao trabalho em equipe e à implantação da integralidade; a formação profissional inadequada ou insuficiente para o trabalho na saúde da família; as necessidades de superação dos déficits nas condições de trabalho; e o enfrentamento das relações assimétricas entre profissionais e usuários/as¹³.

No que se refere à educação em saúde, o principal problema a ser transposto são as práticas orientadas pelo modelo hegemônico, que prescreve a mudança de comportamentos individuais por meio da transmissão vertical de informações que ditam hábitos a serem adotados para a manutenção da saúde¹⁴. Essa lógica reproduz um processo educativo assimétrico entre profissionais e usuários/as, já que o conteúdo transmitido assume status de verdade absoluta, enquanto o/a usuário/a é visto/a como carente de informações e tem sua experiência de vida e saber popular desvalorizados.

No entanto, para além das questões estruturais e operacionais, uma análise diferenciada mostra que o reduzido apoio recebido pelas equipes da ESF à realização das ações educativas na perspectiva da educação popular, se dá em função da desvalorização da mediação educativa como possibilidade de instaurar novas relações e processos nas

práticas de saúde. Isso se torna mais evidente quando o conhecimento clínico e a formação acadêmica são tomados como suficientes para a concretização de práticas educativas, dispensando a reflexão metodológica necessária¹⁵.

Os discursos analisados valorizam práticas educativas tradicionais, desenvolvidas predominantemente no plano individual, em forma de palestras, com caráter vertical, informativo e prescritivo, baseadas em temáticas predefinidas com destaque para a saúde reprodutiva das mulheres. Esse modelo convencional, embora tenha sua utilidade, tem encontrado resistência por parte de usuárias, pois se mostra descontextualizado e desconsidera suas especificidades e necessidades de saúde.

Essas práticas se distanciam da integralidade na atenção à saúde da mulher, mantendo na invisibilidade as demandas emanadas dos contextos em que se estabelecem. E, apesar de profissionais acreditarem na efetividade das ações educativas individuais, o que se tem observado na prática é que as mudanças de comportamento assumem caráter transitório e pouco resolutivo, não promovem transformações na condição de saúde das mulheres, tampouco ajudam na construção da consciência crítica no processo de autonomia para as decisões sobre sua saúde.

Exercitar a integralidade requer compreender a complexidade das pessoas que utilizam os serviços, considerando o contexto em que se inserem e suas especificidades na oferta de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação em busca de um cuidado integral que seja o mais equânime possível. Quando se fala em integralidade do cuidado, é preciso entender que esse princípio é contrário à abordagem fragmentária e reducionista das pessoas. Desse modo, quem executa ações de cuidado precisa considerar a pessoa em sua pluralidade e em sua totalidade, em busca de transcender a doença e o sofrimento manifesto e ter percepção ampliada de suas necessidades¹⁶.

Na opinião de Gomes¹⁷, as dificuldades de atender à saúde das mulheres de forma integral são decorrentes das abordagens reducionistas; da descontextualização da mulher no campo das relações de gênero; do domínio quase que exclusivo da heteronormatividade; de questões estruturais que limitam o acesso à saúde; e de comprometimentos na quantidade e na qualidade da prestação dos serviços de saúde. Isso faz com que as mulheres usuárias continuem enfrentando cotidianamente dificuldades para o atendimento de suas demandas, geradas em contextos de desigualdades sociais. É preciso reconhecer que a reprodução das práticas nesses padrões não tem conseguido dar conta da pluralidade de problemas vivenciados pelas mulheres nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A recusa das mulheres em participar das atividades educativas convencionais é um indicativo da baixa resolutividade desse modelo nas respostas às suas demandas. Há o reconhecimento de que, quando há o necessário apoio logístico, a condição de desinteresse permanece, reafirmando que a educação bancária praticada por essas/es trabalhadoras/es não atende aos interesses das mulheres. Constata-se, portanto, que a aceitação de uma nova perspectiva de cuidado, proposta pelas bases doutrinárias do SUS e da ESF, que inclui a participação ativa em processos educativos direcionados à emancipação, autonomia e consciência crítica das pessoas, não tem se concretizado.

Esta conduta tem sido entendida, sobretudo, como um reflexo da formação profissional, pois o que se evidencia, na maioria dos estudos, é que os cursos de graduação ainda conservam o modelo bancário de ensino, no qual se preserva a transferência do conhecimento de forma fragmentada e verticalizada, havendo um descompasso entre os currículos das universidades e o atendimento de uma demanda para suprir as reais necessidades sociais⁶.

Esse tipo de formação constitui obstáculo ao pleno desenvolvimento do potencial de profissionais de saúde, pois considera a educação como ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos para seres de adaptação e ajustamento, passivos, ingênuos, acríticos e com poder criador mínimo¹⁸.

A sobreposição da clínica nas práticas profissionais também pode ser consequência da valorização da cultura curativista por usuárias/os da ESF, resultado da intensa medicalização à que todos/as fomos submetidos/as, profissionais e usuário(a)s dos serviços de saúde, principalmente no século passado¹⁹. A crença do/a usuário/a que a procura pelo serviço deve ser motivada por doença ou sintoma é uma barreira às práticas educativas, já que inexistente interesse e envolvimento de usuária/os com a equipe, dificultando o desenvolvimento efetivo de atividades propostas para a promoção da saúde⁶.

Ante o exposto, mudanças curriculares são necessárias para transformar a visão flexneriana da saúde em uma proposta de produção de cuidados, acolhimento e humanização, questões centrais no processo de reorientação do trabalho em saúde⁽²⁰⁾. Por formarem profissionais que lidam com a saúde e com a vida das pessoas, os cursos de graduação necessitam repensar a formação e as práticas pedagógicas, ainda inspiradas no modelo hegemônico²¹. Na visão de Mendes, “diferentemente do que se tem encontrado hoje, espera-se que a formação de profissionais da ESF seja radicalmente diferente, inscrita num paradigma pós-flexneriano e focada numa visão holística e não prescritiva

que é a base da atenção colaborativa e centrada na pessoa”^{12:245}.

Assim, repensar reformas nos currículos das profissões da saúde requer considerar a necessidade de compatibilizar a formação às necessidades do campo prático, que traz complexas demandas não orgânicas, sociais, coletivas e individuais, incapazes de serem atendidas integralmente pelo paradigma biomédico.

Além das transformações no campo acadêmico, podemos citar a importância de qualificar profissionais para o trabalho na ESF. Nesse contexto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é proposta como ação estratégica para transformar e qualificar as ações em saúde, a partir da reestruturação dos processos e das práticas pedagógicas na formação dos/as profissionais de saúde. Essa Política busca aproximar a educação da vida cotidiana, com o objetivo de transformar as situações diárias em aprendizagem, por meio da análise reflexiva dos problemas da prática²².

Outro aspecto da pesquisa que merece destaque é o uso da coerção silenciosa pelas/os profissionais para estimular a participação de usuários/as no processo educativo em saúde. Mediante a falta de escolha, os grupos educativos formam-se por ameaça de perder benefícios sociais, o que demonstra o desconhecimento das pessoas sobre seus direitos e a falta de empoderamento para decidir sobre sua participação consciente nas atividades. Considera-se esse tipo de recurso prejudicial, tendo em vista que a barganha e a coerção comprometem a participação, devendo ser desestimulados.

Além disso, reforça práticas como o clientelismo e o assistencialismo e, no momento em que deixam de existir, o/as usuário/as não mais participam. Faz-se necessário, dessa forma, que o processo educativo se dê de forma consciente, livre e por opção de vivenciar a ação educativa²³. É preciso reconhecer que essa estratégia reforça as relações de poder que mantêm as mulheres na situação de opressão, condições contrárias aos ideais de liberdade e de emancipação, requisitos para práticas educativas participativas e dialógicas aqui defendidas. Acreditamos que a educação deve ser um ato coletivo, solidário, não impositivo e que a tarefa de educar se faz por meio de trocas entre pessoas que devem ter suas distintas formas de conhecimento reconhecidas.

A educação em saúde deve ser entendida como uma prática integral que pode e deve ser agregada às práticas de atenção à saúde em todos os momentos e espaços, implementando-a como uma atividade que foca a interação entre os diferentes saberes e enfatiza o vínculo com a comunidade²⁴. Nesse contexto, defendemos os ideais de educação freireanos que tem a reflexão sobre a realidade e o diálogo como instrumentos articuladores da troca de experiências entre educador/a e educando/a, com potencial para

aprendizagem mútua por meio de processo emancipatório.

Essa ideia propõe a educação como uma relação crítica-dialógica em que a liberdade é um pressuposto fundamental que permite às pessoas problematizar sua realidade e se tornar agentes de mudança por meio de uma ação consciente²⁵. Transpor essa pedagogia para o plano das práticas educativas com mulheres na atenção básica significa transformar e superar as práticas tradicionais de cuidado por meio de relações horizontais e dialógicas entre os serviços de saúde, os/as agentes que neles atuam e as mulheres usuárias do sistema. Assim, planejar as ações com base nas experiências das mulheres é valorizar suas condições concretas de existência e suas formas específicas de saber, com potencial para transformar as ações de cuidado e humanizar o processo educativo em saúde para mulheres, aproximando-se da integralidade.

CONCLUSÃO

Na realidade estudada, a manutenção do paradigma biomédico na organização do serviço e na produção das práticas de saúde tem inviabilizado o trabalho educativo com mulheres na perspectiva emancipatória e participativa e tem distanciado o cuidado às mulheres da integralidade. Ações educativas participativas não encontram espaço nas práticas de saúde direcionadas às mulheres na ESF e sua inexistência parece não afetar o modelo que sustenta o serviço em estudo. Quando elas existem, tanto individual quanto coletivamente, orientam-se pelo paradigma dominante com prioridade para ações de cunho informativo, cuja metodologia principal é a palestra.

Nesse contexto, tem sido negligenciado o acolhimento das demandas mais subjetivas das usuárias, com desenvolvimento de práticas que desconsideram a complexidade e a diversidade de demandas e o contexto em que são geradas. Essa proposta de trabalho tem sido rejeitada pelas usuárias, numa clara demonstração de que o modelo convencional não tem atendido suas demandas. Dessa forma, a ESF tem na superação da cultura biomédica o desafio primordial para a transformação desse cenário e para a construção de práticas que caminhem na direção da integralidade.

Contudo, isso não será possível sem que também haja a reorientação dos processos de ensino-aprendizagem na formação e na qualificação de profissionais da saúde, ainda influenciado pelo modelo médico assistencial. A nível de gestão e a curto prazo, para a resolução de algumas limitações encontradas na realidade em estudo, pode-se sugerir a implantação de um núcleo de educação permanente para profissionais da ESF, com participação de gestores/as, coordenadores/as e profissionais, com desenvolvimento de

atividades periódicas de qualificação em serviço, que considerem as particularidades de cada equipe, de cada território e de suas coletividades.

Em nível local, profissionais da ESF podem promover encontros com lideranças comunitárias e representantes de grupos prioritários, como no caso das mulheres, a fim de desenvolver parcerias e viabilizar o trabalho educativo, buscando soluções conjuntas para as dificuldades encontradas ao desenvolvimento do trabalho educativo. A longo prazo, essas parcerias podem ampliar-se a instituições acadêmicas regionais para o desenvolvimento de cursos de capacitação, aperfeiçoamento e/ ou especialização em Saúde da Família e áreas temáticas de interesse local e regional.

Tais ações seriam uma forma de a gestão se comprometer com a capacitação e qualificação de seus/suas trabalhadores/as não só para o trabalho educativo, mas para as competências gerais requeridas ao trabalho na atenção básica. São iniciativas possíveis de se concretizar e que podem transformar a lógica da organização dos serviços e práticas de saúde locais, com possibilidades de abrangência para outras realidades regionais, estaduais ou nacionais.

Essas mudanças exigem esforço e compromisso conjunto de trabalhadores/as, usuários/as e gestores/as para revisão de valores, paradigmas e construção de estratégias mais participativas e integradoras. É necessário ter em mente que, para que as ações sejam sensíveis às demandas orgânicas e não orgânicas das usuárias, é preciso abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar métodos que valorizem o diálogo e a escuta.

Quando a educação em saúde problematiza e valoriza o contexto de vida das mulheres, torna-se importante instrumento de empoderamento para promoção a sua saúde, por meio do qual é possível alcançar a integralidade. Inserir a educação em saúde nas práticas assistenciais de cuidado no âmbito da ESF é também uma forma de moderar e fortalecer as mulheres na construção de consciência crítica para a autonomia, reconhecimento e exercício de seus direitos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011. [Citado 2015 Ago 14]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>

gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

2. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2010 [citado 2015 Ago. 30]; 18(1): 55-60. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>
3. Barros AR. Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado. 2013. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
4. Santos, APV. Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.
5. Faria RC, Campos EMS. Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. Rev APS. 2012 abr/jun; 15(2): 148-157.
6. Junqueira MAB, Santos FCS. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. Rev. Ed. Popular, Uberlândia, 2013 jan./jun., 12(1): 66-80.
7. Pinheiro R. Atenção básica à saúde: Um olhar a partir das práticas de Integralidade em saúde. Rev. Min. Enf, abr/jun, 2005, 9(2): 174-78.
8. Braga PP, Sena RR. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. Rev Rene, 2010, 11(n. esp): 142-9.
9. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, mar. 2009, 13(1): 154-60.
10. Fonseca, RMGS, Amaral, MA. Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-emancipatórias. Rev Bras Enferm, Brasília, set.-out., 2012, 65(5): 780-7.
11. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 6ª ed. São Paulo: Ática. 2003. 87 p
12. Mendes EV. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012.
13. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, 2015, 20(6):1869-1878.
14. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface- Comunic,

Saúde, Educ, fev. 2005, 9(16): 39-52.

15. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 2004, 8(15): 259-74.

16. Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery [Internet]*. 2010 Sep [cited 2015 Aug 31]; 14(3): 560-566.

17. Gomes R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Editorial, Mai 2011, 16(5): 2358.

18. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 48.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

19. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, jan./abr. 2014, 12(1): 129-47.

20. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*, Brasília, jan-fev 2009, 62(1): 113-8.

21. Camillo SO, Nóbrega MPSS; Théo NC. Percepções de graduandos de enfermagem sobre a importância do ato de ouvir na prática assistencial. *Ver Esc Enferm USP*, 2010, 44(1): 99-106.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

23. Machado MFAS, Vieira MFC. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. 2009, 17(2): 174-79.

24. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(Supl. 1):1547-54.

25. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*-21ª Edição-São Paulo. Editora Paz e Terra, 2002.

7.3 ARTIGO 3

O artigo “**Sexualidade na adolescência como demanda para educação em saúde**” foi elaborado a partir das instruções às/aos autoras/es para publicação e apresentação aos editores da **Revista Latino Americana de Enfermagem**, órgão oficial de divulgação científica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Centro Colaborador da Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, disponíveis no link: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/pinstruc.htm>.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA COMO DEMANDA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral¹

Edméia de Almeida Cardoso Coelho²

Mariza Silva Almeida³

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Professora Associada da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. edmeiacolho@gmail.com

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Professora Auxiliar do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina, PE. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. prufalcao@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. marizaal@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: promover reflexão e discussão com profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre demandas de mulheres adolescentes no âmbito da sexualidade que requerem educação em saúde e analisar as demandas apresentadas sob a perspectiva de gênero. **Método:** pesquisa exploratória, qualitativa, desenvolvida com 15 profissionais de saúde em unidade de Atendimento Multiprofissional Especializado. Utilizou-se oficina de reflexão para a produção do material empírico e análise de discurso para análise dos dados. **Resultados:** As/os participantes elegeram o exercício da sexualidade e seu desfecho em gravidez como prioridade para educação em saúde. Os resultados mostraram que há limites profissionais para reflexões crítico-emancipatórias sobre sexualidade. **Conclusão:** a proposta educativa elaborada pela equipe multiprofissional da ESF deve ser precedida por um trabalho com a equipe, tendo em vista adolescentes poderem ser constrangidas por julgamentos morais, segundo referência de quem as atende no serviço de saúde.

Descritores: Sexualidade; Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família;

Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

Descriptors: Sexuality; Health Education; Family Health Strategy; Health Services Needs and Demands.

Descriptoros: Sexualidad; Educación em Salud; Necesidades y Demandas de servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase da vida entre a infância e a idade adulta, caracterizada por sucessivas mudanças de crescimento e de desenvolvimento biopsicossocial, em que é frequente o início da vida sexual. É um período em que se intensificam a descoberta do próprio corpo e do prazer que culminam na formação da identidade sexual. Portanto, uma fase que deve ser compreendida e acompanhada pela família, escola e Estado em contexto que proporcione o desenvolvimento do/a adolescente.

Nesse período de muitas transformações, adolescentes precisam de apoio, compreensão e informações claras. Necessitam, ainda, da garantia de suporte afetivo e de espaços permanentes para questionamentos, reflexões e diálogos, que favoreçam o desenvolvimento de seu potencial como um ser social¹. No entanto, a realidade que se coloca para tal grupo é dicotômica: de um lado, a superexposição do corpo e da sexualidade e de outro, um moralismo que impede que o assunto seja discutido profundamente e contribua para a formação de consciências e opiniões².

Para Guacira Louro³ a construção da identidade de gênero e “das sexualidades dá-se através de inúmeras aprendizagens e práticas, insinua-se nas mais distintas situações, é empreendida de modo explícito ou dissimulado por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais”. Trata-se de um processo dinâmico e inacabado do qual fazem parte a família, a escola, a igreja, as instituições legais e médicas e que é

influenciado pelos contextos social, cultural e histórico em que a sexualidade, essencial na constituição da personalidade histórica e social das pessoas, está sujeita a mudanças temporais⁴.

Desse modo, entende-se a sexualidade como um processo simbólico e histórico, em que a identidade de uma pessoa é materializada na forma como ela vive as questões de trato íntimo, consideradas as questões morais e éticas do grupo social em que se insere⁵. Nas diferentes possibilidades de expressão da sexualidade humana, jovens se mostram sem a devida informação, destacando-se a pouca participação da família e da escola como instituições primeiras a contribuir por meio da educação sexual. No âmbito da atenção à saúde, tem destaque a rede de atenção básica que deveria oferecer suporte educativo e acesso aos meios de proteção à saúde de adolescentes no exercício da sexualidade.

Apesar dessa assertiva é comum que pais e mães se sintam despreparados/as e transfiram a educação sexual de filhos/as para a escola ou outras instituições. Contudo, apesar de suas proposições políticas e pedagógicas, os setores educacionais se mostram ineficientes em cumprir esse papel, tal qual pais e mães. A sociedade, por sua vez, oferece informações pouco precisas e nem sempre confiáveis⁶⁻⁷.

Tais dificuldades em orientar as/os jovens no campo da sexualidade, pela omissão ou disseminação equivocada de informações pelas instâncias citadas, expõe esse grupo a comportamentos sexuais de risco, o que, aliado às diferentes maneiras como cada um/a vivencia o adolescer, amplia suas vulnerabilidades. A gravidez precoce, as doenças sexualmente transmissíveis, o aumento à exposição ao HIV/ AIDS, o uso de drogas e a exposição à violência são exemplo de problemas prevalentes que tem comprometido a saúde física, sexual e emocional desse grupo e que tem preocupado as autoridades públicas.

É nesse contexto que profissionais de saúde se destacam, tendo fundamental importância no que diz respeito à promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Tendo em vista as especificidades desse grupo, para que o exercício da sexualidade se dê com proteção à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se configura como facilitadora da informação e do acesso a meios que promovam a saúde e reduzam vulnerabilidades, sob os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar desse entendimento, na prática adolescentes são invisibilizadas/os não sendo reconhecidas suas especificidades etárias, o que acarreta atenção à saúde descontextualizada e desconsidera suas particularidades.

No tocante às ações de saúde, sexualidade, corpo e gravidez precoce são temáticas relevantes, de modo que refletir e discutir sobre esses temas é necessário tanto para ajudar adolescentes a vivenciar melhor o processo de adolecer, quanto para instrumentalizar pais/mães e educadores/as para abordarem o tema. Entende-se que, para isso, o diálogo é fundamental e precisa ter caráter acolhedor, ser informativo e ser utilizado pela escola, família e profissionais de saúde. Desse modo, a educação em saúde, como um dos eixos a nortear as práticas de cuidado a diferentes grupos na ESF, mostra-se essencial para trabalhar questões referentes à sexualidade na adolescência.

Entende-se Educação em Saúde como “um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua ‘participação real’ no exercício do controle social”⁸. Essa representa um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito da atenção à saúde devem ser vivenciadas e compartilhadas por trabalhadores/as da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde⁸. Tais práticas devem orientar-se por metodologias ativas, baseadas no diálogo crítico e

reflexivo, capaz de promover a autonomia e abrir espaços para o empoderamento no cuidado à saúde individual e coletiva de modo autônomo visando à resolução de conflitos.

Considerando a relevância da temática e com intuito de contribuir na instrumentalização de profissionais da ESF para ampliar e qualificar o cuidado a adolescentes, este artigo teve por objetivos promover reflexão e discussão com profissionais de saúde da ESF sobre demandas de mulheres adolescentes no âmbito da sexualidade que requerem educação em saúde e analisar as demandas apresentadas sob a perspectiva de gênero.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório de natureza qualitativa, que tem gênero como categoria analítica, considerando ser gênero “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, como também uma forma primeira de significar as relações de poder” (p.14). É por esse meio que o poder é articulado nos diferentes espaços sociais e seu uso como categoria explicativa de análise permite operar mudanças e sair da polaridade essencialista e a-histórica. Assim, o eixo de reflexão sobre as relações entre homens e mulheres passa a ter como foco as construções culturais, sociais e históricas das relações de gênero⁹. Tendo em vista sexualidade se tratar de uma temática historicamente construída com transversalidade de gênero, considera-se pertinente seu uso como categoria de análise no presente estudo.

Participaram da pesquisa 14 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do interior de Pernambuco, com representação das quatro equipes multiprofissionais de saúde da família atuantes em uma unidade de Atendimento Multiprofissional Especializado (AME). Entre elas/es duas enfermeiras, dois médicos, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), duas técnicas de enfermagem

e sete agentes comunitário/as de saúde (ACS). Esse artigo é um recorte de uma dissertação de mestrado, sendo utilizadas falas de oito profissionais, por valorizarem a temática sexualidade.

A obtenção de informações sobre participantes com o fim de caracterização, foi feita por meio de formulário de identificação. Os/as profissionais tinham idade entre vinte e oito e cinquenta e quatro anos e, dentre essas, seis tinham nível superior completo, cinco ensino médio completo e três tinham ensino superior incompleto. Apenas uma das enfermeiras e um dos médicos citaram ter pós-graduação nas áreas de Saúde Pública e de Medicina da Família, respectivamente. O tempo mínimo de atuação no serviço foi de três meses e o máximo de vinte e dois anos. Nove profissionais afirmaram realizar trabalho educativo com mulheres, sendo a palestra o método predominantemente adotado para esta prática.

O material empírico foi produzido por meio de duas oficinas de reflexão, entendidas como espaço de aprendizagem e de produção coletiva do conhecimento sobre o objeto de estudo. As oficinas tiveram como propósito promover reflexão e discussão com profissionais da ESF sobre demandas de mulheres adolescentes que requerem educação em saúde.

A oficina de reflexão representa uma prática de Educação em Saúde entendida como um espaço coletivo de construção de um saber transformador, onde profissionais e usuárias/os utilizam experiências cotidianas concretas para firmar suas posições e decisões¹⁰.

As oficinas foram desenvolvidas seguindo as etapas propostas pelos autores: aquecimento, exercício inicial com exercícios lúdicos para promover relaxamento, integração e vínculo entre participantes; desenvolvimento do tema por meio de método(s) que mobilize(m) as experiências cotidianas de vida e/ou trabalho do grupo; socialização

do tema proposto a partir troca de vivências; síntese e avaliação final da vivência grupal e das experiências compartilhadas.

Cada oficina teve duração de três horas e foi utilizado gravador de voz para registro dos depoimentos, que foram transcritos na íntegra. A identificação das participantes foi feita com nomes fictícios a fim de manter seu anonimato.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso segundo Fiorin¹¹. Para esse autor, o discurso é uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem, enquanto o texto é individual, estruturando-se em níveis de abstração crescente. Na leitura do texto, o que é percebido imediatamente está no nível da aparência, e, para se chegar ao nível mais abstrato, são estudados os elementos discursivos, sendo revelada a visão de mundo das pessoas inscritas nos discursos.

Para operacionalização dessa técnica, foram seguidas as etapas propostas pelo autor: realizar leituras de todo o texto para localizar os elementos concretos (figuras) e abstratos (temas) que conduzam a um mesmo bloco de significados; agrupar as informações de acordo com os elementos significativos (concretos e abstratos) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significados; depreender os temas centrais para a formulação de categorias empíricas a serem analisadas em articulação com o eixo teórico e a literatura pertinente. Apresentamos neste artigo uma das categorias do estudo.

Este estudo atendeu ao rigor científico e aos preceitos éticos exigidos pelo Conselho Nacional de Saúde de acordo com a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo o anonimato, a privacidade, a participação voluntária e a utilização científica dos resultados. A participação foi livre e voluntária mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas/os participantes, com aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal

da Bahia, mediante Parecer de número 815.565, emitido em 01 de Outubro de 2014.

RESULTADOS

As/os profissionais que participaram deste estudo elegeram o conhecimento do corpo, o exercício da sexualidade e seu desfecho em gravidez na adolescência como campo prioritário para educação em saúde, com ênfase no papel da família e nos problemas que nela se originam ou que tem nela o seu ponto de apoio. Os temas que emergiram expressam a necessidade de reflexão e de discussão sobre corpo e sexualidade na adolescência e sobre os valores que orientam seu exercício e as ações em saúde, conforme se lê a seguir em que profissionais tanto problematizam a realidade como dão sugestões para trabalhos educativos:

Tá existindo hoje na nossa sociedade uma desestruturação da família. A base familiar dessas pessoas carentes tá deficitária [...] você vê, uma menina de 14 anos [...] A mãe foi chamada, a avó e tal por que os meninos tavam fazendo fila no banheiro pra pegar nela, entendeu? E assim, a mãe não acredita! [...] que a filha seja capaz de fazer aquilo. É uma coisa que não tem como o sistema intervir, o que a gente vai fazer? [...]
(Paula, TE)

As crianças não conhecem o próprio corpo. É aquela mãe que não sabe conversar aquilo [...] Foi criada dentro de um tabu [...] na religião aquilo tudo é proibido, é pecado [...] Ela não vai nunca ter abertura de falar para a filha nada de sexualidade, nunca! [...]
as crianças acabam descobrindo por influência de outros coleguinhas que vão e dizem que é bom, entendeu? (Paula, TE).

[...] é difícil você falar disso, sexualidade, muito difícil. Eu tenho adolescentes de 12, 13 anos [...] A sexualidade não é discutida, não é informada. Uma criança de 12 anos grávida!? E aí? O pai não sabe como informar, a mãe não sabe como informar e a gente

também não informa. Quando a gente vai explicar é só aquele horário ali, só pegou aquela adolescente ali (Rosa, E)

[...] palestras sobre sexualidade, principalmente no que diz respeito à mãe que não quer orientar a filha, porque tem vergonha, aí coloca a igreja no meio ou porque é o tabu. Às vezes a criança, a adolescente acaba se perdendo ou engravidando [...] (Marta, E).

[...] O que eu tenho observado é que quando a mulher passa por problema na adolescência, a tendência é que as filhas venham a passar pelos mesmos problemas. Se ela engravidou nova, a filha vai engravidar nova também, por que ela tem o tabu de não tocar no assunto [...] e aí ela não orienta [...] (Ruth, ACS)

No discurso seguinte vê-se o temor e a insegurança de uma mãe que associa a puberdade e a menstruação da filha à prática sexual e aos seus desfechos, sobretudo à maternidade precoce, buscando tanto protegê-la como se proteger por ações do serviço de saúde.

Chegou uma senhora, uns 40 anos, ela tinha uma filha de 10 anos [...] Eu quero que o senhor passe um remédio pra minha filha pra ela não menstruar [...] os peitinho já tá aparecendo, uns cabelinho ali outro acolá... Eu digo ela vai começar a sentir algumas mudanças, vai se interessar por meninos... [...] Não, não, não, não quero isso [mãe]. Ela tem medo de quê? Ela entende que na hora que a filha começar a menstruar ela vai tá fértil. E como tem menina demais de 12, 13 anos [...] que quando chega aos 18... quantos filhos? (Davi, M)

Algumas participantes da pesquisa se referem à gravidez na adolescência como temática prioritária para práticas educativas, considerando que as adolescentes constituem parte da demanda de mulheres para o pré-natal.

O que a gente tá vendo na comunidade são meninas que com 12, 13 anos já tem

uma vida sexual ativa. Chega um momento que elas dizem: o que é que eu fiz? E ali não termina os estudos, a maioria delas não tem nenhum estudo, engravidam cedo, aí ficam dependendo da aposentadoria da mãe ou do pai e, muitas vezes, dos benefícios sociais. E aí vai desencadeando uma série de problemas psicológico, estrutural. (Antônia, ACS).

[...] essas meninas de 12, 13 anos que tá grávida, outras já tem filho. Isso que precisa de ações educativas pra ver se chegam à adolescência, pra que não façam tanta loucura na vida e esqueçam de viver a própria vida, né? (Raimunda, ACS).

DISCUSSÃO

A adolescência é uma fase em que se intensifica a busca pela autonomia e autoafirmação das/os jovens diante da família. É nessa época que representações, valores e comportamentos relativos à sexualidade e aos papéis de gênero se consolidam. Além disso, há ampliação dos vínculos e das interações afetivas, orientadas por códigos morais e expectativas sociais de desempenho segundo sexo e gênero, de modo que o aprendizado da sexualidade se relaciona às formas de organização das relações de gênero nos contextos socioculturais em que as pessoas se inserem¹².

Por outro lado, as inscrições acerca da sexualidade devem considerar que essa é a dimensão em que a pessoa mais recebe influência e controle da esfera social e, atualmente, das mídias comunicativas que moldam visões e comportamentos. O perigo está no fato de que muitas vezes a banalização da sexualidade e do próprio corpo acaba esvaziando o seu sentido relacional e as pessoas passam a ser veiculadas não mais como sujeitos de sentimentos e sim como objetos e fonte de prazer¹³.

Na nossa pesquisa, a análise dos discursos mostra que a busca por autoafirmação deixa as meninas vulneráveis à exposição do corpo, sob valores incorporados por homens e mulheres, que incluem os apelos para o sexo. Ao seu lado, se encontram fantasias e

curiosidades sobre o corpo e a sexualidade por meninos e meninas que não tiveram educação sexual no sentido de aprender a lidar com o corpo e seus desejos de experimentar o prazer. Em simultaneidade, por não ser comumente foco de discussão na família, nem na escola, a sexualidade, ao aflorar na adolescência abre espaços para que se reproduza a visão sobre o corpo da mulher não somente como objeto de desejo, mas também de consumo.

No discurso de profissionais, ao tempo em que há preocupação em proteger as meninas, há também julgamento e responsabilização das mesmas pelas situações relatadas. Já os meninos não tem seu comportamento julgado nos discursos, o que remete à naturalização de seus atos ao lidar com o corpo feminino e a sexualidade.

Essa dualidade é um reflexo da normatividade e das significações culturais da sexualidade, que polarizam os comportamentos sexuais de tal forma que se convencionou que aos meninos é natural seguir seus instintos sexuais e às meninas cabe o controle de seus impulsos, ratificando as relações de gênero presentes no cenário da iniciação sexual¹², do qual a escola também se apresenta como lócus.

As dificuldades em abordar sexualidade, assumidas por algumas profissionais no nosso estudo nos remete a regras seculares, reproduzidas entre gerações, que disciplinam as meninas sob o prisma da interdição da sexualidade— objeto de estudos do filósofo Michel Foucault— para as proteger do sexo como lugar de proibição e pecado. Essa postura, marcada pela obediência a dogmas da Igreja, também tenta evitar que os homens, livres para o sexo, constituam uma ameaça às mulheres, que devem estar sob a proteção da família.

Da mesma forma que no passado, a sexualidade continua a ser alvo privilegiado da vigilância e do controle das sociedades. Ampliam-se e se diversificam as formas de regulação, multiplicam-se as instâncias e as instituições que se autorizam a normatizá-la³.

Segundo Foucault¹⁴, uma multiplicidade de discursos sobre o sexo estão sutilmente hierarquizados e estreitamente articulados em torno de um feixe de relações de poder. Nestas, a sexualidade é um dos elementos de maior instrumentalidade, que serve para articular as mais variadas estratégias, e que funciona a partir de técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder.

Sob a denominação de dispositivo da sexualidade se encadeiam, segundo estratégias de saber e poder, a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos e o reforço dos controles e das resistências¹⁴. Ainda que as gerações atuais vivenciem os efeitos das mudanças nas convenções sexuais e nas relações de gênero decorrentes de transformações sociais contemporâneas, a cultura sexual ainda é influenciada por tais concepções.

Da mesma forma, a categorização de gênero continua a produzir atitudes e qualidades dicotômicas para homens e mulheres de modo que masculinidade pressupõe atividade, enquanto feminilidade está ligada a passividade, resultando desse sistema classificatório ordena as relações entre as pessoas e funciona como um quadro de leitura para suas condutas¹².

Na nossa pesquisa, considerando os distanciamentos no tocante à formação para o exercício profissional articulado à realidade, ao nos referirmos ao discurso da ACS, há de se ressaltar que estão inseridas nas comunidades em que atuam e nela constroem e compartilham crenças e valores. Todavia, há convergências de concepções entre as categorias profissionais, com modos semelhantes de enxergar o mesmo fenômeno.

Historicamente, e sobretudo para as mulheres, as concepções de sexualidade foram relacionadas à obscenidade, algo sujo, pecaminoso e proibido, o que negou às/aos jovens a educação sexual e dificultou as orientações necessárias à promoção da sua saúde sexual¹⁵. Esse assunto ainda é vivido, em muitas famílias, a partir de uma moralidade

rígida e punitiva, na qual papéis tradicionais de gênero são reproduzidos. Esses elementos geram dificuldades no desenvolvimento da sexualidade dos/as jovens e estão associados aos comportamentos de risco¹⁶.

Mesmo com o conservadorismo que se apresenta, o espaço familiar é o ideal para que assuntos relativos à sexualidade sejam debatidos e analisados considerando as particularidades de cada família. Contudo, nota-se que, embora esse seja o grupo social que deveria fornecer o suporte emocional adequado, por meio de um espaço de trocas e comunicação aberta, pais e mães ainda encontram dificuldades em proporcionar ambientes de discussão sobre a temática, pois o assunto também foi reprimido ou negligenciado por seus pais/mães⁶.

No estudo em foco, há tentativa de uma mãe de proteger sua filha de gravidez futura, preocupando-se quando os sinais da puberdade se apresentam. Há de se ressaltar que a mãe, cuja condição socioeconômica limita seu acesso a informações, traz consigo pilares de construção identitária que dão sustentação também a sua descendência, apontando em sua busca a fragilidade dos sistemas de saúde e educacional, que não materializam suas proposições políticas e assim, mantém-se a desinformação e as vulnerabilidades.

Em pesquisa recente foi constatado que a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais/mães e filhos/as ainda é insuficiente, falha e imprecisa. Esse dificilmente existe e, quando existe, é superficial e desconsidera as necessidades dos/as adolescentes. Reforçam ser esse um problema cultural e que possui relação direta com a forma como os/as pais/mães viveram sua sexualidade quando adolescentes. As maiores dificuldades apresentadas estão relacionadas ao momento exato para começar o diálogo, o que abordar e se a informação repassada estava correta. Ressaltam a forte influência de fatores culturais, religiosos e socioeconômicos nesse processo¹⁷.

Para Heilborn¹⁸, quando a família não consegue cumprir esse papel, geralmente o transfere para a escola, mas o tema é abordado de modo incipiente sendo priorizado questões biológicas, anatomia e reprodução humana. Mesmo com a formação deficitária de crianças e adolescentes, não se pode contestar que a escola também se constitui ambiente propício à socialização da sexualidade e que, portanto, a educação em sexualidade deve integrar o elenco de suas funções¹².

Pesquisadores/as que investigaram o entendimento de professores/as sobre a sexualidade humana no espaço escolar constataram a reprodução da concepção médico-biologista e associaram a inexistência de ações específicas e contínuas sobre educação sexual associada às dificuldades em desenvolver a temática, considerando a resistência e o desconhecimento da família e o despreparo dos/as educadores¹³.

A articulação entre os setores educacional, da saúde e a família é necessária ao enfrentamento das vulnerabilidades a que as adolescentes estão expostas, considerando que as ações de educação sexual devem convergir para suas reais necessidades. Isso requer distanciar os constrangimentos de gênero e desnaturalizar estereótipos que orientam valores e comportamentos, adotando postura inclusiva, cidadã e emancipatória, contextualizada, que ultrapasse a materialidade biológica e moral da sexualidade¹⁹.

O diálogo é instrumento básico no processo de educar para a sexualidade e deve ser construído a partir das especificidades de crianças e de adolescentes, proporcionando ambiente encorajador. Nessa perspectiva, a educação sexual precisa ser reinserida e discutida nos currículos escolares sob uma perspectiva ampliada, capaz de transformar concepções distorcidas ou negadas da sexualidade, sem substituir a família em seu papel prioritário para a aprendizagem sobre o tema¹⁵.

No tocante à gravidez na adolescência, a análise dos discursos mostra que a iniciação sexual precoce não é problematizada e a gravidez é considerada resultado de

atitudes inconsequentes que retira das meninas oportunidades sociais. Ao considerar a gravidez precoce *uma loucura* e uma situação a ser evitada por decisão da própria adolescente, nega-se o contexto em que se insere, em que dificuldades financeiras se desdobram em limitações de acesso à escola, a informações e a meios de lidar com a sexualidade e com a contracepção, com efeito nas relações sociais, incluídas as familiares. Somam-se a isto, a reprodução da naturalização da maternidade, dos estímulos apelativos para uso do corpo e da sexualidade, que fantasiam a realidade para um grupo em construção identitária, sem condições plenas de discernimento sobre certos aspectos da sua vida.

A história da gravidez na adolescência portanto, é vista como um problema social é uma construção contemporânea. Ao remontarmos à época colonial, observamos que “não se encontram restrições à gravidez antes da idade adulta no período anterior ao século XIX e é principalmente a partir do século XX que surgem as prescrições quanto ao intervalo de idade mais adequado para a maternidade e a paternidade” (20:163).

A adolescência, por sua vez, é também categoria social criada a partir de 1950, pois antes não havia delimitação cronológica e funcional para as etapas da vida. Diferente do que hoje se espera do/a jovem, aos meninos cabia o trabalho e às meninas, a reprodução. Desse modo, gestação e parentalidade, em idades que hoje consideramos ser a adolescência, eram naturalizadas e até incentivadas até os fins dos anos 50²¹.

Segundo a antropóloga Maria Luiza Heilborn²², a ilegitimidade da gravidez na adolescência e sua construção como problema social resulta, quando do seu acontecimento fora de uma união conjugal e associado ao não atendimento as novas expectativas sociais em relação à juventude, que teria o seu andamento da vida perturbado em decorrência da gravidez.

Conforme constatamos no nosso estudo parece haver uma associação intrínseca

entre sexualidade e gravidez. Tal relação traz consigo preocupações com o futuro das adolescentes com transversalidade de valores morais que reproduzem regras vitorianas de interdição da sexualidade.

Quando se fala em sexualidade adolescente, sobreposta pela gravidez dita precoce, é comum considerar esse evento como resultado da erotização precoce associado à desestruturação familiar, irresponsabilidade dos/as jovens, ignorância e ausência de diálogo entre gerações¹². Com isso, a gravidez na adolescência passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, com possíveis consequências negativas tanto para as adolescentes, quanto para a sociedade¹⁶.

Esse evento também tem sido classificado como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, dado ao forte impacto sobre o abandono escolar e a subsequente perda de oportunidades de emprego²³. Observa-se, portanto, que esse é um fenômeno complexo e multifacetado que apresenta diferentes compreensões. Além disso, torna-se problema social e de saúde pública quando sua ocorrência se dá em adolescentes de famílias pobres, pois em outras estratificações sociais mais elevadas, a vida continua seu curso sem haver, por exemplo, interrupção de estudos.

É preciso considerar que a gestação e a maternidade possam fazer parte de um projeto de vida familiar e social de algumas adolescentes e representar amadurecimento pessoal. Em alguns contextos sociais, principalmente os populares, a maternidade pode fazer parte de um projeto de vida que possibilita a inserção da adolescente no mundo adulto e uma realização feminina²⁴.

Desse modo, a gravidez na adolescência precisa ser problematizada, pois muitas ainda tem introjetada a naturalização da maternidade como destino e único lugar de plena realização como mulher. Isso se dá porque os discursos em torno da identidade feminina e da maternidade traduzem um sistema simbólico que envolve crenças e valores

construídos socioculturalmente em torno de representações históricas sobre a mulher²⁵.

Um dos fatores que concorrem para a atribuição da gestação adolescente como um problema social, evidenciado no material empírico analisado no nosso estudo, é a evasão escolar. Pesquisas que estudam essa relação apresentam-se divergentes quanto ao estabelecimento da relação causal entre gravidez adolescente e abandono precoce da escola, pois para muitas meninas que ficam grávidas a educação formal pode ser interrompida de forma parcial ou permanente²⁶. Um dos argumentos para caracterizá-la como um problema de graves proporções é o aumento da participação de mulheres de 15 a 20 anos de idade nas taxas de fecundidade no país e no continente²⁷.

Dados recentes, de 2014, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que mulheres com maior escolaridade adiam mais a maternidade e que baixos índices de escolaridade, associados a baixos níveis de incentivo ao aprendizado e à escolarização, podem ocasionar uma gestação precoce. Na relação entre estudo e maternidade, em 2013, entre as mulheres de 15 a 17 anos de idade que não tinham filho, 88,4% estavam estudando; enquanto entre aquelas que tinham um filho ou mais, somente 28,4% estudavam²⁸.

Brasil, a tentativa de oferecer atenção a adolescentes, valorizando especificidades e tendo a integralidade como eixo norteador, em 1989 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), que se propunha a intervir na prevenção de doenças e promoção da saúde de todos/as os/as adolescentes com idade entre 10 e 19 anos²⁹. Embora de importância inquestionável, este não foi implementado em muitas realidades, mantendo-se as contradições entre políticas públicas e realidade da atenção a adolescentes.

Após mais de duas décadas, há novamente uma tomada de posição do governo brasileiro, sendo criado, em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) em parceria com

os Ministérios da Saúde e Educação do Brasil. O PSE tem como objetivos promover a saúde e a cultura da paz, enfatizando a prevenção de agravos à saúde; articular ações do setor da saúde e da educação, aproveitando o espaço escolar e seus recursos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades de crianças e adolescentes; e incentivar a participação comunitária contribuindo para a formação integral dos/as estudantes da rede básica³⁰.

A criação PSE constitui um exemplo de iniciativa que inclui a abordagem da saúde sexual e reprodutiva no contexto das escolas do país e que pode ter impacto positivo nesta questão. Esse programa mostra-se como alternativa intersetorial para trabalhar junto a adolescentes demandas ligadas à educação sexual no âmbito escolar. Em experiência de implantação do PSE em escola municipal de Fortaleza-CE, temas associados à sexualidade, gravidez na adolescência, DST, contracepção e mudanças corporais estiveram entre os mais solicitados pelos/as adolescentes³¹, demonstrando ser a educação sexual uma demanda presente no meio escolar e ser esse o espaço propício para tal.

No âmbito internacional, a educação sexual tem sido a principal estratégia implementada para o atendimento de diferentes problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva entre jovens. Em pesquisa realizada na Colômbia foi constatado que mais de 80% dos/as adolescentes consideram a educação sexual necessária e mais de 70% reconhecem os pais/mães como a melhor fonte de informação²³. No Brasil, adolescentes também priorizam a temática da sexualidade e identificam a escola como intermediadora para tratar desse assunto, o que não isenta a responsabilidade do diálogo no seio familiar, bem como o compromisso da rede de atenção básica enquanto detentora da corresponsabilidade de focar a educação sexual para esse público¹⁹.

Acreditamos que o direito das pessoas à discussão sobre saúde e sexualidade não deve se restringir às questões de prevenção e saúde sexual, direcionando decisões convergentes com padrões sociais desejáveis. Considerando os temas aqui discutidos, foi

apontado por profissionais da ESF como mais prioritários ao trabalho com mulheres adolescentes, a perspectiva da educação participativa, que visa desconstruir concepções cristalizadas, que naturalizam os comportamentos sexuais, e a promoção da educação sexual de modo ético e comprometida com a emancipação das pessoas. Isso possibilitará desenvolver ações contextualizadas e coerentes com as questões que tangenciam e significam a experiência do adolescer, sobretudo nos aspectos relativos ao exercício livre e consciente da sexualidade.

CONCLUSÃO

A sexualidade na adolescência constituiu tema prioritário que demanda ações educativas para mulheres na ESF. Todavia, participantes dessa pesquisa mostram-se despreparados para moderar debates e reflexões crítico-emancipatórias sobre a sexualidade e seus desdobramentos nessa fase da vida. Considerando os resultados do nosso estudo, é possível afirmar que profissionais da ESF não conseguem desvincular suas ações de crenças e valores pessoais, comprometendo a ética do cuidar e distanciando adolescentes da possibilidade de terem voz e escuta sensível.

Os resultados apresentados são convidativos à reflexão profissional sobre as concepções tradicionais que influenciam de forma significativa as ações direcionadas às mulheres. Necessário se faz que haja sensibilidade para as questões demandadas pelas adolescentes que buscam a ESF em busca de respostas não apenas no campo da sexualidade, mas nas diversas áreas que requerem atenção. Para tanto, profissionais e serviços de saúde precisam rever crenças e valores que tem influenciado seu agir em saúde e que tem mantido as mulheres na situação de opressão ao julgá-las e culpabilizá-las pelas suas condições.

Dessa forma, a atenção à saúde das adolescentes tem ocorrido em circunstâncias

que limitam sua autonomia e liberdade de escolha relacionadas ao exercício da sexualidade. O serviço de saúde não consegue ir ao encontro de suas demandas. Vale destacar que, o modelo biomédico da atenção contribui para a desinformação que, aliada à forma repressora como o assunto ainda é abordado, tentam restringir o exercício da sexualidade na adolescência contribuindo para ampliar vulnerabilidades.

Nesse sentido, a atividade educativa participativa requer antecipação de um trabalho com esses/as profissionais, tendo em vista não haver meios de atrair adolescentes que poderão ser constrangidas por julgamentos morais, segundo referência de quem as atende no serviço de saúde.

Os discursos analisados evidenciam que questões ligadas à sexualidade na adolescência são consideradas de difícil abordagem para a família, escola e profissionais de saúde. Fica explícito, a ausência ou negação de espaços de diálogo tanto nas famílias quanto nos serviços de saúde sem materialização proposições políticas.

Portanto, consideramos necessária a articulação entre família, escola e profissionais da ESF na promoção de ações educativas em saúde como processo participativo e democrático. Acreditamos que a parceria entre essas instâncias pode qualificar a atenção às/aos adolescentes e favorecer o acesso à educação em sexualidade, além de contribuir para que mulheres caminhem para o empoderamento nessa fase da vida.

REFERÊNCIAS

1. Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):565-72.
2. Brilhante AVM, Catrib AMF. Sexualidade na adolescência. *FEMINA*, Out 2011, 39(10): 504-509.

3. Louro GL. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. Pro-Posições maio/ago. 2008, 19(2) (56): 17-23.
4. Heilborn ML, Araújo L, Barreto A (Orgs). Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça/ GPP – GeR: módulo II. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.
5. Kahhale EMP. Subsídios para reflexão sobre sexualidade na adolescência. Citado por Marola CAG, Sanches CSM; Cardoso LM. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. Psic. da Ed., São Paulo, 2011, 33: 95-1182.
6. Dyson S. Parents and sex education: parents attitudes to sexual health education in WA schools. Melbourne: Department of Health, La Trobe University; 2010.
7. Nothaft SCS, Zanatta EA, Brumm MLB, Galli KSB, Erdtmann BK, Buss E, Silva PRR. Sexualidade do adolescente no discurso de educadores: possibilidades para práticas educativas. Rev Min Enferm. Abr.- Jun. 2014; 18(2): 284-289.
8. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/ Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007. 70 p.
9. Scott JW. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Educação & Realidade. Porto Alegre, jul./dez. 1995, 20(2): 71-99.
10. Carneiro F, Agostini M. Oficinas de Reflexão - Espaços de Liberdade e Saúde. In: Trabalho Feminino e Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, 1994.
11. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 1ª ed. (rev. e ampliada) São Paulo: Ática. 2011. 84 p.
12. Heilborn ML. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. Psic. Clin., Rio de Janeiro, 2012, 24(1): 57 – 68.

13. Jaques AE, Philbert LAS, Bueno SMV. Significados sobre sexualidade humana junto aos Professores do ensino fundamental. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, jan./abr. 2012, 16(1): 45-50.
14. Foucault Michel. *História da sexualidade, V.1: A vontade de saber*. Graal ed. Rio de Janeiro: 1988.
15. Moizés JS, Bueno SMV. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. *Rev Esc Enferm USP*, 2010, 44(1):205-12.
16. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paideia*, jan.-abr. 2010, 20(45):123-31.
17. Nery IS, Feitosa JJM, Sousa AFL, Fernandes ACN. Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(3):287-92.
18. Heilborn ML. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. *Psic. Clin*, Rio de Janeiro, 2012, 24(1): 57-68.
19. Leite CT, Vieira RP, Machado CA, Quirino GS, Machado MFAS. Prática de educação em saúde percebida por escolares. *Cogitare Enferm*. 2014 Jan/Mar; 19(1):13-19.
20. Lima ALG, Correia VAA. A constituição histórica da gravidez na adolescência como um problema social. In: Pinto-Coelho Z, Martins MR, Baptista MM, Maia S (Org.). *Representações e práticas de gênero*. 1ed. Braga: Editora do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade da Universidade do Minho, 2015, p. 157-174.
21. Steinberg L. *Adolescence*. New York: McGraw-Hill. 1996. In: Patias ND, Jager ME, Fiorin PC, Dias ACG. *Construção histórico-social da adolescência: Implicação na Percepção da Gravidez na Adolescência Como um Problema*. *Revista Contexto & Saúde*, Jan./Jun. 2011, 10(20): 205-13.
22. Heilborn ML. Experiências da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Biográficas Juvenis. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR (Org.). *O aprendizado da*

sexualidade. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamound e Fiocruz; 2006. p. 29- 60.

23. Atehortúa ICG, Arango DC. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia). Invest Educ Enferm. 2012; 30(1): 77-85.

24. Dias ACG, Jager ME, Patias ND, Oliveira CT. Maternidade e casamento: o que pensam as adolescentes? Interacções, 2013, 25: 90-112.

25. Sousa JJ. Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

26. State of world population 2013: motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: United Nations Population Fund - UNFPA, 2013. 132 p. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENSWOP2013-final.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

27. Correia VAA. Gravidez na adolescência: construção discursiva de uma condição desviante? 2014, 128 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo.

28. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Número 34. Síntese de Indicadores Sociais Uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Rio de Janeiro, 2014.

29. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª ed. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1996.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p.
31. Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira Junior AD, Moreira TMM. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm, Brasília 2012 nov-dez; 65(6): 1026-9.

7.4 CAPÍTULO DE LIVRO

O manuscrito a seguir representa resultado do esforço conjunto da equipe participante do estudo junto às facilitadoras para elaborar uma proposta de trabalho educativo com mulheres com base em metodologias participativas e emancipatórias. Diante da importância dessa proposta para o grupo, elaboramos o artigo que chamamos **Trabalho educativo com mulheres: proposta de equipe multiprofissional**, que será parte de livro sobre metodologias feministas para o trabalho com mulheres em fase de planejamento pela linha de pesquisa Saúde da mulher, relações de gênero e integralidade do cuidado do Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher (GEM) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia- EEUFBA.

TRABALHO EDUCATIVO COM MULHERES: PROPOSTA DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL *

Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral¹

Edméia de Almeida Cardoso Coelho²

Mariza Silva Santos³

* Trabalho extraído da dissertação: “Educação em Saúde no cuidado a mulheres sob o olhar de profissionais da atenção básica” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Professora Associada da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. edmeiacolho@gmail.com

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Professora Auxiliar do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina, PE. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. priufalcao@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. marizaal@yahoo.com.br

A educação em saúde é um importante instrumento de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) e tem como característica primordial o desenvolvimento de práticas grupais capazes de interferir no processo saúde-doença da população. Tais ações, quando orientadas por princípios emancipatórios, potencializam o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas sobre suas condições de vida e de saúde e, por meio da troca de experiências e saberes, favorece a organização de processos coletivos e a mobilização para mudanças. Essa lógica considera a transposição da perspectiva preventiva para práticas sistemáticas construtivas baseadas na dialogicidade (SOUSA; TORRES; PINHEIRO et al., 2010).

No campo da saúde da mulher, atualmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), propõe atividades educativas centradas na participação ativa das mulheres nos processos decisórios relativos ao cuidado a sua saúde. No entanto, observa-se que as proposições políticas não se concretizam nas práticas de atenção à mulher no cotidiano da ESF, onde frequentemente tem-se encontrado sobreposição da clínica e desvalorização dos processos educativos nas ações de cuidado.

A educação em saúde busca desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a que pertencem e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva, buscando encorajá-las para adoção e manutenção de padrões de vida saudáveis, e empoderá-las para a tomada de decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar condições de saúde e ambientais. Estas assertivas equivalem a dizer que a Educação em Saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade pelo autocuidado e, por outro, a solidariedade e os encargos comunitários.

Diante dessa perspectiva para a educação em saúde, dando continuidade à pesquisa **Educação em saúde no cuidado a mulheres sob o olhar de profissionais da atenção básica** que compõem a equipe multiprofissional da ESF, destacamos a ênfase do caráter biomédico em suas práticas de educação em saúde nesse campo de atuação, analisada em capítulo específico. No âmbito da saúde da mulher, tais práticas devem ser orientadas pela integralidade do cuidado, para a qual defendemos a seguinte compreensão:

Concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (Coelho, 2009).

Nesse sentido, a integralidade constitui um princípio que permite compreender, apreender e responder as demandas de saúde das pessoas e de grupos sociais, e que deve ser assumido na perspectiva dialógica entre diferentes sujeitos, consideradas as diferentes formas de perceber suas necessidades de saúde (BRAGA; SENA, 2010).

Propusemos e o grupo entendeu como pertinente elaborar uma proposta de educação em saúde que incluísse participação ativa das mulheres. Iniciamos discussão com vistas à elaboração da proposta que intitulamos **Construindo caminhos da educação em saúde para mulheres**, o que se deu por meio de oficina de reflexão. A atividade teve como objetivo construir com equipe multiprofissional de saúde uma proposta educativa para trabalho com mulheres usuárias da ESF.

Trata-se de uma proposta de trabalho educativo com mulheres na perspectiva da integralidade. Como um princípio norteador do Sistema único de Saúde (SUS), a integralidade tem no campo das práticas um espaço privilegiado para a materialização da

saúde como direito e como serviço. Como eixo norteador de uma política, deverá ser construída cotidianamente, na permanente democratização das interações entre as pessoas, sustentada por valores emancipatórios que garantam a autonomia, o exercício da solidariedade e o reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter (PINHEIRO, 2005).

O estudo foi desenvolvido em Maio de 2015 e contou com a participação de 14 trabalhadores/as da equipe multiprofissional de quatro ESF de um município no interior de Pernambuco, atuantes em uma unidade de Atendimento Multiprofissional Especializado (AME). Entre elas/es duas enfermeiras, um médico, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma técnica de enfermagem e oito agentes comunitário/as de saúde (ACS).

A caracterização das/os participantes foi feita por formulário de identificação criado pelas pesquisadoras. Elas/es tinham idade entre 28 e 54 anos; seis tinham nível superior completo, cinco ensino médio completo, e três tinham ensino superior incompleto. A pós-graduação foi citada apenas por uma enfermeira e pelo médico, nas áreas de Saúde Pública e de Medicina da Família, respectivamente. O tempo mínimo de atuação no serviço foi de três meses e o máximo de vinte e dois anos. Apenas nove profissionais afirmaram realizar trabalho educativo com mulheres, sendo a palestra o método predominante para essa prática nas ESF em estudo.

Utilizou-se a oficina de reflexão para produção do material empírico, denominada **Construindo caminhos da educação em saúde para mulheres**, que deu título à proposta. As oficinas são espaços de aprendizagem e de produção coletiva do conhecimento sobre o objeto de estudo. Por promover problematização da realidade, consideramos essa técnica adequada para se trabalhar questões ligadas às práticas educativas em saúde desenvolvidas com e para mulheres usuárias da ESF, que constitui o foco desta pesquisa.

A oficina foi desenvolvida seguindo as etapas de apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação; e descontração/ relaxamento (COELHO, 2001). Utilizou-se gravador de voz para registro dos discursos, transcritos na íntegra, e utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das/os participantes. As observações foram registradas em diário de campo.

A organização da proposta em um quadro sinóptico se deu na própria oficina, tendo sido disponibilizadas cartolinas e canetas esferográficas para registro dos itens já indicados. Ao final, foi realizada leitura, feitos ajustes e o trabalho foi avaliado pelo grupo

estimulado a mudanças. Após a síntese por nós facilitadoras, com o grupo informado que inicialmente constituiria material de pesquisa, assumimos o compromisso de retornar à unidade para planejarmos implementação. Ajustes de forma foram feitos posteriormente na proposta por nós, facilitadoras.

O estudo atendeu ao rigor científico e aos preceitos éticos exigidos pelo Conselho Nacional de Saúde de acordo com a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo o anonimato, a privacidade, a participação voluntária e a utilização científica dos resultados. A participação foi livre e voluntária mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas/os participantes, com aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia em primeiro de Outubro de 2014, sob parecer número 815.565.

RESULTADOS

Para fins de sistematização, as sugestões foram organizadas, em conjunto com as/os participantes, em um quadro (**Quadro 1**) evidenciando os temas priorizados pelo grupo, os pontos a serem discutidos em cada tema, os métodos a serem utilizados, o público ao qual as ações serão direcionadas, os/as responsáveis pelo planejamento e execução de tais ações e o local para seu desenvolvimento.

A partir do que identificaram como demandas, priorizaram as seguintes temáticas para o trabalho educativo com mulheres: Sexualidade no ciclo vital da mulher; violência contra a mulher; prevenção do câncer de mama e de colo uterino; uso de drogas por meninas/ mulheres; e saúde bucal de gestantes e suas crianças. O tema sexualidade no ciclo vital da mulher foi estratificado em cada fase da vida, pelo próprio grupo, justificando sua especificidade e demandas diferenciadas para cada fase, o que requer abordagem de subtemas e estratégias adequadas.

De modo geral, no tema **Sexualidade** nas diferentes fases da vida, o grupo elegeu o desenvolvimento e o conhecimento do corpo como subtema comum para a infância, a adolescência, a fase adulta e a velhice. Por ser identificado pelas/os profissionais como problema social relevante em sua área de atuação, a prostituição e o abuso sexual, especificamente na infância, foram priorizados como subtema a ser discutido com as crianças e pré adolescentes.

Na adolescência, a puberdade, a gravidez precoce, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); a homossexualidade; a educação sexual; e a identidade de gênero

foram temas que se sobressaíram como importantes de serem discutidos com as meninas que se encontram nessa fase. Na idade adulta e na terceira idade, sobressaíram-se como temáticas centrais a higiene corporal, a orientação sexual, o climatério e a menopausa, a sexualidade e a relação sexual na terceira idade. Dentre os temas sugeridos tem destaque:

Violência contra a mulher foi ressaltada pelo grupo, tendo em vista ser um problema prevalente, entre as usuárias da ESF, porém silenciado e não valorizado. Assim, a definição desse tipo de violência e seus tipos; os direitos das mulheres; a Lei Maria da Penha; a rede de apoio e a atenção psicológica à vítima foram subtemas considerados necessários de serem abordados, para os diversos grupos de mulheres que vivenciam ou não a violência no seu cotidiano, tendo a finalidade de instrumentalizar usuárias e profissionais da ESF para reconhecer, manejar e intervir nesse tipo de violência.

Prevenção do câncer de mama e de colo do útero, com priorização do esclarecimento sobre o exame preventivo de câncer de colo uterino e o auto exame das mamas; técnicas de realização do exame preventivo; e a execução do auto exame das mamas, finalidade e benefício no controle desses agravos constituiu outro tema considerado importante.

O **uso de drogas** é uma realidade presente entre as usuárias da ESF desde a infância à terceira idade. Por isso, vislumbram a realização de práticas educativas com esses grupos de mulheres no intuito de prevenir, mediante o esclarecimento dos problemas e suas consequências. Para isso, veem como necessário, falar sobre drogas, os riscos e o uso e abuso. Consideram imprescindível desenvolver uma rede de apoio para mulheres dependentes, incluindo a atenção psicológica.

Em relação à **Saúde Bucal** de mulheres e crianças também destacam as orientações educativas direcionadas às gestantes e suas/seus filhos/as. Trabalhadores/as da Equipe de Saúde Bucal (ESB) consideram relevante abordar os assuntos referentes à prevenção de cáries e de doenças gengivais e suas consequências; a influência da alimentação da gestante no desenvolvimento dental da criança desde o momento intra útero; e os cuidados com a higiene bucal da mulher e da criança, considerando que, na ótica desses/as profissionais, a mãe é a responsável pela condução de suas/seus filhos/as na orientação quanto à manutenção da sua higiene e saúde bucal.

A escolha dos **métodos educativos** para trabalhar os temas sugeridos, se deu a partir de referencial participativo e emancipatório, que contempla metodologias adequadas às temáticas e as especificidades de cada grupo de mulheres participantes. Em função dos resultados deste estudo, este tema será central e para que a proposta se

concretize, um trabalho anterior com profissionais constituirá a primeira etapa, que tem o objetivo de fornecer ferramentas à esses/as profissionais para a discussão de temas como: integralidade, gênero, empoderamento, cidadania, liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, constituindo condição para que ocorra a segunda etapa, constituída pelos demais temas propostos.

Para desenvolvimento das temáticas relativas à **infância**, utilizaremos métodos lúdicos; para as adolescentes, serão utilizados o teatro, álbuns seriados, filmes, depoimentos e mídias sociais; e, para as mulheres jovens, adultas e as que se encontram na terceira idade, optou-se pela liberdade de escolha de metodologias participativas como rodas de conversa, grupos de discussão, oficinas, dramatização e uso de materiais didáticos com ilustrações.

Já para as ações educativas na área da saúde bucal, essas requerem a disponibilidade de próteses e manequins didáticos, vídeos, álbuns ilustrativos. Além dessas, consideraram a possibilidade de se trabalhar em sala de espera e com ações individuais e coletivas.

Quanto às/aos responsáveis pelo planejamento e condução das atividades, de modo geral, o grupo considera relevante envolver toda a equipe de saúde e seus respectivos gestores, já que, compete a todos/as a responsabilidade de sua execução conforme o planejamento. Especificamente para o trabalho educativo sobre o uso e abuso de drogas e violência contra a mulher, a equipe multiprofissional da ESF considera importante contar com a participação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), importantes para a formação da rede de apoio e para a abordagem específica das temáticas.

No que se refere ao local de escolha para realizar as atividades, em razão das limitações estruturais e de espaço físico da unidade de saúde da família, sugerem que os espaços para a formação de grupos de mulheres devem ser articulados junto às lideranças comunitárias, considerando a realidade local. Assim, para o trabalho com crianças e adolescentes, foram citadas especificamente as creches e as escolas, e para os demais grupos, será feita a adequação necessária à realidade de cada da área.

Quadro 1: Proposta da equipe multiprofissional para ações educativas com mulheres usuárias da ESF. Petrolina- PE, 2015.

TEMAS	SUBTEMAS	MÉTODOS	PÚBLICO	RESPONSÁVEIS	LOCAL
Sexualidade na infância	Aceitação da família; desenvolvimento do corpo; prostituição; abuso sexual	Lúdicos: Brincadeiras; teatro; ilustrações; desenhos	Meninas até 10 anos	Equipe multiprofissional da ESF	Escolas e creches
Sexualidade na adolescência	Desenvolvimento do corpo; puberdade; gravidez precoce: riscos e métodos contraceptivos; IST; homossexualidade; educação sexual; identidades de gênero	Teatro; álbum seriado; filmes; gincanas; depoimentos; uso de mídias sociais	Meninas de 10 a 19 anos	Equipe multiprofissional da ESF	Escolas
Sexualidade na fase adulta e na 3ª idade	Conhecimento do corpo; higiene corporal; homossexualidade; orientação sexual; climatério e menopausa; sexo e sexualidade na 3ª idade	Rodas de conversa; grupos de discussão; oficinas; ilustrações; dramatização	Mulheres adultas e idosas	Equipe multiprofissional da ESF	Articular na comunidade de acordo com a realidade local
Violência contra a mulher	O que é e seus tipos; direitos das mulheres; Lei Maria da Penha; rede de apoio à vítima; apoio psicológico	Rodas de conversa; materiais didáticos; dramatização; grupos de discussão; oficinas	Mulheres adolescentes, jovens, adultas e idosas	Equipe multiprofissional da ESF em parceria com o NASF	Articular na comunidade de acordo com a realidade local
Prevenção do câncer de mama e de colo uterino	Exame preventivo e auto exame das mamas: o que é, importância, como fazer.	Rodas de conversa; dramatização; grupos de discussão; oficinas; materiais didáticos; demonstração prática e ilustrações	Mulheres adolescentes, jovens, adultas e idosas	Equipe multiprofissional da ESF	Articular na comunidade de acordo com a realidade local
Uso de drogas lícitas e ilícitas pelas meninas/mulheres	Tipos, uso, abuso: riscos, consequências, prevenção; apoio psicológico	Metodologias participativas variadas a depender de cada grupo específico	Diferentes grupos de mulheres, em todas as fases do ciclo vital	Equipe multiprofissional da ESF em parceria com o NASF e o CAPS	Escolas; creches; Articular na comunidade de acordo com a realidade local
Saúde bucal de gestantes e	Prevenção de cáries; doenças gengivais e	Próteses; vídeos;	Mulheres gestantes e	Equipe multiprofissional da	ESF ou Articular na

suas crianças	suas consequências; alimentação da gestante; cuidados com a higiene bucal da mulher e da criança.	ilustrações; grupos de discussão; sala de espera; ações coletivas e individuais como escovação e fluoretação	crianças	ESF e ESB	comunidade de acordo com a realidade local
---------------	---	--	----------	-----------	--

CONTEXTUALIZANDO TEMAS PRIORIZADOS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Destacamos a seguir os temas priorizados e sua importância para a educação em saúde.

Sexualidade nas fases do ciclo vital

A temática sexualidade deve ser discutida no *status* do permitido, o que poderá viabilizar um ambiente livre de preconceitos, medos e discriminação, já que os referenciais e a construção sobre a sexualidade se dão num contexto de estereótipos de gênero, de banalização do sexo, das relações afetivo-sociais e do próprio corpo (JAQUES; PHILBERT; BUENO, 2012).

Lidar com essa temática requer compreender que o processo de construção da sexualidade é contínuo e se dá ao longo toda a vida por meio de uma diversidade de aprendizagens e práticas, nas mais distintas situações, sendo esta empreendida de modo explícito ou dissimulado por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais (LOURO, 2008, p. 18).

A sexualidade humana envolve aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos, espirituais e religiosos relacionados ao sexo e ao comportamento sexual humano. Portanto, constitui uma dimensão da personalidade humana moldada por esses aspectos e que tem a repressão como uma marca histórica (NWAGU, 2015).

O diálogo sobre a sexualidade em nosso meio social e educacional pode contribuir para uma melhor qualidade de vida, na promoção da saúde física e mental e, conseqüentemente, sexual e reprodutiva. Além disso, poderá reduzir os índices de gravidez não planejada, aborto, violência, bem como, desenvolver a tolerância e o respeito à diversidade de orientação sexual, o modo de abordagem às profissionais do sexo, apreender saberes e práticas na prevenção de Infecções Sexualmente

Transmissíveis/Aids, no planejamento reprodutivo e estratégias para identificação de casos de abuso sexual e/ou pedofilia, pornografia e prostituição infantil (BUENO, 2009; NUNES, 2006).

Portanto, a sexualidade não pode ser abordada somente nos seus aspectos erotizantes, anatômicos, fisiológicos ou de acordo com modelos higienista ou religioso. É preciso abordá-la buscando entender suas interações e complexidade considerando que envolve as pessoas e suas vivências mais íntimas, o que se expressa no nosso estudo.

O exercício da sexualidade se intersecciona com saúde sexual em todas as fases do ciclo vital, mas é sobretudo na adolescência em que ocorre comumente a iniciação sexual que se exacerbam desejos, fantasias e a busca pelo prazer imediato. Tais características, deixam adolescentes vulneráveis à gravidez não planejada, aborto, IST/HIV, uso de drogas entre outros aspectos que demandam educação em saúde nesse campo.

Prevenção do câncer de colo do útero e de mama

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma. Representa 25% do total de casos no mundo em 2012, com aproximadamente 1,7 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). No Brasil, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2016 estima-se a ocorrência de 57.960 casos novos da neoplasia, que representam uma taxa de incidência de 56,2 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2015a).

O câncer de mama é considerado de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado oportunamente. Considera-se que a prevenção primária para esse agravo é limitada devido à falta de evidências que estabeleçam relação clara entre a doença e seus agentes causais (SILVA; SOARES; REGO, 2013). Com isso, reconhece-se maior efetividade das medidas de prevenção secundária por possibilitarem a detecção precoce, cujas principais estratégias são o auto exame das mamas (AEM), o exame clínico anual das mamas e o exame mamográfico, considerados complementares já que isoladamente nenhum deles é capaz de identificar mulheres com a doença (BORBA, 2010).

Ainda que haja questionamentos quanto a especificidade e sensibilidade do AEM, em países onde há limitações de acesso aos serviços de saúde, como no Brasil, o auto

exame mostra-se relevante no controle desse câncer (INCA, 2002). Dessa forma, o AEM pode ser usado como uma importante estratégia para a detecção, especialmente por ser uma técnica fácil, rápida e sem custos. Ademais, por ajudar na detecção de tumores pequenos, possibilita tratamento mais precoce e menos mutilante (SILVA, SOARES; REGO, 2013).

Contudo, o diagnóstico tardio do câncer de mama ainda é realidade em várias regiões do País, o que pode ser atribuído à dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, ao baixo nível de conhecimento das pessoas sobre assunto, à baixa capacitação dos profissionais de saúde, à desqualificação do sistema público para atender a demanda e à ineficiência dos gestores municipais e estaduais em definir o fluxo de referência e contra referência dos casos suspeitos (OSHIRO; SILVA; TRAVAIM et al., 2014).

Tal como o câncer mamário, o Câncer de Colo do Útero (CCU) também é problema de saúde pública responsável por altas taxas de prevalência e mortalidade entre mulheres de estratos sociais e econômicos mais baixos, que se encontram em plena fase produtiva. Estima-se que sua incidência seja duas vezes maior em países menos desenvolvidos e que seja mais frequente entre mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, quando o risco aumenta progressivamente até atingir seu pico na faixa etária de 45 a 49 anos (SILVA; VASCONCELOS; SANTANHE et al., 2010; RIBEIRO; MOURA; BRANDÃO, 2013).

As taxas de incidência estimadas e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados (INCA, 2015a). Segundo o Globocan cerca de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países menos desenvolvidos e a mortalidade por este câncer varia de 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas de menos de 2 por 100.000 na Ásia Ocidental e de 27,6 na África oriental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Esse é o terceiro tumor mais frequente na população feminina atrás do câncer de mama e do colorretal e a quarta causa de morte em mulheres por câncer no Brasil. Espera-se, para 2016, que 16.340 mulheres recebam o diagnóstico de câncer de colo uterino (INCA, 2015b). A principal estratégia utilizada para a detecção precoce desta neoplasia

no Brasil e em países como Austrália, Nova Zelândia, Inglaterra e Espanha é o rastreamento por meio do exame preventivo de câncer do colo uterino, também conhecido como Papanicolau ou exame citopatológico (AMARAL et al., 2014).

Nos países em que a mortalidade por câncer de colo uterino se mantém elevada, a maioria das mulheres que desenvolveram esta neoplasia não realizou o exame citopatológico ou o fizeram com periodicidade inadequada, sendo observado também inadequações técnicas na coleta e análise do material (FELICIANO; CHRISTERI; VELHO, 2010). A falta de conhecimento sobre o CCU, sobre a técnica e a importância do exame, bem como sentimentos de medo na realização do procedimento, vergonha e dor, a ausência de sintomas, esquecimento e as dificuldades para fazer o exame são fatores que contribuem para não realização periódica do Papanicolaou pelas mulheres (GRANDE, 2013).

Considerando que o controle dessas neoplasias é prioridade das políticas de saúde para mulheres e que esses agravos respondem por elevada taxa de incidência e mortalidade na população feminina, consideramos legítima a preocupação das/os participantes do estudo em trabalhar essas temáticas junto às usuárias da ESF. Proporcionar a participação ativa das mulheres em processos educativos direcionados à prevenção dessas neoplasias significa colocá-las na posição de sujeitos de mudanças comprometidas com a melhoria dos níveis de saúde a nível individual e coletivo. Essa perspectiva de envolvimento possibilita que a educação em saúde se consagre como importante instrumento de prevenção e promoção do diagnóstico e do tratamento precoce.

Uso de drogas por mulheres

O consumo de drogas entre as mulheres é considerado um comportamento social desviante dos papéis sociais e culturais a que são destinadas. Nessa perspectiva, a mulher que adota o consumo de drogas está contrariando duplamente as normas sociais, que contribuem para o ocultar o consumo de drogas por mulheres e, conseqüentemente, para vulnerabilidade delas a vários agravos sociais e de saúde (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

Indicadores epidemiológicos nacionais e internacionais mostram a predominância masculina no abuso da maioria das substâncias. Em nível internacional, pesquisas mostram ser menor a probabilidade de uso de drogas ilícitas por mulheres em comparação aos homens. No entanto, o uso de medicamentos se faz mais predominante entre as mulheres. Em termos de diferenças fisiológicas, pesquisas apontam que a dependência feminina de substâncias ilícitas se dá mais rapidamente, o que favorece comportamentos

de risco (UNODC, 2011b).

As mulheres são mais vulneráveis do que os homens às repercussões do consumo de substâncias psicoativas em relação ao corpo e a vida. No geral, as mulheres dependentes de drogas têm menos recursos, são mais suscetíveis a viver com um parceiro usuário e têm problemas mais graves no tratamento. As usuárias também sofrem mais com traumas relacionados a abusos físicos e sexuais e distúrbios psiquiátricos simultâneos, como estresse pós-traumático, desordem, ansiedade e outros distúrbios de humor (UNODC, 2011a).

Por ser problema frequentemente vivenciado por mulheres assistidas pela equipe multidisciplinar participante do presente estudo, o uso de drogas como tema de práticas educativas para o público feminino precisa ser levado ao debate. Isso promoverá a reflexão das mulheres sobre o problema social do uso de drogas e as instrumentalizará para o manejo de situações de exposição. Trazer essa temática a público também capacitará a equipe quanto ao manejo dos casos e, se mobilizados adequadamente, a aprendizagem e os conhecimentos produzidos no processo educativo permitirão a canalização dos esforços à formação de uma rede de apoio às mulheres usuárias e dependentes de drogas.

Violência contra a mulher

A violência é um problema histórico, social e de saúde de grande magnitude e de transcendência mundial. Encontra-se diluída na sociedade, é polimorfa, multifacetada e apresenta diversas manifestações que interagem e retroalimentam-se, com formas de expressões conjunturais presentes no cotidiano das relações interpessoais (BRASIL, 2005; REICHENHEIM; SOUZA; MORAES et al., 2011).

A desigualdade de gênero tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres, resultado da diferença de poder que se traduz em relações de força e dominação. Assim, a violência de gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia significativamente o modo de viver, de adoecer e de morrer das mulheres (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Homens e mulheres são atingidos pela violência de maneira diferenciada. Enquanto os homens tendem a ser vítimas de uma violência predominantemente praticada no espaço público, as mulheres sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta no âmbito privado, na grande parte das vezes praticado por seus companheiros e familiares. Ainda que seja um fenômeno reconhecidamente presente na vida de milhões de

brasileiras, não existem estatísticas sistemáticas e oficiais que apontem para a magnitude desse fenômeno. Estudos apontam que aproximadamente 24% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica. Quando estimuladas por meio da citação de diferentes formas de agressão, esse percentual sobe para 40% (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, esse fenômeno requer do Estado e dos/as demais agentes uma abordagem intersetorial e multidimensional na qual as dimensões mencionadas sejam reconhecidas e enfrentadas. Além do mais, uma política na área de violência contra as mulheres exige uma atuação conjunta para o enfrentamento do problema, que envolva diversos setores como a saúde, a educação, a assistência social, a segurança pública, a cultura, a justiça, e outros; no sentido de dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e de garantir a integralidade do atendimento àquelas que vivenciam tal situação (BRASIL, 2011).

As dificuldades de prevenção e enfrentamento desse tipo de violência estão associadas às barreiras culturais, aos fatores educacionais e à escassez de serviços e profissionais especializados para atender os casos (BERNS; COELHO; LINDNER, 2012). Nesse sentido, a intervenção do Estado na efetivação de políticas públicas é requerida para produzir ações afirmativas que realmente sejam eficazes para a redução da violência de gênero (CARNEIRO; FRAGA, 2012). A abordagem dessa problemática nos serviços de saúde demanda práticas congruentes com essa perspectiva, para dar visibilidade à violência, incorporar a perspectiva de gênero nas ações e abrir possibilidades de escuta. (LEITE ET AL, 2014)

O acolhimento das mulheres em situação de violência doméstica pelos serviços de saúde, no geral, ocorre de maneira fragmentada e pontual, pois os/as profissionais não estão preparados para atender de maneira integral essa demanda. Frente à prática clínica, em que esses atos tendem a se manter na invisibilidade, a conduta dos/as profissionais de saúde é de não acolhimento às necessidades das mulheres, restringindo suas ações a encaminhamentos, o que também nem sempre resulta em resposta adequada às suas demandas.

Dessa forma, a proposta do grupo participante em inserir ações de educação em saúde no âmbito da violência vivida ou não pelas mulheres coaduna com as proposições políticas governamentais de combate e prevenção, tendo em vista que favorece o fortalecimento da Rede de atenção a mulheres em situação de violência, dado que trazer essa temática ao debate, em todas as suas formas, possibilitará desvincular o problema do âmbito privado, dando-lhe visibilidade, o que pode contribuir para estimar sua magnitude

e fortalecer as estratégias de prevenção e enfrentamento.

Consideramos imprescindível que profissionais de saúde que estão em contato diariamente com mulheres na ESF repensem suas práticas de cuidado a fim de tornar seu olhar e suas ações mais sensíveis à violência de gênero. Para tal, faz-se necessário, entre outras coisas, agregar à prática profissional ações de educação em saúde sobre a temática, voltadas para a conscientização e empoderamento das mulheres. Isso possivelmente contribuirá para a emancipação da condição de vítimas e de culpadas pela repressão que sofrem, de forma que o problema ganhe a relevância merecida e que haja promoção da autonomia feminina para sair do anonimato e enfrentar a violência.

Saúde bucal

A Odontologia é um campo que tem experimentado importante desenvolvimento técnico e científico, no entanto, isso não tem garantido impacto significativo sobre as condições de saúde bucal das populações de países com baixo desenvolvimento socioeconômico. Por isso, valoriza-se programas e investimentos que busquem melhorias na atenção à saúde bucal desses grupos, tendo em vista sua importância para manutenção de bons padrões de auto cuidado a fim de prevenir e controlar doenças da boca. Essas iniciativas devem abranger, especialmente, grupos populacionais que, historicamente, tem acesso limitado a programas de atenção odontológica (CODATO et al., 2011), como é o caso de mulheres usuárias da ESF.

Estudos demonstram que profissionais da saúde bucal atuantes na ESF mostram-se frequentemente despreparados para atividades de promoção e prevenção, realizando-as de maneira inadequada ou incompleta. Tais atividades são efetuadas, geralmente, por meio de orientações individuais na consulta e palestras expositivas, sem a participação de usuárias/os na construção de saberes que as/os capacitem nas questões relativas ao desenvolvimento de seu autocuidado. A população responde a estas ações, ávida pelo tratamento curativo, resistindo a esse modelo tradicional de atenção (PONTES, 2007).

Na odontologia, a educação em saúde tem sido parte importante da assistência, sendo os serviços de saúde cenários constantes dessa prática. Já foi observado impacto de medidas educativas na redução de placa e gengivite, na melhorada condição de higiene, na halitose, no conhecimento e até mesmo na satisfação do paciente (MACNAB; KASANGAKI, 2012). Nesse âmbito da atenção, espera-se que a educação em saúde seja instrumento que favoreça a mobilização e a construção de conhecimentos sobre a saúde bucal, que se traduzam em mudanças efetivas quanto ao autocuidado, com resultados

relevantes sobre os níveis de saúde bucal das pessoas e grupos. (CODATO et al., 2011)

Estudo recente mostrou haver relação linear entre a frequência do acesso a informações sobre higiene bucal e o número total de perdas dentárias por cárie entre adultos/as. Pessoas que raramente ou nunca receberam informações sobre higiene bucal perderam maior número de dentes por cárie do que aqueles/as que sempre ou frequentemente receberam tais informações (HAIKAL et al., 2014).

A literatura tem demonstrado que mães bem informadas e motivadas cuidam melhor da saúde bucal de seus filhos (GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003). No nosso estudo, os discursos das/os participantes evidenciam a prioridade para práticas educativas voltadas a mulheres gestantes. Por ser a gravidez um período que a mulher está mais permeável a informações que visam proteger o/a futuro/a filho/a, constitui etapa favorável para a promoção da saúde e mudanças de hábitos. Com isso, é possível obter melhorias no autocuidado da gestante em relação à saúde bucal e que os benefícios das boas práticas de saúde se estendam ao futuro bebê, minimizando a o surgimento patologias bucais na criança.

METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS PARA O TRABALHO COM MULHERES

No contexto de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) a educação em saúde constitui importante estratégia de promoção da saúde e representa uma das mais relevantes atividades dos/as profissionais atuantes nesta área. A educação em saúde é ação comum aos diferentes níveis de atenção, mas tem na APS um significado especial dada sua potencialidade como ação preventiva e promotora da saúde, além de fomentar a reflexão crítica e consciente das pessoas sobre sua cidadania, empoderamento nas decisões sobre sua saúde e a corresponsabilidade sobre a saúde da comunidade em que vivem.

Tanto na área de educação quanto na de saúde observa-se o predomínio do enfoque curativo em detrimento do preventivo; a ausência de integração entre os educadores e os membros da comunidade; a falta de abordagens multidisciplinares; o ceticismo dos profissionais em trabalhar de forma participativa com a comunidade e a falta de qualificação desses profissionais são entraves à comunicação no âmbito da difusão científica e educação em saúde (KRUSCHEWSKY; KRUSCHEWSKY; CARDOSO, 2008).

Em contrapartida, diversos grupos de profissionais têm buscado enfrentar o

desafio de incorporar no serviço público metodologias ativas, como a Educação Popular, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social. Enfrentam tanto a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante, como a carência de recursos oriunda do conflito distributivo no orçamento (VASCONCELOS, 2004).

A Educação Popular busca trabalhar pedagogicamente as pessoas e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Tem recebido o atributo de ação que reorienta a globalidade das práticas executadas, contribuindo na superação do biologicismo, autoritarismo do doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que dominam a medicina atual. É, assim, um instrumento de construção da ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população (VASCONCELOS, 2004).

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos/as usuários/as insere-se no discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico (ALVES, 2005). Também referido como libertador, esse modelo baseia-se em práticas educativas sensíveis às necessidades das pessoas e tem o diálogo como instrumento essencial por meio do qual elas se tornam capazes de refletir criticamente sua realidade e aperfeiçoar suas estratégias de enfrentamento, fazendo-as sujeitos sociais autônomos na reivindicação dos seus interesses.

Na execução das práticas educativas é possível utilizar uma variedade expressiva de materiais e métodos. Nas metodologias ativas, sobressaem-se as oficinas, os grupos focais, as rodas de conversa, a dramatização, jogos educativos, gincanas, recursos de que podem se utilizar de instrumentos facilitadores da comunicação como vídeos, textos, música e outros. Especialmente nas comunidades infantis é apropriado o uso de métodos lúdicos como brincadeiras, teatro, jogos educativos, gincanas, desenhos para colorir e outros que estimulem a criatividade, a comunicação e a socialização. Considerando-se a utilização de distintos recursos educacionais, aplicados a diferentes populações, salienta-se a importância do respeito às individualidades culturais, às crenças, hábitos, pensamentos, valores, normas e comportamentos para o êxito do processo educativo (FADEL; BORDIN; LANGOSKI, 2013).

INTERSETORIALIDADE DO TRABALHO EDUCATIVO COM MULHERES

A intersectorialidade representa um princípio da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, ao sinalizar como atribuições de todos/as os/as profissionais que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família, o desenvolvimento de ações intersectoriais por meio de parcerias e de recursos na comunidade que possam potencializar estas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins orientados para a promoção de saúde (MORETTI; TEIXEIRA; SUSS, 2010).

O exercício da intersectorialidade denota um movimento de superação da visão e das práticas fragmentadas, sendo, ainda, uma estratégia de produção crescente de articulações entre diferentes segmentos, tanto no plano interno quanto no externo (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2007). Na saúde, este esforço significa reconhecer a complexidade da realidade sanitária e que ações isoladas e descontextualizadas não conseguirão produzir os resultados desejados do ponto de vista de transformação das condições de saúde da população.

Como um processo coletivo e organizado, a ação intersectorial não pode ser espontânea. Trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou o enfrentamento final do problema principal, como também para a acumulação de forças na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir (CAMPOS, 2000).

A Estratégia Saúde da Família, foi criada pelo governo federal com o objetivo de reorientar o modelo assistencial em saúde. A Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 determina que o trabalho da ESF deve valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e, por isso, deve ser interdisciplinar e intersectorial.

Em 2008, com o objetivo de apoiar e ampliar a resolutividade da ESF, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Conforme a Portaria n. 3.124/12, o NASF deve ser composto de equipe multiprofissional e, para superar os modelos convencionais de assistência à saúde que visam à assistência curativa, especializada e fragmentada, busca a corresponsabilização e gestão integrada do cuidado em saúde junto à ESF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Para garantir a saúde das diferentes populações, a ESF e o NASF devem, para além da interdisciplinaridade das ações, promover a integração entre setores da Educação, saúde, trabalho, transporte, assistência social, e outros, que devem ser convocados para compor ações estratégicas, tecidas em conjunto, para o fortalecimento das ações em saúde

(GIOVANELLA; MENDONÇA; ALMEIDA et al., 2009).

Outra forma de parceria intersetorial possível à ESF é o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estratégia responsável pela atenção à saúde mental das pessoas e grupos de determinado território. Um de seus principais desafios é promover a articulação social e intersetorial de forma que suas ações sejam ampliadas para outras áreas de abrangência. De acordo com a Portaria nº 336 de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, é função do serviço oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica (HAIKAL et al., 2014).

As possíveis parcerias entre ESF, NASF e CAPS reforçam a importância da integralidade das ações do sistema de saúde e a corresponsabilidade dos diferentes serviços da atenção primária perante os problemas de ordem biológica ou sociais das pessoas e das coletividades. As propostas da equipe multiprofissional participante desse estudo vislumbram essa parceria. Dessa forma, a articulação política e intersetorial entre esses serviços é uma prerrogativa ao enfrentamento de relevantes problemas sociais como é o caso da violência contra a mulher e do uso de drogas por esse grupo, presentes no cotidiano das mulheres usuárias da ESF em estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa proposta de trabalho educativo é resultante de um importante processo reflexivo conjunto com profissionais da ESF no sentido de mobilização para transformações no que tange ao atendimento de demandas de usuárias da estratégia por meio de práticas educativas não convencionais.

Sua relevância está no fato de que é uma proposta construída a partir da problematização do cotidiano assistencial às mulheres no âmbito da atenção primária à saúde, tendo como elemento primordial a educação em saúde orientada para metodologias ativas que promovam a participação das mulheres nos processos relativos à sua saúde e sua consciência crítica sobre as condições de vida individuais e coletivas.

Os temas valorizados pela equipe profissional são oriundos do cotidiano da atenção à saúde, portanto validados na experiência diária e por isso de alta relevância, demonstrando sensibilidade profissional para questões que não são apenas locais, mas de interesse nacional e da agenda de prioridades do Ministério da Saúde.

Considerando que na realidade estudada há uma orientação tecnocrata para processos educativos, sem experiências sistemáticas da equipe de trabalho com grupos, e

que as abordagens são orientadas por valores individuais, entendemos que a operacionalização desta proposta deve ser antecedida por trabalho com profissionais sobre cada tema de modo a desideologizar a realidade, problematizando-a, revendo conceitos e preconceitos. Requer também a antecipação de ações que capacitem a equipe multiprofissional ao trabalho com métodos participativos, a fim de instrumentalizá-la para o trabalho educativo com mulheres. Necessário também se faz a sensibilização de coordenadores/as e gestores/as, de modo a envolvê-los/as nas ações como facilitadores/as e viabilizadores/as desse plano.

No entanto, é possível distinguir como limitação do trabalho, o não envolvimento das mulheres no processo de construção dessa proposta. Apesar de contrário ao que se propõe nessa pesquisa, e de entendermos que um trabalho educativo voltado a demandas de mulheres requer, necessariamente, a participação das mesmas, a escuta de suas necessidades e demandas e a reflexão conjunta com elas, não foi possível realizar esse movimento. Assim, a proposta feita revela a visão de profissionais da ESF sobre as demandas das mulheres em seu cotidiano de trabalho.

Sugere-se que tais limites sejam transpostos com a realização de novos estudos e com desenvolvimento de trabalho semelhante envolvendo mulheres usuárias do serviço, a fim de construir proposta participativa que reproduza suas reais necessidades e demandas. O produto pode ser utilizado com efeito equiparação e complementação das propostas e essa continuidade pode ser feita pelo grupo de participantes, gestores/as e supervisores/as, com ou sem a ajuda de pesquisadores/as.

Considerando que na realidade estudada há uma orientação tecnocrata para processos educativos, sem experiências sistemáticas da equipe de trabalho com grupos, e que as abordagens são orientadas por valores individuais, entendemos que a operacionalização desta proposta deve ser antecedida por trabalho com profissionais sobre cada tema de modo a desideologizar a realidade, problematizando-a, revendo conceitos e preconceitos. Requer também a antecipação de ações que capacitem a equipe multiprofissional ao trabalho com métodos participativos, a fim de instrumentalizá-la para o trabalho educativo com mulheres. Necessário também se faz a sensibilização de coordenadores/as e gestores/as, de modo a envolvê-los/as nas ações como facilitadores/as e viabilizadores/as desse plano.

Para o êxito dessa ação, consideramos fundamental a parceria intersetorial da ESF com instituições como o NASF e o CAPS, a fim aumentar a efetividade das ações por meio de intervenções educativas direcionadas a temas mais específicos e que requerem

maiores aprofundamentos, como é o caso da violência de gênero e do uso de drogas entre as mulheres.

Por fim, consideramos de grande importância a implementação dessa proposta de trabalho com mulheres e acreditamos na sua potencialidade para transformar as concepções tradicionais que permeiam o agir em saúde não apenas da equipe participante, mas, numa dimensão mais ampla, cremos que por meio dela seja possível aos profissionais da rede de atenção primária local reorientarem o cuidado às mulheres tanto na ESF quanto em outros serviços que atendam esse grupo, qualificando as ações e tornando-as mais próximas da integralidade.

A nível macro político, as sugestões de trabalho apresentadas no plano educativo são possíveis de aplicação em outras realidades regionais e nacionais, pois considera-se que as demandas e as necessidades de intervenção apresentadas constituem realidade comum e estão sempre presentes nos cenários em que as mulheres buscam atendimento.

REFERÊNCIAS

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

AMARAL, A.F.; ARAÚJO, E.S.; MAGALHÃES, J.C. et al. Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet**, vol. 36, n. 4, p. 182-7, 2014.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Cien Saude Colet**, vol.11, n. 1, p. 219-27.

AZAMBUJA, M.R.D.; NOGUEIRA, C. Qual a importância da violência contra mulheres na Revista Portuguesa de Saúde Pública? **Rev Port Saude Pub**, vol. 28, n. 1, p. 57-65, 2010.

BERNZ, I.M.; COELHO, E.B.S.; LINDNER, S.R. Desafio da Violência Doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura. **Saude & Transf Soc.**, vol. 3, n. 3, p. 105-11.

BORBA, A.A.; SOUZA, R.M.; LAZZARON, A.R. et al. Frequência de realização e acurácia do auto exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à mamografia. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**, v. 20, n. 1, p.38-44, 2010.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. **Rev. Rene**, vol. 11, n. esp., p. 142-9, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os

Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011.

BUENO, S.M.V. **Tratado de educação sexual e sexualidade DST, AIDS, drogas e violência**. Ribeirão Preto: FIERP/EERP-USP, 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

CARNEIRO, A.A.; FRAGA, C.K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada; **Serv. Soc. Soc.**, vol. 1109, p. 369-97, 2012.

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L.; CORDONI JÚNIOR, L.; HIGASI, M.S. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.

COELHO, E.A.C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero**. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001, 185 p.

FADEL, C.B.; BORDIN, D.; LANGOSKI, J.E. A educação como prática viabilizadora da saúde bucal. **J Health Sci Inst.**, vol. 31, n. 2, p. 136-40, 2013.

FELICIANO, C.; CHRISTEN, K.; VELHO, M.B. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 1, p. 75-9, jan/mar, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P.F. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; FONSECA, R.M.G.S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc Anna Nery**, vol. 13, n. 3, p. 625-31.

GUIMARÃES, A.O.; COSTA, I.C.C.; OLIVEIRA, A.L.S. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. **JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, vol. 6, n. 29, p. 83-86, 2003.

HAIKAL, D.S.; MARTINS, A.M.E.B.L.; AGUIAR, P.H.S. et al. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 1, p. 287-300, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do Câncer do Colo do Útero**. [Internet]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude. Acesso em 08 de dez. de 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2016. **Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Periodicidade de realização do exame preventivo de câncer de colo de útero. Normas e Recomendações do Inca. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 48, n. 1, p. 13-15, 2002.

JAQUES, A. E.; PHILBERT, L. A. S.; BUENO, S. M. V. Significados sobre sexualidade humana junto aos professores do ensino fundamental. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama; v. 16, n. 1, p. 45-50, jan.-abr., 2012.

KRUSCHEWSKY, J.E.; KRUSCHEWSKY, M.E.; CARDOSO, J.P. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. **Rev. Saúde. Com.**, vol. 4, n. 2, p 160-160, 2008.

LOURO, G.L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-Posições**, v. 19, n. 2, supl. 56, maio/ago. 2008.

MACNAB, A.; KASANGAKI, A. 'Many voices, one song': a model for an oral health programme as a first step in establishing a health promoting school. **Health Promotion International**, vol. 27, n. 1, p. 63-73, 2012.

MORETTI, A.C.; TEIXEIRA, F.F.; SUSS, F.M.B. ET AL. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 1, p. 1827-34, 2010.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo Saúde**, vol. 34, n. 1, p. 92-6, 2010.

NUNES, C.A. Dialética da sexualidade e educação sexual no Brasil. **Revista Linhas**, Santa Catarina, v. 7, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1329/1138>. Acesso em: 09 de Dezembro de 2015.

NWAGU, E.N. Alcohol and drug usage; and adolescents' sexual behaviour in Nigeria. **Health Promotion International**, p. 1-9, 2015. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2015/02/06/heapro.dav001.full.pdf+html>

OLIVEIRA, J.F.; PAIVA, M.S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, vol. 11, n. 4, p. 625- 31, 2007.

OSHIRO, M.L; BERGMANN, A.; SILVA, R.G. et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no

Centro Oeste do Brasil. **Rev. Bras. de Cancerologia**, vol. 60, n. 1, p. 15–23, 2014.

PINHEIRO, R. Atenção básica à saúde: Um olhar a partir das práticas de Integralidade em saúde. **Rev. Min. Enf**; vol. 9, n. 2, p. 174-78, Abr.- Jun., 2005.

PONTES, N.S.T. **Processo de trabalho em saúde bucal e necessidade de educação permanente: a experiência do PSF no município de Petrópolis** [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

REICHENHEIM, M.E.; SOUZA, E.R.; MORAES, C.L. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, vol. 377, p. 1962-75, 2011.

RESSEL, L.B.; STUMM, K.E.; RODRIGUES, A.P. Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. **Avances en Enfermería**, vol. 31, n. 2, 2013, p. 65-73, 2013.

RIBEIRO, K.F.C.; MOURA, M.S.S.; BRANDÃO, R.G.C. et al. Conhecimento, atitude e prática de acadêmicas de enfermagem sobre o exame de Papanicolaou. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; vol. 2, n. 2, p. 460-7. Abr.-Jun., 2013.

SILVA, N.R.A.; SOARES, D.A.; REGO, S.J. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. **Enfermería Global**, n 29, p. 463- 76. Enero, 2013.

SILVA, S.E.D.; VASCONCELOS, E.V.; SANTANA, M.E. et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Rev. Esc. Enferm USP**, vol. 44, n. 3, p. 554-60, 2010.

SOUZA, L.B.; TORRES, C.A.; PINHEIRO, P.N.C.; PINHEIRO, A.K.B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**, vol. 18, n. 1, p. 55-60. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Global Illicit Drug Trends 2002**. New York, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned**. Vienna: United Nations Publication; 2004.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 67- 83, 2004. Vienna: United Nations Publication; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer**. Globocan, 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidencia a manutenção do modelo biomédico nas práticas de atenção às mulheres usuárias da ESF. Esse paradigma tem influenciado a organização do serviço e as práticas de educação em saúde e tem dificultado a concretização da ESF como estratégia contra hegemônica. As limitações desse modelo assistencial na realidade estudada tem reproduzido práticas de cuidado que se distanciam da integralidade, com sobreposição da clínica, desvalorização de práticas coletivas e prioridade para a produtividade. Isso tem contribuído para gerar ambiente de desestímulo e descrédito para o trabalho educativo, que se dilui diante da prioridade para o alcance de metas.

Ações educativas direcionadas às mulheres não encontram espaço na ESF e sua inexistência parece não afetar o modelo que sustenta o serviço em estudo. Desse modo, as práticas de cuidado às mulheres tem acontecido em contexto que nega o acolhimento das demandas mais subjetivas das usuárias e que desconsidera a complexidade e a amplitude dessas demandas. Confirma-se, portanto, as indicações da literatura de que profissionais tem compreensão limitada das necessidades das usuárias dos serviços públicos de saúde, o que tem resultado em práticas descontextualizadas, sem inclusão da dimensão cultural e subjetiva, negando-se a integralidade.

A manutenção desse modelo, aliada ao déficit estrutural e material e à desvalorização do trabalho pela gestão de base autocrata tem desestimulado o trabalho educativo com mulheres na perspectiva emancipatória e participativa. Quando assumem realizar educação em saúde com mulheres, os/as profissionais elegem a palestra ou a orientação individual como método. Sabe-se que essa metodologia também é orientada pelo paradigma dominante e que tem baixo potencial para responder com efetividade às demandas das mulheres. Essas tem resistido à participação em ações baseadas em métodos convencionais de educação em saúde e priorizado a clínica no atendimento de seus problemas, numa demonstração de que a cultura curativista se mantém no serviço.

Diante de tais evidências, a equipe multiprofissional que participou da pesquisa, quando convidada a debater e refletir sobre tal realidade, apresentou-se disponível para pensar possibilidades de trabalho educativo com mulheres que promovam a participação baseada em metodologias ativas e com maior capacidade de intervenção e de respostas efetivas às demandas das usuárias. Considerando as prioridades apresentadas para trabalho educativo, a equipe se mostra aberta a qualificar suas práticas e avançar na direção de mudanças comprometidas com a realidade e com os contextos em que são

construídas e vivenciadas as demandas pelas mulheres. Assim, foi construída uma proposta para o trabalho educativo com usuárias da ESF.

A proposta contemplou temáticas oriundas do universo das mulheres, tendo o grupo priorizado temas que consideram de maior relevância. Propôs-se levar ao debate com as mulheres os temas sexualidade no ciclo vital da mulher; violência contra a mulher; prevenção do câncer de mama e de colo uterino; uso de drogas por meninas/ mulheres; e saúde bucal de gestantes e suas crianças. Para isso, sugerem o uso de metodologias participativas direcionadas às especificidades de cada temática e de cada grupo de mulheres aos quais as atividades serão direcionadas.

A elaboração dessa proposta mostrou que a equipe coloca-se disponível à mudança e que acreditam na possibilidade da sua implementação. As parcerias com o NASF e o CAPS, sugeridas pelo grupo, demonstram que os/as participantes consideram a intersetorialidade um requisito às práticas educativas, tendo em vista que o manejo de muitas demandas que as mulheres levam à unidade de saúde extrapolam as possibilidades de intervenção da equipe e requerem ações em rede, mais direcionadas e específicas, como é o caso das mulheres vítimas de violência e das usuárias de drogas.

A intersetorialidade também se faz presente nas articulações da ESF com setores da educação e com lideranças comunitárias. Sem que elas aconteçam e diante dos limites estruturais existentes, não será possível ao grupo viabilizar essa proposta educativa. Considerando que as sugestões foram feitas a partir da realidade que vivenciam no cotidiano de cuidado às mulheres e que se propõem ao uso de métodos ativos, acreditamos no potencial dessa proposta para transformar e qualificar o cuidado às mulheres no serviço estudado.

As metodologias participativas de educação contribuirão para o empoderamento das mulheres e para a tomada de consciência crítica sobre suas condições de vida e de saúde, instrumentalizando-as para o reconhecimento de seus problemas e para a auto governança. No entanto, considerando a orientação tecnocrata para processos educativos e a inexistência de experiências sistemáticas da equipe com grupos, operacionalizar esse plano educativo requer antecipação de trabalho com profissionais sobre cada tema de modo a desideologizar a realidade, problematizando-a, revendo conceitos e preconceitos. Da mesma forma, demanda capacitação da equipe a fim de instrumentalizá-la para o trabalho com métodos participativos, com envolvimento e sensibilização de coordenadores/as e gestores/as.

Contudo, levar as propostas da equipe multiprofissional à dimensão prática, por si só, não garantirá as mudanças necessárias para romper com o modelo dominante que tem orientado seu agir em saúde. Isso será possível a partir da desconstrução das ideologias fundantes do doutrinamento biomédico que mesmo nos dias atuais continua a orientar as estruturas curriculares dos cursos de graduação médica e de outras áreas de saúde. A influência não está restrita à formação, se estende também às iniciativas de aperfeiçoamento profissional posteriores à graduação, sejam elas de instituições privadas ou públicas. Sendo a manutenção da cultura biomédica nas práticas e nos serviços de saúde retroalimentada por esse processo, necessariamente as mudanças passam por esse plano.

Nessa conjuntura, a integralidade é condição *sinequa non* para a materialização de políticas de saúde pelo exercício do acolhimento, da garantia de acesso, da responsabilização com resolubilidade, e da construção de vínculos. A educação em saúde nessa perspectiva aproxima pessoas, estimula a reflexão e a ação e estabelece parcerias. Para tanto, faz-se necessário gestão compartilhada disposta a se reerguer sob novos pilares, em que dialogam profissionais do cuidado, usuárias/os e gestoras/es. Nessa perspectiva, não há espaço para o modelo hegemônico, de modo que ter a integralidade como norteadora implica em nova visão de mundo que redefine organização de serviços, práticas e relações.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C., STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol. 8, n. 15, p. 259-74, 2004

ALMEIDA FILHO, N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.18, n. 6, p. 1677-82, 2013.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Ministério da Saúde; 2006.

ALMEIDA, M.S.; SILVA I.A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Esc Enferm USP**, vol. 42, n. 2, p. 347-54, 2008.

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

ALMEIDA, A.F.F.; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, vol. 41, n. 4, p. 565-72, 2007.

AMARAL, A.F.; ARAÚJO, E.S.; MAGALHÃES, J.C. et al. Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde. **Rev. Bras Ginecol Obstet**, vol. 36, n. 4, p. 182-7, 2014.

AMARAL, M. A. **Entre o desejo e o medo: oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescentes**. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005, 138 p.

ARAÚJO, J.L.; PAZ, E.P.A; MOREIRA, T.M.M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, vol. 14, n. 3, p. 560-566, 2010.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, Supl.1, p. 20-31, jun. 2007.

ARAÚJO, M.J.O. O papel das práticas educativas: como a questão educativa é encarada no Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. In: ARAÚJO, M.J.O. et al. **Saúde das mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; p. 12-17, 2000.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.11, n. 1, p. 219-27.

ARNOT, M. Valores feministas e educação democrática: repensar a igualdade e a diferença. In: Congresso Internacional sobre a Coeducação, 5, 1994, Valência, Comunicação. **Valência: Educação, Sociedade e Culturas**, 1996, p. 209-231.

ATEHORTÚA, I.C.G.; ARANGO, D.C. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia). **Invest Educ Enferm**, vol. 30, n. 1, p. 77-85, 2012.

AZAMBUJA, M.R.D.; NOGUEIRA, C. Qual a importância da violência contra mulheres na Revista Portuguesa de Saúde Pública? **Rev Port Saude Pub**, vol. 28, n. 1, p. 57-65, 2010.

BACKES, V.M.S. et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 61, n. 6, p. 858-65, nov-dez, 2008.

BARROS, A.L.B.L.; CARNEIRO, C.S.; SANTOS, V.B. A educação em saúde: um campo de atuação clínica e de pesquisa na enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 2. São Paulo, 2011. Editorial.

BARROS, A.R. **Demandas de saúde e a experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na busca pelo cuidado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. 105 p.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, vol. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

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

BERNZ, I.M.; COELHO, E.B.S.; LINDNER, S.R. Desafio da Violência Doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura. **Saude & Transf Soc.**, vol. 3, n. 3, p. 105-11.

BORBA, A.A.; SOUZA, R.M.; LAZZARON, A.R. et al. Frequência de realização e acurácia do auto exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à mamografia. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**, v. 20, n. 1, p.38-44, 2010.

BORGES, M.T.T.; BARBOSA, R.H.S. Confluindo gênero e educação popular por meio de uma pesquisa-ação para a abordagem do tabagismo feminino em contextos de vulnerabilidade social. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.46, p.601-14, jul./set. 2013.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. **Rev. Rene**, vol. 11, n. esp., p. 142-9, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004**.

Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2ª ed. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil**. Anais da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011, 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009, 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. **Educação em Saúde: diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011.

BRILHANTE, A.V.M.; CATRIB, A.M.F. Sexualidade na adolescência. **FEMINA**, vol. 39, n. 10, p. 504-509, Out. 2011

BUENO, S.M.V. **Tratado de educação sexual e sexualidade DST, AIDS, drogas e violência**. Ribeirão Preto: FIERP/EERP-USP, 2009.

CAMILLO, S.O.; NÓBREGA, M.P.S.S.; THÉO, N.C. Percepções de graduandos de enfermagem sobre a importância do ato de ouvir na prática assistencial. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 44, n. 1, p. 99-106, 2010.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Ed. Círculo do Livro, 1982. 445 p.

CARNEIRO, F.; AGOSTINI, M. **Oficinas de Reflexão - Espaços de Liberdade e Saúde**. In: **Trabalho Feminino e Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, 1994.

CARNEIRO, A.J.S.; COELHO, E.A.C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1217-1226, Jun. 2010 .

CARNEIRO, A.A.; FRAGA, C.K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serv Soc**, vol. 1109, p. 369-97, 2012.

CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, Supl. 1, p. 1547-54, 2011.

CHAGAS, M.I.O.; XIMENES, L.B.; JORGE, M.S.B. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n.6, p. 646-50, Nov-Dez, 2007.

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L.; CORDONI JÚNIOR, L.; HIGASI, M.S. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.

COELHO, E.A.C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero**. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001, 185 p.

COELHO, E.A.C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**, vol. 25, n. 3, p. 415-22, 2012.

COELHO, E.A.C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 154-60, mar. 2009.

COELHO, E.A.C. et al. **Ocorrência de gravidez não planejada em áreas de cobertura do Programa de Saúde da Família– Salvador – BA**. Salvador: [s. n.], 2011. 93 p. [relatório técnico CNPQ].

COELHO, E.A.C. et al. **Integralidade no cuidado à saúde da mulher: limites e possibilidades na atenção básica**. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2007. [Relatório técnico CNPQ].

COELHO, E.A.C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, vol. 58, n. 3, p. 345-8, Maio- Jun., 2005.

CORREIA, V.A.A. **Gravidez na adolescência: construção discursiva de uma condição desviante?** Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014, 128 p.

COSTA, F.R.; SARAIVA, C.E.M. Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev. APS**, vol. 15, n. 2, p. 148-57, 2012.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol. 62, n. 1, p. 113-8, Jan.-Fev., 2009.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 319-335.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. In: ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.16, p. 39-52, Fev., 2005.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc**, vol. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

DALL'AGNOL, C.M.; RESTA, D.G.; ZANATTA, E.; SCHRANK, G.; MAFFACCIOLLI, R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 28, n. 1, p. 21-6, Mar. 2007.

DAMIANI, M.F. Sobre pesquisas do tipo intervenção. In: XVI Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino, 3, 2012, Campinas. **Anais do XVI ENDIPE**, UNICAMP. São Paulo: Junqueira e Marin, 2012, p. 2882-90.

DIAS, A.C.G.; JAGER, M.E.; PATIAS, N.D.; OLIVEIRA, C.T. Maternidade e casamento: o que pensam as adolescentes? **Interacções**, vol. 25, p. 90-112, 2013.

DIAS, A.C.G.; TEIXEIRA, M.A.P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**; vol. 20, n. 45, p. 123-31, Jan.-Abr., 2010.

DURÃO, A.V.; MOROSINI, M.V.; CARVALHO, V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (Org.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

DYSON, S. **Parents and sex education: parents attitudes to sexual health education in WA schools**. Melbourne: Department of Health, La Trobe University, 2010.

FADEL, C.B.; BORDIN, D.; LANGOSKI, J.E. A educação como prática viabilizadora da saúde bucal. **J Health Sci Inst.**, vol. 31, n. 2, p. 136-40, 2013.

FARIA, R.C.; CAMPOS, E.M.S. Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev APS**, vol. 15, n. 2, p. 148-157, Abr.- Jun., 2012.

FELICIANO, C.; CHRISTEN, K.; VELHO, M.B. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 1, p. 75-9, Jan./Mar., 2010.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol. 63, n. 4, p. 567-73, Jul.-Ago. 2010.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 6, p.1869-78, 2015.

FIORIN, J.L. **Linguagem e ideologia**. 6ª ed. São Paulo: Ática. 2003. 87 p.

FONSECA, A.F.; MACHADO, F.R.S.; BORNSTEIN, V.J.; PINHEIRO, R. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; vol. 21, n. 3, p. 519-27, 2012.

FONSECA, R.M.G.S.; AMARAL, M.A. Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-emancipatórias. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol. 65, n. 5, p. 780-7, Set.-Out., 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**, V.1: A vontade de saber. Graal ed. Rio de Janeiro: 1988.

FRANCO, M.A.S. *Pedagogia da Pesquisa-Ação. Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, Set.-Dez. 2005.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005, p. 181-193.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 48.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa -21ª Edição- São Paulo. Editora Paz e Terra, 2002.

FREIRE. P. **Educação como pratica da liberdade**. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P.F. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciêñ Saúde Colet**, vol. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; MITRE, S.M.; BATISTA, R.S.; CHERCHIGLIA, M.L. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 4, p. 1143-64, 2010.

GOMES, R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, Mai., 2011.

GOMES, R.S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC/ ABRASCO, 2010. p. 19-36.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; FONSECA, R.M.G.S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc Anna Nery**, vol. 13, n. 3, p. 625-31, Jul./ Set., 2009.

GUIMARÃES, A.O.; COSTA, I.C.C.; OLIVEIRA, A.L.S. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. **JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**; vol. 6, n. 29, p. 83-86, 2003.

HAIKAL, D.S.; MARTINS, A.M.E.B.L.; AGUIAR, P.H.S. et al. O acesso à informação

sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 1, p. 287-300, 2014.

HEIDEMANN, I.B.S. et al. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev Bras Enferm**, vol. 63, n. 3, p. 416-20, 2010.

HEILBORN, M.L.; ARAÚJO, L.; BARRETO, A. (Orgs). Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça/ GPP – GeR. **Módulo II: Políticas Públicas e Gênero**. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010, 266 p.

HEILBORN, M.L. Experiências da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Biográficas Juvenis. In: HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamound e Fiocruz; 2006. p. 29- 60.

HEILBORN, M.L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro, vol. 24, n. 1, p. 57- 68, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Diretoria de Pesquisas- DPE- Coordenação de População e Indicadores Sociais- COPIS. **Cidades: Pernambuco, Petrolina**. [internet], 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=261110&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Número 34. Síntese de Indicadores Sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2014**. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do Câncer do Colo do Útero**. [Internet]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude. Acesso em 08 de dez. de 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Periodicidade de realização do exame preventivo de câncer de colo de útero**. Normas e Recomendações do Inca. **Revista Brasileira de Cancerologia**; vol. 48, n. 1, p. 13-15, 2002.

JAEGER, M.L.; CECCIM, R.B. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

JAQUES, A.E.; PHILBERT, L.A.S.; BUENO, S.M.V. Significados sobre sexualidade humana junto aos professores do ensino fundamental. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 16, n. 1, p. 45-50, Jan./Abr. 2012.

JUNQUEIRA, M.A.B.; SANTOS, F.C.S. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, 2013, 12 (1): 66-80.

KAHHALE, E.M.P. Subsídios para reflexão sobre sexualidade na adolescência. Citado por MAROLA, C.A.G.; SANCHES, C.S.M.; CARDOSO, L.M. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. **Psic. da Ed.**, São Paulo, vol. 33, p. 1195-82, 2011.

KRUSCHEWSKY, J.E.; KRUSCHEWSKY, M.E.; CARDOSO, J.P. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. **Rev. Saúde. Com.**, vol. 4, n. 2, p 160-160, 2008.

LEITE, C.T.; VIEIRA, R.P.; MACHADO, C.A.; QUIRINO, G.S.; MACHADO, M.F.A.S. Prática de educação em saúde percebida por escolares. **Cogitare Enferm**, vol. 19, n. 1, p. 13-19, Jan- Mar, 2014.

LIMA, A.L.G.; CORREIA, V.A.A. A constituição histórica da gravidez na adolescência como um problema social. In: PINTO-COELHO, Z.; MARTINS, M.R.; BAPTISTA, M.M.; MAIA, S. (Org.). **Representações e práticas de gênero**. 1 ed. Braga: Editora do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade da Universidade do Minho, 2015, p. 157-174.

LIMA, I.F.S. et al. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 46, n. 4, p. 944-52, 2012.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

LOURO, GUACIRA LOPES. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Proposições**, v. 19, n. 2, supl. 56, Maio-Ago., 2008.

MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, M.F.C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, vol. 17, n. 2, p. 174-79, 2009.

MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/ UERJ: ABRASCO, 2005. p. 47-63.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA N.F.C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [Internet]. [cited 2015 Dec 14]; vol. 17, n. 2, p. 174-179, Abr., 2009. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692009000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200006>.

MACNAB, A.; KASANGAKI, A. 'Many voices, one song': a model for an oral health programme as a first step in establishing a health promoting school. **Health Promotion International**, vol. 27, n. 1, p. 63-73, 2012.

MARCACINE, K.O.; ORATI, P.L.; ABRÃO, A.C.F.V. Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Julho 2013.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro(RJ): IMS/UERJ/ABRASCO; 2001, p. 39- 64.

MATTOS, R.A. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada na integralidade. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes, e práticas**. CEPESC, Rio de janeiro, 2010.

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, Jan.-Abr., 2009.

MELLO, V.P. et al. Adolescência, sexualidade e gênero: possibilidades das oficinas de trabalho crítico-emancipatórias. **Rev. Min. Enferm.**, vol. 12, n. 3, p. 390-95, Jul.- Set., 2008.

MELO, V.H.; RIO, S.M.P.; BONITO, R.F.; LODI, C.T.C.; FONSECA, M.T.M.A. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 30, p. 3-12, 2014.

MENDES, E.V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: OPAS; 2012.

MENDONÇA, M.H.M.; MARTINS, M.I.C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 5, p. 2355-65, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000. 139 f.

MOIZÉS, J.S.; BUENO, S.M.V. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. **Rev. Esc. Enferm USP**, vol. 44, n. 1, p. 205-12, 2010.

MORETTI, A.C.; TEIXEIRA, F.F.; SUSS, F.M.B. ET AL. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência &**

Saúde Coletiva, vol. 15, n. 1, p. 1827-34, 2010.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo Saúde**, vol. 34, n. 1, p. 92-6, 2010.

NERY, I.S.; FEITOSA, J.J.M.; SOUSA, A.F.L.; FERNANDES, A.C.N. Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. **Acta Paul Enferm**, vol. 28, n. 3, p. 287-92, 2015.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. In: GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; MITRE, S.M.; BATISTA, R.S.; CHERCHIGLIA, M.L. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 4, 1143-64, 2010.

NUNES, C. A. Dialética da sexualidade e educação sexual no Brasil. **Revista Linhas**, Santa Catarina, v. 7, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1329/1138>. Acesso em: 09 de Dezembro de 2015.

NWAGU, E.N. Alcohol and drug usage; and adolescents' sexual behaviour in Nigeria. **Health Promotion International**, p. 1- 9, 2015. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2015/02/06/heapro.dav001.full.pdf+html>

OLIVEIRA, S.R.G.; WENDHAUSEN, A.L.P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 1, p. 129-47, 2014.

OLIVEIRA, J.F.; PAIVA, M.S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas. **Esc Anna Nery Rev. Enferm**, vol. 11, n. 4, p. 625- 31, 2007.

OSHIRO, M.L; BERGMANN, A.; SILVA, R.G. et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro Oeste do Brasil. **Rev. Bras. de Cancerologia**, vol. 60, n. 1, p. 15- 23, 2014.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO A (Org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; CEBES, 2008.

PAZ, A.P.B.; SALVARO, G.I.J. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, Número Monográfico, p. 121-133, Out., 2011.

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

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS,

R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. Atenção básica à saúde: Um olhar a partir das práticas de Integralidade em saúde. **Rev. Min. Enf**, vol. 9, n. 2, p. 174-78, Abr.- Jun., 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 21-36.

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

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem, métodos, avaliação e utilização**, 6ª ed. PortoAlegre: ArtesMédicas, p. 163- 98, 2004.

PONTES, N.S.T. **Processo de trabalho em saúde bucal e necessidade de educação permanente: a experiência do PSF no município de Petrópolis** [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

PORTELLA, A.P.; GOUVEIA, T. Introdução: Feminismo, educação e gênero. In: WILLIAMS, S. **Manual de formação em gênero**. OXFAM, Recife: SOS Corpo, 1999. p. 11-18.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PETROLINA. Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Petrolina, 2013, 98 p. Disponível em: http://www.petrolina.pe.gov.br/2010/prestacao_contas/2014/GORVERNO/ITEM_30.1.pdf.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm**, vol. 65, n. 2, p. 257-63, Mar.-Abr., 2012.

REIBNITZ, K.S.; PRADO, M.L. Em busca de metodologias ativas: possibilidades e desafios da metodologia problematizadora. In: REIBNITZ, K.S.; PRADO, M.L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2006. p. 223-39.

REICHENHEIM, M.E.; SOUZA, E.R.; MORAES, C.L. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, vol. 377, p. 1962-75, 2011.

RESSEL, L.B.; STUMM, K.E.; RODRIGUES, A.P. Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. **Avances en Enfermería**, vol. 31, n. 2, p. 65-73, 2013.

RIBEIRO, K.F.C.; MOURA, M.S.S.; BRANDÃO, R.G.C. et al. Conhecimento, atitude e prática de acadêmicas de enfermagem sobre o exame de Papanicolaou. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 2, n. 2, p. 460-7. Abr.- Jun., 2013.

RIGHI, L.B. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 18, Supl. 1, p. 1145-50, 2014.

RIGON, A.G.; NEVES, E.T. Educação em Saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n 4, p. 812-7, Out.- Dez., 2011.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia ciência e profissão**, vol. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

ROECKER, S.; BUDÓ, M.L.D.; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 46, n. 3, p. 641-49, 2012.

ROMERA, A.A.; BARRÊTO, A.J.R.; SÁ, L.D.; ALMEIDA, S.A.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, C.M.C.P. Trabalho do apoiador matricial: dificuldades no âmbito da atenção básica em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, vol. 34, n. 4, p. 140-47, 2013.

SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, N.A.A (Org). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010, 203 p.

SANTIAGO, L.M.; RODRIGUES, M.T.P.; OLIVEIRA JUNIOR, A.D.; MOREIRA, T.M.M. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, vol. 65, n. 6, p. 1026- 9, Nov.- Dez., 2012.

SANTOS, L.F.B.; DAVID, H.M.S.L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 1, p. 52-7, 2011.

SANTOS, A.C.S. Pedagogia feminista como possibilidade de construção de novas relações de gênero. **Revista Ártemis**, ed. 5, vol. 14, p. 174-82, Ago.- Dez., 2012.

SANTOS, APV. **Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador- BA.

SANTOS, R.V.; PENNA, C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto & Contexto Enferm**, v. 18, n. 4, p. 652-60, 2009.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface Botucatu**, vol. 9, n. 16, p. 53-66, 2005.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 11, p. 3203-12, 2013.

SCHRAIBER, L.B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012.

SCOTT, J.W. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, n. 2, p. 71-99, Jul.- Dez. 1995.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO, J. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 9, p. 2405-14, 2012.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. In: GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; MITRE, S.M.; BATISTA, R.S.; CHERCHIGLIA, M.L. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 4, p. 1143-64, 2010.

SILVA JÚNIOR, A.G; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. **Modelos de atenção e a saúde da família** (Org). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, N.R.A.; SOARES, D.A.; REGO, S.J. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. **Enfermería Global**, n. 29, p. 463- 76, Enero, 2013.

SILVA, S.E.D.; VASCONCELOS, E.V.; SANTANA, M.E. et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Rev. Esc. Enferm USP**, vol. 44, n. 3, p. 554-60, 2010.

NOTHAFT, S.C.S.; ZANATTA, E.A.; BRUMM, M.L.B.; GALLI, K.S.B.; ERDTMANN, B.K.; BUSS, E.; SILVA, P.R.R. Sexualidade do adolescente no discurso de educadores: possibilidades para práticas educativas. **Rev. Min Enferm**, vol. 18, n. 2, p. 284-89, Abr.- Jun., 2014.

SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36.

SOUSA, J.J. **Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas**. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SOUSA, L.B.; TORRES, C.A.; PINHEIRO, P.N.C.; PINHEIRO, A.K.B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**, vol. 18, n. 1, p. 55-60, Jan.- Mar., 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>.

STEINBERG, L. Adolescence. In: PATIAS, N.D.; JAGER, M.E.; FIORIN, P.; DIAS, A.C.G. Construção histórico-social da adolescência: Implicação na Percepção da Gravidez na Adolescência Como um Problema. **Revista Contexto & Saúde**, vol. 10, n. 20, p. 205-13, Jan./Jun., 2011.

STOTZ, E. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 46-57.

STOTZ, E.N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3 n. 1, p. 9-30, 2005.

TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. **Rev. Texto Conte**, vol. 22, n. 1, p. 36-42, 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Global Illicit Drug Trends 2002**. New York, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned**. Vienna: United Nations Publication; 2004.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNFPA. **State of world population 2013: motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy**. New York: UNFPA, 2013. 132 p. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENSWOP2013->

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Monitoramento da qualidade do emprego na estratégia saúde da família - 2010**: relatório técnico final. Belo Horizonte, 2010. 378p.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular e a atenção à saúde da família. In: ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, Fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. Acesso em 19 de Janeiro 2014.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18- 29.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 67- 83, 2004.

VILLELA, W.V.; OLIVEIRA, E.M. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2ª ed- Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 317-332.

VILLELA, W.V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, n. 48, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer**. Globocan, 2012.

APÊNCICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

INFORMAÇÕES À(O) COLABORADORA(O)

Você foi selecionada (o) e está sendo convidada (o) para participar da pesquisa intitulada: “Educação emancipatória na atenção à saúde das mulheres: da reflexão à ação profissional”, que tem como objetivo geral: analisar as potencialidades de práticas educativas participativas como componente do cuidado à saúde das mulheres na Estratégia Saúde da Família.

Sua colaboração será por meio de participação em oficinas. Ela é voluntária, isto é, você deve decidir se participa ou não do estudo e tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, com a unidade de saúde da qual você é usuária ou profissional e, ainda, com a equipe de profissionais ou com as usuárias deste serviço.

Sua participação será anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, assegurando sua privacidade uma vez que seu nome será substituído por um fictício. Os dados coletados serão utilizados neste estudo, sua exatidão preservada, podendo os resultados ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os dados serão guardados por cinco (05) anos nos arquivos virtuais das pesquisadoras, podendo ser utilizado para estudos vinculados ao grupo de pesquisa “Saúde reprodutiva, gênero e integralidade do cuidado”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA), no caso de aprovação do CEP.

Você não terá nenhum custo pela participação ou quaisquer compensações financeiras. O risco oferecido pela pesquisa é baixo, considerando o desconforto que a você poderá sentir ao compartilhar sua vivência/experiência e relatar informações pessoais ou confidenciais com as pesquisadoras. O benefício e a relevância relacionada à sua participação será contribuir para melhoria da qualidade do cuidado à saúde das mulheres nas unidades de saúde da família. Você receberá uma cópia deste termo onde

consta o telefone e e-mail para contato com as pesquisadoras, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto, a qualquer momento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro para fins e direitos que após ter sido esclarecida (o) sobre o conteúdo da pesquisa intitulada “Educação emancipatória na atenção à saúde das mulheres: da reflexão à ação profissional” e os seus respectivos objetivo, relevância, riscos e benefícios, concordo em participar do estudo respondendo participando das oficinas. Minhas falas poderão, com minha anuência, ser filmadas e/ ou gravadas com auxílio de uma filmadora digitale/ou um gravador de voz. Bem como as oficinas poderão ser fotografadas com o auxílio de máquina fotográfica. Reafirmo que a minha autorização é voluntária, meu consentimento para participar da pesquisa foi uma decisão livre, não sofrendo nenhuma interferência das pesquisadoras e que não estou sendo remunerada (o) por este ato, podendo retirar meu consentimento do presente estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalização à minha pessoa. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados, que estes poderão ser apresentados para publicação em congressos e/ou revistas científicas, desde que assegurado o sigilo de minha identidade, e que as pesquisadoras estarão a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam me ocorrer antes, durante e após a pesquisa.

Petrolina-PE, ____ de _____ de 2014.

Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral (Pesquisadora resp.)

Profª Drª Edméia de Almeida Cardoso Coelho (Orientadora)

Profª Drª Mariza Silva Almeida (Co-Orientadora)

Para maiores informações, entrar em contato com:

Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral: (087) 9928-8988/ 8852-5355

Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Bahia: (71) 3283-7631

APÊNDICE B- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PSEUDÔNIMO:

IDADE:

COR AUTO DECLARADA:

ORIENTAÇÃO RELIGIOSA:

SITUAÇÃO CONJUGAL:

RENDA PESSOAL:

RENDA FAMILIAR:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO:

CARGA HORÁRIA DE TRABALHO SEMANAL:

TIPO DE VÍNCULO:

GRADUAÇÃO:

CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO:

PÓS-GRADUAÇÃO (ÁREA):

EXPERIÊNCIA DE TRABALHO EDUCATIVO COM MULHERES: () SIM

() NÃO

SE SIM, ESPECIFICAR:

APÊNDICE C- PRIMEIRA OFICINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE QUE PRÁTICO

Facilitadoras: pesquisadoras.

Participantes: profissionais de saúde das ESF AME Leonor Elisa.

Objetivo: Estimular o olhar crítico-reflexivo de profissionais de saúde sobre práticas educativas desenvolvidas com mulheres na ESF

Fases:

1. Dinâmica de apresentação/ integração
2. Relaxamento
3. Desenvolvimento do tema- a coordenadora, solicitando ao grupo que permaneça como está, introduz o desenvolvimento do tema afirmando:

Temos compromisso com a saúde das mulheres e buscamos atender ao que nos propomos como profissionais. Convivemos diariamente com a realidade das mulheres de quem cuidamos e o atendimento de suas demandas depende da articulação entre ações clínicas e educativas. Em relação à educação em saúde, peço que se concentre na sua rotina de cuidados às mulheres, priorizando as ações educativas que desenvolve. Para isso, é importante que resgate essa mulher. Busque então, respostas para as questões:

- Quem é a mulher que frequenta nosso serviço de saúde?
- Dos problemas que as mulheres trazem para o serviço de saúde, o que identificamos que carece de ações educativas?
- Temos criado espaços para que as mulheres sejam ouvidas?
- De que modo tenho participado de ações educativas que contribuam para atender as demandas das mulheres?

Entre uma questão e outra, a coordenadora silencia alguns minutos facilitando a mentalização da sobre a mulher usuária do serviço e de suas demandas em educação em saúde.

Para o registro das respostas:

- Preparar um grande painel na parede em papel madeira e registrar as perguntas.
- Distribuir folhas de papel A4 e pincel atômico para os registros.
- Solicitar que respondam no papel A4 e cole abaixo da questão no painel.
- Em seguida, a coordenadora lê em voz alta as respostas.
- Posteriormente, solicita ao grupo que fale sobre suas respostas às questões, abrindo uma discussão com todo o grupo.
- Ao final, pedir ao grupo que, diante da realidade compartilhada, indique metodologias educativas possíveis de serem desenvolvidas com mulheres usuárias do serviço.

4. Síntese

5. Avaliação

6. Dinâmica de descontração/ relaxamento

Recursos: lanche; faixa de boas vindas; notebook; caixas de som; CD com músicas de relaxamento; papel madeira; folhas de papel A4 coloridas; fita adesiva; colchonetes.

APÊNDICE D- SEGUNDA OFICINA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CONSTRUINDO CAMINHOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MULHERES

Facilitadoras: pesquisadoras.

Participantes: profissionais de saúde das ESF da AME.

Objetivo: construir, junto a profissionais de saúde, propostas de atividades educativas para usuárias da AME.

Fases:

1. Dinâmica de integração
2. Relaxamento
3. Desenvolvimento do tema- a partir do resgate da oficina anterior:
 - a) Registrar em casa, em cartolina, com pincel atômico, temas que foram valorizados pelo grupo para educação em saúde, bem como recorte de falas em que identifica tais temas. Registro de falas de todas as pessoas, não ficar ninguém fora. Ao lado dos depoimentos, usar os nomes fictícios, para que vejam como serão identificados na pesquisa. Na hora pergunta se querem que sejam identificados/as também pelo nome verdadeiro (na oficina).
 - b) Afixar as cartolinas na parede ou em local que seja indicado. Isso possibilita que o material fique acessível todo tempo para leitura sua e do grupo.
 - c) Depois das etapas de descontração do grupo, você apresenta o objetivo daquela oficina e lê o resgate que fez. (**Objetivo:** Estimular o olhar crítico-reflexivo de profissionais de saúde sobre práticas educativas desenvolvidas com mulheres na ESF).
 - d) Pedir para que registrem, a partir das falas, temas que identificam como importantes para uma proposta de educação em saúde.
 - e) Pedir para que escrevam em tarjetas de papel A4 cada tema que julga importante.
 - f) Depois pedir para que leiam em voz alta e identifiquem os temas que se aproximam. Em seguida, colar em uma folha os temas que se aproximam e afixar no quadro identificando-os por pequenos blocos.
 - g) Formar pequenos grupos por temas que se aproximam e pedir para pensarem em uma

proposta de educação em saúde para aquele tema: **pontos a abordar, como abordar (método), a que grupo é dirigido e qual profissional deveria ser responsável.** Registro em papel metro.

* Como não houve oficinas de sensibilização não dá para ser o grupo que terá controle sobre o conteúdo e como abordar. Assim, o grupo participa e a coordenadora orientará levar à dissertação a proposta que resultar.

* Pedir a cada grupo que indique metodologia(s) educativa(s) possível(is) de ser(em) desenvolvida(s) para cada tema.

h) Depois de 20 ou 30 min, o grupo socializa a experiência apresentando sua proposta. Você informa que será estudada cada proposta de acordo com os depoimentos analisados e certamente será ampliada ou sofrerá ajustes.

i) Com as sugestões do grupo na mão, apresentadas e discutidas, você construirá sua proposta, no final, após a análise e discussão.

j) Faz a síntese, avaliação, agradecimentos, despedidas, e se compromete a trazer a proposta finalizada para o grupo, na tentativa de ser implementada.

Para o registro das respostas:

- Preparar painéis na parede em cartolina e papel madeira com o resgate e para s temas propostos.
- Distribuir folhas de papel A4 e pincel atômico para os registros.

Por último, o lanche.


ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA**CARTA DE ANUÊNCIA**

Aceito a pesquisadora Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral, pertencente à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, a desenvolver pesquisa intitulada: “Educação emancipatória na atenção à saúde das mulheres: da reflexão à ação profissional”, sob a orientação da Professora Edméia de Almeida Cardoso Coelho e Co-Orientação da Professora Mariza Silva Almeida. A pesquisa será no período de Maio de 2014 a Junho de 2015, na AME Leonor Eliza.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Petrolina, 03 de Abril de 2014.


Dr^a Thereza Christina da C. L. Gama
Coordenadora de Educação em Serviços
Enfermeira / COREN 45623
SECSAU-Petrolina-PE

Thereza Christina da Cunha Lima Gama
Supervisão de Ensino e Pesquisa da
Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina

ANEXO B- PARECER CONSUBSTABCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação emancipatória na atenção à saúde das mulheres: da reflexão à ação profissional.

Pesquisador: Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30189614.9.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 815.565

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFBA. O estudo tem como objetivo intervir na realidade de um serviço de saúde por meio da educação emancipatória na atenção à saúde da mulher. Consiste em pesquisa do tipo Intervenção: pesquisa-ação, que será operacionalizada em 5 fases. Foi avaliada pelo CEPEEUFBA, e recebeu parecer Consubstanciado n.656.151 com pendência quanto ao item "riscos e benefícios" e ao anonimato do locus do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Intervir na realidade de um serviço de saúde por meio da educação emancipatória na atenção à saúde da mulher.

Objetivo Secundário:

Promover reflexão e discussão com profissionais de saúde e mulheres usuárias da ESF sobre demandas de saúde. Construir com grupo de profissionais da ESF um projeto de educação em saúde segundo demandas de saúde priorizadas pelas usuárias. Desenvolver com equipes da ESF projeto de educação em saúde para mulheres na perspectiva da educação emancipatória. Avaliar junto a usuárias e a profissionais da ESF a intervenção realizada sob os princípios da educação

Endereço: Rua Augusto Vieira S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-080
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: cep@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 015.505

problematizadora.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi modificado o texto para: "Riscos: A pesquisa pode oferecer riscos às/ aos participantes, considerando o desconforto que poderão sentir ao compartilhar sua vivência/experiência e relatar informações pessoais, profissionais e/ou confidenciais com as Investigadoras.

Benefícios: o benefício e a relevância relacionados à sua participação será contribuir para melhoria da qualidade do cuidado à saúde das mulheres nas unidades de saúde da família."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foi modificado o texto onde lia-se a identificação do locus do estudo, mantendo-se o anonimato, conforme previsto na Resolução 466/12. Considera-se que a pesquisadora atendeu as recomendações indicadas pelo CEP no parecer Consubstanciado n.656.151.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto tem condições de aprovação pelo CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o PARECER DE APROVAÇÃO emitido pelo relator.

Endereço: Rua Augusto Vieira S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-080
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: cepes.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 015.505

SALVADOR, 01 de Outubro de 2014

Assinado por:
Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Vieira SN 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-080
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: ceps.ufba@ufba.br