

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, CONHECIMENTO E**  
**SOCIEDADE – PPGEduCS**

**PAULA CAROLINE PEPA OLIVEIRA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA LIBERTADORA: DIÁLOGO E**  
**CONSCIENTIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Pouso Alegre – MG**

**2025**

**PAULA CAROLINE PEPA OLIVEIRA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA LIBERTADORA: DIÁLOGO E  
CONSCIENTIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Conhecimento e Sociedade para obtenção do Título de Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, Conhecimento e Sociedade.

Área de Concentração: Educação, Conhecimento e Sociedade

Linha Pesquisa: Ensino, Linguagem e Formação Humana

Orientador: Prof. Dr. Atílio Catosso Salles.

**Pouso Alegre - MG**

**2025**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pepa, Paula Caroline Oliveira.

Educação em saúde como prática libertadora: diálogo e conscientização em saúde coletiva/ Paula Caroline Pepa Oliveira – Pouso Alegre: Univás, 2025.

113f.:il.:quad.

Tese (Doutorado) – Doutorado de Educação, Conhecimento e Sociedade. Universidade do Vale do Sapucaí, 2025.

Orientador: Dr. Atílio Catosso Salles

1. Educação. 2. Saúde coletiva. 3. Paulo Freire. I. Título.

CDD –

614.4

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca

Bibliotecária responsável: Michelle Ferreira Corrêa

**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

Certificamos que a tese intitulada **“Educação em Saúde como prática libertadora: diálogo e conscientização em saúde coletiva”** foi defendida, em 10 de julho de 2025, por **PAULA CAROLINE PEPA OLIVEIRA**, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-graduação em Educação, Conhecimento e Sociedade, nível Doutorado, sob o Registro Acadêmico nº 98011552, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:

Assinado eletronicamente por:  
Atílio Catosso Salles  
CPF: \*\*\*.626.591-\*\*  
Data: 10/07/2025 16:21:39 -03:00

**UNIVAS**

Prof. Dr. Atílio Catosso Salles  
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS  
Orientador

Assinado eletronicamente por:  
Letícia Rodrigues de Souza  
CPF: \*\*\*.315.976-\*\*  
Data: 11/07/2025 09:52:27 -03:00

**UNIVAS**

Profa. Dra. Letícia Rodrigues de Souza  
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS  
Examinadora

Assinado eletronicamente por:  
Rosilene de Lima Machado Silva  
CPF: \*\*\*.514.118-\*\*  
Data: 11/07/2025 07:45:55 -03:00

**UNIVAS**

Profa. Dra. Rosilene de Lima Machado Silva  
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS  
Examinadora

Assinado eletronicamente por:  
Camilo Darsie  
CPF: \*\*\*.885.800-\*\*  
Data: 11/07/2025 12:17:08 -03:00

**UNIVAS**

Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza  
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC  
Examinador

Assinado eletronicamente por:  
Rúbia Moura Leite Boczar  
CPF: \*\*\*.673.136-\*\*  
Data: 10/07/2025 16:37:37 -03:00

**UNIVAS**

Profa. Dra. Rúbia Moura Leite Boczar  
Centro Universitário Vale do Rio Verde - UNINCOR  
Examinadora

Dedico este trabalho à minha família pelo apoio nessa caminhada e a mim mesma,  
pela resiliência e persistência em chegar até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Foram tantas as pessoas que passaram por minha jornada durante esse tempo de estudos, que seria injusta citarem nomes. Os que estiveram constantemente ao meu lado, já sabem da sua importância vital.

Agradeço aos participantes da pesquisa, não somente por participar, mas pela atenção e carinho que tiveram comigo durante todo o processo em campo. Sem eles, a materialização dessa tese não seria possível.

Agradeço ao meu orientador, Atílio, que sempre foi solícito e esclarecedor às minhas demandas. Um profissional que exerce a verdadeira sabedoria: é humano e afável.

## RESUMO

PEPA, P. C. O. **Educação em saúde como prática libertadora**: dialogo e conscientização em saúde coletiva. 2025. 112f. Tese (Doutorado). Programa De Pós-Graduação Em Educação, Conhecimento E Sociedade, Universidade Do Vale Do Sapucaí, Pouso Alegre-MG

O presente estudo é caracterizado por uma pesquisa qualitativa com referencial metodológico do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que utiliza o Círculo de Cultura. Tem como objetivo geral contribuir para o aprimoramento da prática da educação em saúde coletiva por meio da aplicação da metodologia freiriana, na unidade básica de saúde elencada. Para consolidar a pesquisa, o trabalho seguiu três momentos de dialogicidade e reflexão: Temas Geradores, Codificação/Descodificação e Desvelamento Crítico. O campo de desenvolvimento foi uma Unidade Básica de Saúde situada no município de Três Corações, Minas Gerais. A aplicação do “Método Paulo Freire”, que é algo consolidado na educação, mas ainda embrionário na saúde, teve um resultado satisfatório na compreensão das atividades de educação em saúde e provocou mudanças para a melhoria do processo de trabalho.

Palavras-Chave: Educação. Saúde Coletiva. Paulo Freire.

## ABSTRACT

PEPA, P. C. O. **Health education as a liberating practice:** dialogue and awareness in public health. 2025. 112f. Tese (Doutorado). Programa De Pós-Graduação Em Educação, Conhecimento E Sociedade, Universidade Do Vale Do Sapucaí, Pouso Alegre-MG

This study is a qualitative study using the Paulo Freire Research Itinerary methodological framework, utilizing the Culture Circle. Its overall objective is to contribute to the improvement of public health education practices through the application of Freire's methodology at the selected primary health care unit. To consolidate the research, the work followed three phases of dialogicity and reflection: Generating Themes, Coding/Decoding, and Critical Unveiling. The development site was a Primary Health Care Unit located in the municipality of Três Corações, Minas Gerais. The application of the "Paulo Freire Method," which is well-established in education but still embryonic in healthcare, yielded satisfactory results in understanding health education activities and led to changes that improved the work process.

Keywords: Education. Public Health. Paulo Freire

## SUMÁRIO

|                                                                                                                |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 APRESENTAÇÃO DO MEMORIAL.....</b>                                                                         | <b>8</b>   |
| 1.1 1.1 Introdução.....                                                                                        | 8          |
| 1.2 Apresentação .....                                                                                         | 8          |
| 1.3 Formação Acadêmica .....                                                                                   | 9          |
| 1.4 Formação Complementar .....                                                                                | 9          |
| 1.5 Vida profissional .....                                                                                    | 10         |
| 1.6 O Doutorado .....                                                                                          | 11         |
| 1.7 Conclusão .....                                                                                            | 12         |
| <b>2 INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                      | <b>14</b>  |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                                                            | <b>23</b>  |
| 3.1 Transformação da Educação ao Longo da História.....                                                        | 23         |
| 3.2 Saúde ao Longo dos Tempos: Uma Análise Histórica.....                                                      | 37         |
| 3.3 Crítica ao Modelo Biomédico na Formação em Saúde: A Supremacia do Hospital sobre a Promoção da Saúde ..... | 61         |
| 3.4 Metodologia de Paulo Freire .....                                                                          | 63         |
| 3.5 Caminho Metodológico Percorrido .....                                                                      | 69         |
| 3.6 Participantes .....                                                                                        | 76         |
| 3.7 Instrumentos de Pesquisa .....                                                                             | 77         |
| 3.8 Procedimentos para Coleta de Dados .....                                                                   | 77         |
| 3.9 Procedimentos para Análise de Dados .....                                                                  | 79         |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                                                           | <b>79</b>  |
| 4.1 Relato de Experiência.....                                                                                 | 79         |
| 4.2 Círculos de Cultura com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) .....                                       | 83         |
| 4.3 Os Círculos de Cultura com as Técnicas de Enfermagem .....                                                 | 91         |
| 4.4 Os Círculos de Cultura com as Enfermeiras .....                                                            | 94         |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                             | <b>99</b>  |
| <b><u>REFERÊNCIAS</u> .....</b>                                                                                | <b>106</b> |

## **1 APRESENTAÇÃO DO MEMORIAL**

### **1.1 Introdução**

O presente memorial, além de ser parte integrante da documentação exigida pelo doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Conhecimento e Sociedade da Universidade do Vale do Sapucaí, em Minas Gerais, tem a função de informar sobre minha trajetória acadêmica e profissional. Mostrará alguns dos meus passos para concluir a graduação, as dificuldades para ingressar e findar as especializações que proporcionaram uma melhor formação e visão do cuidado ao próximo, bem como ter um melhor desempenho como transmissora de conhecimento e formadora de novos profissionais através da docência.

Estabeleço relações entre as fases mais marcantes da minha formação acadêmica e vida profissional.

Ressalto que todas as etapas foram vivenciadas com muita dedicação, pois julgo que com isso o resultado almejado foi encontrado e a realização pessoal e profissional alcançaram seu nível de maturidade em cada etapa vivida.

### **1.2 Apresentação**

Sou Paula Caroline Pepa Oliveira, nasci em 03 de outubro de 1982, na cidade de Tapejara, no interior do Paraná. Minha origem é humilde, filha única de uma adolescente que mal havia concluído o 2º grau e de um frentista de posto de gasolina que cursou até 4 série dos anos iniciais. Aos três anos de idade perdi meu pai, o que fez meus avós auxiliar minha mãe com meus cuidados e educação. Posso afirmar que mesmo em meio às dificuldades e uma infância com algumas restrições financeiras, tive uma educação exemplar regada de muito amor, brincadeiras tradicionais e religiosidade.

Apesar de humilde e com poucos estudos, minha família sempre me direcionou para o caminho do saber, enfatizando a importância da busca pelo conhecimento para uma vida futura profissional, sendo este despertar educacional seu maior presente. Meu avô, embora tivesse poucos anos de estudo, foi professor na escola rural e, seguindo seus passos, tivemos uma família de educadores, da qual faço parte com muito orgulho e carinho.

### 1.3 Formação Acadêmica

Minha trajetória escolar foi realizada toda em colégio público e, meu ingresso na universidade foi uma feliz conquista. Fui aprovada em 5º lugar para o curso de enfermagem na Universidade Paranaense (Unipar) sediada em Umuarama-PR, o que me fez conseguir uma bolsa de estudos, realizando assim o sonho da graduação. Como não fui oportunizada com uma vida estável financeiramente, optei pelo curso noturno para assim trabalhar durante o dia. Viajava 150 quilômetros de ônibus todos os dias até a universidade e o trajeto era o momento de revisar os conteúdos.

Crescia em conhecimento profissional e pessoal, me espelhando nos professores que tinham uma jornada acadêmica grandiosa, sonhando em um dia alcançar essa maturidade profissional. Assim, dia a dia fui trilhando meu caminho em busca de conhecimentos.

### 1.4 Formação Complementar

No ano de 2007 iniciei minha primeira especialização lato sensu. Desdobrava-me entre plantões e docência para cursar a pós-graduação, mas foi uma experiência singular que acabou guiando minha vida profissional por vários anos.

Em 2012, na busca pelo conhecimento e para agregar minha prática profissional, fiz a segunda especialização, e assim seguia entre teoria e prática, docência e plantões.

Fui agraciada em 2016 com a oportunidade de fazer uma pós-graduação stricto sensu em Bioética na cidade de Pouso Alegre-MG, na Univás. Nesse período me dediquei exclusivamente ao mestrado, sendo bolsista por mérito acadêmico e, com isso fui a primeira aluna da turma a concluir o curso com êxito. Foi um salto na minha vida profissional e pessoal, pois o mestrado em Bioética me fez perpassar por territórios de aprendizados jamais angariados. Tive outra visão do cuidado ao ser humano, o que me proporcionou transmitir esse conhecimento aos meus discentes e pacientes.

A graduação apresentou-me a temática acerca do cuidado holístico, mas foi no mestrado que fortifiquei e acrescentei a importância desse cuidado, de ver o ser humano como um todo e não em ilhas fragmentadas.

Ainda na inquietação pela busca do conhecimento, em 2018 findei minha terceira pós-graduação lato sensu na área da saúde.

Acrescento que quanto mais conhecimento adquiro, mais humilde me torno, porque compreendo que preciso aprender sempre mais e isso move minha vida. Aprender mais para ser e servir melhor.

### 1.5 Vida profissional

Ao final da graduação fui convidada para trabalhar em um hospital na cidade de Umuarama - PR, e em seguida comecei também a lecionar para o curso técnico de enfermagem no Senac. Ali descobri minha habilidade para a docência.

Em 2008 iniciei minha jornada docente no ensino superior. Era desafiador, pois entendo que mais importante que depositar conhecimento, é preciso despertar a curiosidade para que eles possam buscar informações, compreender o processo do cuidar, construir suas próprias ideias e encontrar alternativas que melhore o cuidado ao próximo. Trabalhava dia e noite, lecionava teoria e prática.

No ano seguinte, devido à necessidade de trabalho do meu esposo, nos mudamos para Três Corações, uma cidade interiorana situada no sul de Minas Gerais. Comecei a trabalhar no hospital e a lecionar para o curso técnico de enfermagem.

Motivados novamente pela profissão do meu esposo, chegamos a Porto Velho no ano de 2018, onde ingressei como docente da graduação na Universidade de Rondônia. Minha carga horária era completa, cansativa, mas recompensadora, pois a satisfação pela docência me completa profissionalmente. Logo, comecei a lecionar também na pós-graduação lato sensu para os cursos da saúde.

Em 2019, fui convocada para ingressar como enfermeira auditora nas fileiras do Exército Brasileiro, sendo designada para o Hospital de Guarnição de Porto Velho – RO. Três anos depois, fui transferida para a Escola de Sargento das Armas – ESA, na cidade de Três Corações - MG. Trabalhava como enfermeira assistencial, promovia instruções para os técnicos de enfermagem e atuava como membro avaliador da revista militar.

E a busca por conhecimento não parou, foi quando decidi ingressar no doutorado em Educação, Conhecimento e Sociedade da Univás – MG. Ele me proporcionou (e proporciona) um crescimento profissional inimaginável. Aprendi muito além de conteúdos sobre educação, mas como ser uma educadora e educanda mutuamente, como ver a educação para o mundo, para a vida, e não somente memorizar conteúdo. Isso me despertou a necessidade pela licenciatura e assim, cursei Pedagogia. O bacharelado fomentou minha visão profissional

assistencial, porém a parte acadêmica, de práticas pedagógicas era incipiente. E a pedagogia abriu meus horizontes enquanto docente.

Hoje sou, além de uma docente e profissional melhor, um ser humano mais completo, com um olhar holístico, integral aos meus alunos e pacientes. No momento estou como analista técnica do Sesi, Campo Grande – MS, na área de saúde e segurança do trabalhador.

Na trajetória de minha vida profissional sempre busquei a atualização constante para consolidar as atividades laborais da melhor forma possível, pois trabalho constantemente com seres humanos, com necessidades e dificuldades divergentes, seja no cuidado ou na docência.

## 1.6 O Doutorado

Apesar de ser um sonho desde a graduação, o doutorado está sendo o maior desafio profissional que perpasssei até o momento. Ele desperta vários e contrários sentimentos. É doação de um tempo já débil, de leituras e leituras, de sonhos e insônias, de crescimento que extravasa o profissional, de envolvimento familiar, de cansaço que parece ser impossível conseguir escrever algo, mas ao mesmo tempo uma maturidade intelectual singular.

O desenvolvimento da tese me proporcionou uma ótica fora e além da caixa. Primeiramente porque tive que permear por um campo cujo meus conhecimentos eram débeis, a educação. Embora seja docente, não praticava a educação, mas, entristecida em dizer, praticava um depósito de informações. O doutorado mudou minha forma de ver o outro, de agir, de cuidar, de ensinar. E, estudar Paulo Freire, que até então era distante da minha prática profissional, me fez refletir sobre minhas ações profissionais e visualizar o quanto poderia mudar (e mudei) minha práxis tanto como docente quanto como enfermeira.

A temática central da tese está voltada para prática da educação em saúde coletiva utilizando a metodologia de Paulo Freire. A escolha do tema se deu pela vontade em unir a educação e a saúde, dois campos da minha atuação profissional. Esses campos do saber pareciam ser distantes, porém suas histórias e lutas se entrelaçam, possuindo objetivos em comum.

O caminho foi longo, visto que a pesquisa foi dividida em quatro partes. A primeira foi entender o conceito geral de educação. Posteriormente, pesquisar a saúde coletiva para assim verificar os pontos de aderência entre os dois campos. Feito isso, iniciei o estudo sobre Paulo Freire e a convergência de seus pensamentos para o campo da saúde. Por fim, a aplicação da metodologia freiriana na prática em saúde coletiva.

Durante minha inserção no campo de pesquisa, tive como objetivo geral contribuir para o aprimoramento da prática da educação em saúde coletiva por meio da aplicação da metodologia freiriana, na unidade básica de saúde elencada. Conhecido as concepções de educação em saúde do público alvo, iniciei a aplicação da metodologia freiriana, que se mostrou aderente a saúde coletiva. Com isso e após entenderem a metodologia, sugeri que ela fosse utilizada na prática dos profissionais. Desse modo, os objetivos específicos cujo foram: identificar e analisar as concepções de educação em saúde entre os profissionais participantes; aplicar os princípios da metodologia freiriana no desenvolvimento de práticas dialógicas em educação em saúde e sugeri, de forma participativa, estratégias de transformação das práticas educativas em saúde no contexto pesquisado.

Este estudo é relevante para os profissionais da saúde coletiva e para a comunidade, visto que a promoção da saúde é uma ação que beneficia a coletividade. Entender a educação em saúde através das lentes de Paulo Freire se tornou algo dinâmico, provocou reflexão e mudança na prática dos profissionais participantes da pesquisa. Essa mudança veio naturalmente, pois a metodologia freiriana não traz algo pronto, mas faz com que os pares tenham uma reflexão crítica e construam conjuntamente a solução para a mudança.

A transformação do público alvo demonstrou que a metodologia é eficiente e aderente ao campo da saúde, assim pode, e deve ser aplicada aos profissionais da saúde coletiva com o objetivo de exercer a prevenção e a promoção da saúde através da prática efetiva da educação em saúde.

Aplicar a metodologia de Paulo Freire na saúde foi algo fascinante, visto que além de realizar uma pesquisa e levantar dados, foi possível auxiliar na resolução da problemática emergida e não somente demonstrar a falha do sistema. Foi um trabalho desafiador, mas gratificante.

Toda a aplicação do processo metodológico, desde o primeiro contato com a gestora de saúde (pré-intervenção) até a saída do campo (pós-intervenção), durou 11 meses.

## 1.7 Conclusão

É notável o quanto este trabalho proporcionou uma viagem na minha trajetória de vida. Foi significativo resgatar da memória momentos que foram ímpares na minha história. Uma história a qual quero dar continuidade com a maior qualidade e conhecimento possível. As escolhas conscientes dos caminhos que percorri e suas consequências benéficas para minha vida profissional, pessoal e familiar, também é um exemplo e incentivo para os meus

filhos, que vivenciam minha busca diária pelos estudos. As dificuldades encontradas durante minha trajetória educacional permitiram-me ser forte para enfrentar as diversas situações que a própria vida se encarrega de apresentar.

Valorizo e amo cada vez mais minha família, que é meu porto seguro e meu maior incentivo. Aprendi com eles a importância dos estudos e que esse saber transforma vidas. Hoje, com uma maturidade trazida pelos anos e com as responsabilidades de um lar e da maternidade, tenho o apoio e o carinho familiar para continuar trilhando o caminho do saber.

Sei que não atingei tudo que almejo, apesar de sentir-me feliz com tudo que tenho. A cada novo conhecimento adquirido, sou instigada a buscar outros e, a cada sonho alcançado, outros me motivam na busca de novas conquistas e ideais.

## 2 INTRODUÇÃO

O presente estudo é caracterizado por uma pesquisa qualitativa com referencial metodológico do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que utiliza o Círculo de Cultura. Tem como objetivo geral de estudo melhorar a prática da educação em saúde coletiva praticada pelos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família inseridas na unidade básica de saúde pesquisada.

Embora alguns profissionais da saúde não tenham percepção, a educação em saúde é uma atividade intrínseca ao seu trabalho com ação acentuada nas unidades básicas de saúde pública por ser uma prática substancial no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Alves (2005), diz que o conhecimento científico intermediado através do profissional de saúde, com o objetivo de oferecer subsídios para a adoção de novos hábitos de saúde da população, é denominado de educação em saúde.

Giordani (2019), diz que a função de educar faz parte do processo de trabalho em saúde, desenvolvendo ações dentro e fora dos serviços de saúde pelos profissionais da área, assim para a autora, todo profissional de saúde é também um educador.

Em 1986 a cidade de Ottawa no Canadá, sediou a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. A partir deste evento foi gerado um documento, nomeado Carta de Ottawa, apresentando-se como uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, enfatizando as ações de promoção da saúde, equidade, intersetorialidade, interdisciplinaridade no cuidado, envolvimento ativo da comunidade e educação em saúde para a população.

Sob a necessidade desta mudança na forma de olhar e gerir a saúde, Darsie e Weber (2021) trazem a importância de se conhecer os espaços, suas dinâmicas e entender os territórios que, além do corpo, também são potencializadores de saúde ou de doenças. As discussões e variações que redefinem o modelo assistencial em saúde estão diretamente ligadas às mudanças espaciais.

Fortalecendo as ações do referido documento, em 1990 o governo brasileiro sanciona a lei nº 8.080 estabelecendo o SUS, tomando como princípios e diretrizes a universalização, a equidade, a preservação da autonomia, o direito à informação sobre a saúde e a promoção da saúde. Em 2012 o Ministério da Saúde (MS) lança a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tendo como preceitos norteadores, além dos já sugeridos pela lei nº 8.080/90, o vínculo, a integralidade na atenção à saúde, a responsabilização e a participação social.

O SUS é um sistema de atendimento em saúde pública, individual e coletiva, que oferece suporte desde o nascimento e por toda a vida para todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, abrangendo o atendimento básico, como a verificação da pressão arterial, até o mais complexo atendimento, como transplante de órgãos ou pele. Atenção Básica é a principal porta de entrada dos usuários ao SUS, e Unidades Básicas de Saúde são as estruturas físicas instaladas próximas da vida dos usuários, garantindo o acesso a uma saúde de qualidade oferecida gratuitamente pelo SUS (BRASIL, 1990).

A promoção da saúde é definida pela Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2018) como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde no âmbito individual e coletivo, considerando a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios. Como referido por Darsie e Weber (2021), o modo de viver, as condições de moradia, alimentação e trabalho, influenciam no processo de saúde-adoecimento, destacando que tais condições são resultantes de múltiplos fatores e não dependem meramente da vontade pessoal, mas sim de um reflexo econômico, político, cultural e social. Para que se construa uma efetiva promoção da saúde, o ponto de partida é o reconhecimento das vulnerabilidades, das potencialidades e das dificuldades que envolvem a comunidade.

Embora os profissionais que compõe a equipe de Estratégia de Saúde da Família conheçam os princípios norteadores do SUS, os estudos demonstram que há pouca contribuição na educação em saúde desses profissionais para com a população, uma vez que, tradicionalmente os profissionais têm fornecido como nomeia Paulo Freire uma educação bancáriabaseada apenas no depósito de informações (FREIRE, 1974).

Isto só vem confirmar que estudar e compreender alguns conceitos como: educação; saúde; e educação em saúde; é fundamental para que o profissional de saúde entenda seu papel como agente promotor de saúde, educador e transformador da realidade na comunidade que atua. O entendimento das questões de saúde e da população atendida, baseada nos ensinamentos de Paulo Freire faz-se importante como elemento central na reflexão e ação desses profissionais, visto que impactam na transformação dos pacientes, da comunidade e na forma de gerir as políticas públicas de saúde. A proposta pedagógica freiriana, orienta a educação como algo que seja capaz de modificar a realidade dos indivíduos, da comunidade, da sociedade, através do diálogo e troca de experiências, do saber ouvir, de educar e ser educado. Assim, imbuídos dessa compreensão e reflexão, esses profissionais terão a possibilidade de construir um processo de saúde baseado nos princípios do SUS, já que estão nele inseridos.

Conceituar saúde é algo complexo por contemplar um pensamento histórico evolutivo. Na antiguidade qualquer tipo de desarranjo na saúde individual ou coletiva era visto como algo maligno, resultante de forças sobrenaturais, sendo tratadas com rituais cosmológicos por feiticeiros, deuses, xamãs ou espíritos. Um avanço na sociedade mudou a ideia do fenômeno sobrenatural do adoecimento para algo natural, associada aos elementos da natureza (água, terra, fogo e ar). Hipócrates, o pai da medicina ocidental, identificou a saúde como um equilíbrio entre esses elementos e, o modelo biomédico foi adotado pela sociedade moderna e predominando até os dias atuais. Esse modelo de assistência, dito mecanicista, é focado no interesse médico que investiga a patologia e fraciona o indivíduo para ser estudado, cuidado e medicado, entendendo que ser saudável é não ter doença. Essa nova concepção de ver o processo de saúde e doença aponta uma inexatidão nos fenômenos celestes e terrestres considerados previamente como causadores de patologias (BARROS, 2002).

De acordo com os registros oficiais da Organização Mundial da Saúde, o conceito de saúde é mais abrangente do que simplesmente a ausência de doença, sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de infecções ou enfermidades” (BRASIL, 1948, p.01).

Já a lei nº 9.394/96 define educação como sendo os “processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”.

O Ministério da Saúde (2012), traz a definição de educação em saúde como um conjunto de práticas educativas em saúde que visa aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e a apropriação temática pela população, alcançando uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades. Falkenberg et al. (2014), complementam que para ocorrer tais práticas educativas é necessário o envolvimento de três atores: os profissionais de saúde; os gestores; e a população. Embora a ação conjunta desses atores para o desenvolvimento do processo educativo em saúde seja importante, ainda há um grande abismo entre teoria e prática.

Teixeira et al. (2016), definem educação em saúde como uma prática social que contribui de forma significativa para a formação da consciência crítica das pessoas em relação ao seu processo de saúde, estimulando a busca por soluções e organização com foco tanto na ação individual como coletiva.

Impulsionado pelo movimento de promoção da saúde a nível mundial e contrariando o paradigma biomédico, o governo brasileiro em 1990 estabelece o SUS. Partindo de êxitos e dificuldades de modelos organizacionais anteriores, quatro anos após o estabelecimento do

SUS, o Ministério da Saúde implanta o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Seu propósito foi substituir o modelo tradicional de atendimento e reorganizar as políticas públicas de atenção à saúde em um modelo de inserção da comunidade e das famílias na tomada de decisão e na implementação de ações saudáveis para alcançar um melhor nível de saúde e bem-estar global (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

As propostas da ESF vão de encontro aos objetivos da Carta de Ottawa, que traz a promoção da saúde como o alicerce e o foco para que se alcance a equidade e autonomia em saúde. Para que haja um envolvimento dos indivíduos, uma mudança na *práxis* dos hábitos de vida e consequentemente a promoção da saúde, a educação como forma de transformação da realidade (e não somente a transmissão técnica de informações) é fundamental e indispensável. Neste sentido, Salci et al. (2013) relatam que a educação em saúde não pode ser reduzida apenas as atividades práticas que se limitam a transmissão de informação em saúde.

A promoção da saúde se materializa na ESF, que se orienta entre vários princípios, da universalidade, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural para a produção de uma atenção à saúde integral (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, é visível que educação e saúde são indissolúveis e sua articulação faz-se necessária para que o indivíduo entenda o seu processo de saúde e doença alcançando a autonomia no cuidado. Contudo, faz-se importante à reflexão do profissional de saúde na perspectiva do seu papel como educador e não somente como cuidador e transmissor de informações técnicas. Freire, em sua obra “A Pedagogia da Autonomia” (1996), afirma que ensinar exige reflexão crítica sobre a prática, pois a tarefa do educador não é simplesmente depositar, oferecer conteúdo e fatos, mas sim produzir uma compreensão do que vem sendo comunicado, ensinando o outro a pensar.

Ainda que a participação da comunidade esteja preconizada nos princípios do SUS e na Carta de Ottawa, a realidade ainda apresenta uma educação verticalizada (do profissional, detentor do saber técnico, para o paciente, entendido como leigo) de depósito de informações, remetendo a educação bancária definida por Paulo Freire (1974).

As discussões acerca da autonomia do indivíduo no seu cuidado, da modificação de hábitos e consequente empoderamento da sua saúde, vai ao encontro com a proposta discutida sobre a pedagogia de Paulo Freire em “Educação como Prática para Liberdade”. Para o autor, a educação libertadora e promotora da autonomia deve ser uma educação para a liberdade,

para o homem sujeito e não para a domesticação, homem objeto. A conscientização do indivíduo e da população oprimida que deve ser realizada pelo profissional, é uma das tarefas de uma educação realmente liberadora e por isto respeitadora do homem. Educação que, desvestida da roupagem alienada e alienante, seja uma força de mudança e de libertação (FREIRE, 1967).

Para que seja possível promover uma educação em saúde efetiva, que traga mudanças e resultados positivos para a população é necessário primeiramente praticar a educação voltada para os profissionais, e se fala então, em educação *na* saúde. O objetivo central da educação na saúde é fazer com que os profissionais saiam da zona de conforto e pensem nas suas ações, refletindo e confrontando suas atitudes, para que a transformação venha a princípio do profissional, e em seguida do paciente, da comunidade (FALKENBERG et al., 2014).

Segunda a biblioteca virtual da saúde (BVS), educação *na* saúde consiste na “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”, isto é, educação orientada para os profissionais (Brasil, 2013). Já educação *em* saúde, objeto desta tese e descrita anteriormente, é a educação voltada para a população.

Embora as discussões sobre a importância da educação para a conquista da autonomia do paciente sejam feitas há mais de 30 anos, observa-se na prática que ocorre uma transmissão tradicional do conhecimento evidenciando um modelo ainda vertical (do profissional em uma posição elevada para o paciente em subordinação) e biológica (visão voltada para a doença e não para o ser humano de forma holística) (RIGON; NEVES, 2011).

E é pensando em uma educação em saúde horizontalizada entre o profissional e o paciente, transformadora da realidade, libertadora e emancipadora, que emerge a conexão com a pedagogia de Paulo Freire, inserindo educador (profissional da saúde) e educando (paciente, comunidade) em uma troca constante e conjunta de saberes, findando as barreiras hierárquicas de conhecimentos existentes.

Alinhados com o pensamento freiriano, Darsie e Weber (2021) descrevem que os saberes em saúde devem romper com o verticalismo e com os discursos de especialistas, visto que tais práticas desfavorecem a participação e o entendimento dos indivíduos acerca dos seus direitos e dos objetos que estabelecem os índices de qualidade de vida. As práticas educativas devem ser desempenhadas de forma a inserir os sujeitos, o território, as crenças e a dinâmica de vida daquela comunidade e não de forma uniformizada e dualista entre conhecimento científico e práticas populares.

É possível dizer frente ao exposto, que existem falhas na educação em saúde praticada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, sobretudo no contexto verticalizado da transmissão de informações, o que justifica o uso do método dialógico freiriano que, além de propiciar a mudança desta visão vai de encontro aos anseios do SUS, inserindo o cidadão e a comunidade nas ações de saúde, favorecendo a sua compreensão no processo de saúde e doença para que assim se possa promover a autonomia no seu cuidado.

Deste modo, as ideias de Paulo Freire se alinham as práticas em saúde por várias vertentes, a ter o questionamento acerca dos modelos de ensino autoritários propondo uma abordagem horizontal. Na saúde coletiva, isso inspira práticas que rompem com a hierarquia tradicional entre profissionais de saúde e usuários, promovendo relações mais igualitárias. Freire defendia que o conhecimento popular é tão importante quanto o conhecimento técnico. Essa perspectiva é fundamental para as práticas de saúde coletiva que reconhecem e incorporam os saberes locais na promoção da saúde. Outro ponto de contato entre a pedagogia freiriana e o modelo assistencial preconizado pelo SUS, é a valorização do diálogo como ferramenta essencial para a construção do conhecimento. Na saúde coletiva, isso se reflete na inclusão das comunidades no planejamento e execução de políticas públicas, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e respeitadas. Para Freire a educação deve ser um processo emancipatório, promovendo a autonomia e a participação ativa das pessoas. No contexto da saúde coletiva, isso se traduz em ações que capacitam as comunidades a compreender e agir sobre os determinantes sociais da saúde (FREIRE, 1996; 1987).

Cruz et al., (2024), afirmam que a perspectiva freiriana colabora com a produção de políticas públicas em saúde, com a formação e instauração de processos educativos dialógicos e de participação popular em saúde.

Estudos demonstraram que os profissionais da saúde têm fornecido como nomeia Paulo Freire (1974), uma educação bancária baseada apenas no depósito de informações e não uma educação efetiva e transformadora da realidade, como preconiza os princípios do SUS.

Estudar e compreender alguns conceitos como: educação; saúde; e educação em saúde; é fundamental para que o profissional entenda seu papel como educador na comunidade e agente promotor de saúde e não somente como cuidador da doença, para assim ter a possibilidade de construir um processo de saúde baseado na concepção do SUS que possui uma interface com os preceitos freiriano. A compreensão sobre educação em saúde inspirada nos ensinamentos de Paulo Freire deve ser elemento central na reflexão e ação desses profissionais, visto que impactam na transformação dos pacientes, da comunidade e na forma de gerir as políticas públicas de saúde. No contexto da saúde coletiva, isso significa abordar

não somente os aspectos técnicos e científicos da saúde, mas também, como descrito por Darsie e Weber (2021), considerar os determinantes sociais, econômicos e culturais, conhecendo as várias formas de linguagem expressas por uma população territorializada.

Falar sobre saúde em um programa de educação significa ampliar os horizontes atendendo o indivíduo em todas as suas necessidades e formação nos âmbitos social, mental e físico. E, embasada nos ideais de Freire acerca da educação como um processo de libertação do indivíduo gerado pela reflexão e ação coletiva no ideal de mudar a realidade que o aprisiona, é o que subsidia a aderência da tese a linha de pesquisa e ao programa do doutorado.

O tema irá contribuir na ampliação da compreensão do profissional de saúde frente às necessidades da comunidade que atua, construindo indivíduos empoderados e conhecedores do seu processo de saúde e doença. O conhecimento dos profissionais através da metodologia freiriana (que perpassa a teoria e amplia a sensibilização prática) irá possibilitar a execução dos objetivos e anseios do SUS. Com isso, discutir e disseminar a metodologia de Paulo Freire com um olhar para a saúde coletiva, tema dessa tese, se torna relevante e urgente, visto que se trata não somente do indivíduo, mas de toda uma comunidade, uma sociedade.

Para delimitar a pesquisa, o cenário escolhido foi uma Unidade Básica de Saúde, situada em um bairro antigo da cidade de Três Corações, interior de Minas Gerais. A unidade possui três equipes de Estratégia de Saúde da Família e atende uma grande população que é dividida em territórios de atuação. Isso significa que aquele território ou parte do bairro, tem uma equipe específica para atender as demandas populacionais de saúde e doença.

É um bairro afastado do centro da cidade, possui saneamento básico, ruas asfaltadas, coleta de lixo, escola, mercados e farmácias. A população tem um perfil socioeconômico baixo, em sua grande maioria somente os homens trabalham e as mulheres ficam em casa cuidando dos filhos, que em média são três por família. Não é um local com alto índice de violência urbana, porém há alguns pontos de venda de drogas e aglomeração de usuários.

Pretendendo responder os objetivos propostos na tese, o problema central circunda a comunicação, elemento essencial na prática profissional em saúde, tanto entre os profissionais quanto na relação profissional paciente. Nessa última situação, a comunicação contribui para um atendimento de qualidade e resolutivo das condições de agravamento à saúde do indivíduo e comunidade. Assim, o diálogo permite uma relação de confiança promovendo a equidade e a inclusão do paciente nos seus cuidados o que leva a melhores desfechos nos tratamentos e orientações referentes à saúde. A comunicação é, portanto, um pilar essencial na construção de um sistema de saúde mais humano, eficiente e inclusivo.

Darsie et al., (2024), mencionam a importância do diálogo na realização da educação em saúde que visa a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Ressaltam que na realidade o que ocorre são atividades de conscientização, principalmente na população de maior vulnerabilidade, como palestras, distribuição de materiais educativos e atividades expositivas. Tais práticas são insuficientes para uma mudança de atitude e empoderamento social.

Um estudo de Nascimento et al., (2025) sobre os desafios da comunicação no processo de trabalho dos profissionais de uma unidade básica em saúde, demonstram que o diálogo além de ser algo que nos torna humanos, é a principal ferramenta utilizada na construção de um ambiente de trabalho saudável, a partir de uma posição crítico-reflexiva. Embora a comunicação em saúde esteja incorporada a proposta do SUS nas equipes de Estratégias de Saúde da Família, essa prática é desafiadora tanto entre os profissionais, quanto na relação destes com os pacientes.

Vários são os documentos que norteiam e enfatizam a importância da comunicação efetiva no âmbito da saúde, visto ser uma ação que possui falhas. Por observar em minha prática profissional que a população possui um déficit relacionado ao seu processo de saúde doença, surgiu a ânsia de pesquisar e propor soluções para essa problemática.

Ao me inserir no campo de pesquisa, e agora não como profissional da saúde, mas como pesquisadora, foi nítido perceber a falha no processo de comunicação. O diálogo é débil, tendo como recurso comunicativo uma fala informativa e verticalizada, o que anula a oportunidade de praticar o objetivo central da atenção primária a saúde: a promoção da saúde e a prevenção de doenças através da educação em saúde.

Partindo dessa lacuna na comunicação, pesquisadora e participantes da pesquisa interagidos, identificaram e comprovou a existência da problemática, visualizando como isso afeta a execução e o êxito das atividades em saúde. A partir disso, foi possível sanar (ou ao menos atenuar) o déficit de comunicação existente utilizando o método de Paulo Freire, possibilitando o exercício da educação em saúde.

O estudo descreve uma pesquisa qualitativa fundamentada no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire e no uso do Círculo de Cultura. Como objetivo geral da tese, contribui para o aprimoramento da prática da educação em saúde coletiva por meio da aplicação da metodologia freiriana, na unidade básica de saúde elencada. Já como objetivos específicos foram possíveis identificar e analisar as concepções de educação em saúde entre os profissionais participantes; aplicar os princípios da metodologia freiriana no desenvolvimento de práticas dialógicas em educação em saúde e sugerir, de forma participativa, estratégias de transformação das práticas educativas em saúde no contexto pesquisado.

Pensando na execução da educação com olhar para a saúde, há de se compreender, primeiramente, esses dois campos separados para assim entender como eles se encontram e conversam entre si. Assim a revisão de literatura foi didaticamente descrita em dois grandes tópicos: educação e saúde, emergindo conceitos importantes, como: educação; saúde; educação em saúde; Sistema Único de Saúde, saúde coletiva, saúde pública, modelos assistências à saúde além do conhecimento dos territórios e dinâmicas que influenciaram (e influenciam) a saúde. O texto também traz a educação transformadora de Paulo Freire e sua sintonia com a saúde coletiva. Discute a evolução do conceito de saúde, desde visões sobrenaturais na antiguidade até o modelo biomédico atual, que considera saúde não somente como a ausência da doença. É traçado um perfil histórico com visões de autores relevantes na área acerca dos cuidados à saúde e sua transformação, com documentos e marcos importante.

A educação originou-se com a humanidade e assim descrevo vários pontos importantes sobre ela, iniciando no período colonial até a contemporaneidade, trazendo leis que tangem o direito à educação, passando pela tecnologia na educação, as adaptações educacionais trazidas pela pandemia do covid-19, a educação de Paulo Freire e sua intersecção com a saúde. A influência de Paulo Freire não é um movimento novo, ele se iniciou nos anos 70 a partir de um olhar para a saúde da população vulnerável, esquecida da sociedade.

O tópico da tese nomeado de Caminhos Metodológicos foi o mais desafiador e prazeroso de toda a construção da pesquisa. Assim chamado por ter sido vários os caminhos percorridos na sua edificação, caminhos esses imprevisíveis e construídos conjuntamente com o público pesquisado. A cada círculo de cultura a metodologia ia se moldando, as problemáticas aparecendo e as soluções desabrochando. O fascinante da aplicação da metodologia freiriana é que as dificuldades e as soluções são levantadas pelos participantes, não sendo nada imposto, tampouco demonstrado. É algo descoberto por eles, assim a resolutiva está dentro da realidade vivenciada e não ditada por outra pessoa alienada da situação. Está dividida didaticamente em quatro subseções: Participantes, Instrumentos de Pesquisa, Procedimentos para Coleta de Dados e Procedimentos para Análise dos Dados.

Para finalizar a escrita (e não a pesquisa), o próximo tópico é destinado a apresentar os Resultados encontrados na pesquisa seguida das Discussões e das Referências. Nos Resultados, foram compiladas as falas na íntegra e de acordo com as semelhanças, separadas e descritas. As falas trazem os sentimentos que foram exteriorizados durante a realização dos círculos de cultura. As problemáticas levantadas foram trabalhadas em grupo e encontradas soluções para melhorias pelos participantes da pesquisa.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Transformação da Educação ao Longo da História

A educação originou-se com a humanidade e assim como tal prossegue em constante transformação, embora seja vista e praticada de maneira dispar, complexificando e diversificando sua concepção. Através do poder judiciário tem-se a lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as diretrizes e bases da educação no Brasil (LDB), definindo em seu 1º artigo a educação como “processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”.

O compilado de palavras da língua portuguesa define educação como “ato ou efeito de educar-(se). Processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano. Civilidade, polidez” (FERREIRA, 2018 p.271).

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 2002) define a educação como um direito humano fundamental e uma base essencial para garantir a paz, a igualdade de gênero e o desenvolvimento sustentável, além de potencializar a liberdade individual.

Equitativamente ao pensamento da UNESCO, Paulo Freire, renomado educador e filósofo brasileiro, define a educação como uma experiência especificamente humana e uma forma de intervenção no mundo, onde educadores e educandos aprendem juntos em um diálogo constante, construindo conhecimento de forma colaborativa (FREIRE, 1996).

Posto isso, acredita-se que a educação é um processo contínuo e dinâmico que envolve o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, valores e atitudes, consistindo o pilar fundamental para o desenvolvimento humano e social, desempenhando um papel crucial na promoção do bem-estar individual e coletivo. Ela é essencial para a formação de indivíduos críticos, criativos e conscientes, capazes de contribuir para a construção de sociedades mais justas, equitativas e sustentáveis. Esse processo pode ocorrer em diversos contextos, tanto formais quanto informais.

A educação no Brasil é fundamentada na Constituição Federal, sendo um direito de todos os indivíduos e responsabilidade do governo federal (por meio do Ministério da Educação), dos estados, municípios e do Distrito Federal. O artigo 205 da Constituição Federal aponta que:

“A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1988).

O referido artigo ainda prevê três objetivos básicos da educação para o indivíduo: garantir o pleno desenvolvimento do cidadão com o apoio do Estado, da sociedade e da família, prepará-lo para o exercício da cidadania e qualificá-lo para o mercado de trabalho.

Em consonância com a Constituição Federal, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB, 1996) descreve em seu 2º artigo que a educação é um dever da família e do Estado, baseada nos princípios de liberdade e solidariedade humana, tendo por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

A Constituição de 1988 subsidiou várias leis, decretos, resoluções, portarias e estatuto garantidores da educação, como: o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990), a LDB (Lei de Diretrizes e Bases, nº 9.394/1996), a lei nº11.494/2007 do FUNDEB (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação), o Decreto nº7.086/2010 (Mais Educação), o Plano Nacional de Educação (2014-2024), entre outros.

Embora haja apoio legal, a realidade educacional brasileira ainda é utópica e divergente para as camadas sociais. Libâneo (2012), fala desse dualismo existente no sistema educacional brasileiro, denunciando o fato de que a educação ofertada aos mais ricos é diferente da educação direcionada aos mais pobres e defende a urgente superação dessa realidade situacional. A educação deve ser praticada (e não somente pensada) como universal, reduzindo assim o abismo social que reflete na educação brasileira. O simples direito constitucional a educação não é garantia de acesso de qualidade e permanência de todos na escola, e isso se dá pela desigualdade social gritante no Brasil.

Para que se tenha um melhor entendimento da educação e suas disparidades no Brasil, descrevo um breve relato histórico que se inicia no período colonial chegando à contemporaneidade.

No decorrer da história do Brasil podemos ver algumas características marcantes, como a dependência, a exploração, a violência, o desrespeito cultural e a desigualdade entre os povos. A educação tem sido uma força fundamental no desenvolvimento das sociedades ao longo da história. Seu processo evolutivo reflete as transformações sociais, econômicas, políticas e culturais que moldaram o mundo em que vivemos hoje.

Segundo Souza 2023, os jesuítas vieram ao Brasil com a intenção de catequizar e instruir os índios tornando-os mão-de-obra fácil, já que essa organização escolar estava ligada a política colonizadora dos portugueses. Até 1759 a educação era responsabilidade dos jesuítas, porém com o transcorrer do tempo essa foi transformada em uma educação de elite e ascensão social, visando uma economia fundada na agricultura e no trabalho escravo.

Como já dito, a educação formal no Brasil surgiu no Período Colonial com a chegada dos padres jesuítas em 1549, orientados pelo padre Manoel da Nóbrega. Todas as escolas jesuítas eram regulamentadas por um documento escrito por Inácio de Loyola e isso ocorreu até 1759, ano em que o Marquês de Pombal os expulsou e introduziu as Reformas Pombalinas. Muitas mudanças políticas, sociais e econômicas afetavam toda Europa, então D. José I e seu ministro Marquês de Pombal acataram as ideias do Iluminismo surgido na Inglaterra. O objetivo fundamental das reformas era a implantação do ensino laico e público (acessível a todos). Este era o período do fim do ciclo da mineração, diminuindo a influência da nobreza e dos jesuítas em Portugal e todas as suas colônias. Napoleão Bonaparte em 1808 invade Portugal, D. João VI, a família real e toda corte resolveram refugiar-se no Brasil iniciando assim, diversas mudanças nesta corte.

Dentre as mudanças houve a implantação das aulas régias e do ensino laico. A vinda de D. João VI propiciou também a criação das Academias Militares, Escolas de Direito e Medicina, da Imprensa Régia, da Biblioteca Real e do Museu Nacional, entre outras.

Em 1822 inicia-se um novo período, o Imperial. Foi um período marcado por muitas adversidades políticas, sociais e econômicas, mas fora também neste período que se criou a primeira Constituição Brasileira (1824). Ela versava a ideia de um sistema nacional de educação, planejando uma instrução primária e gratuita para todos os cidadãos, defendendo a ampliação do número de escolas primárias, ginásios, liceus, academias e universidades por todo território onde ensinavam gramática, ciências e belas artes.

Januário da Cunha Barbosa, em 1826 apresentou ao Parlamento Nacional o projeto que a Educação seria dever do Estado, inclusive ofertando escolas para formação de professores. Em 1827 criou-se a lei que concedia as meninas o direito de estudar, porém na prática a lei não foi amplamente obedecida, não havendo vagas suficientes para todas as meninas. A educação era privilégio de homens livres e as crianças negras, mesmo sendo livres, comumente eram excluídas das escolas. Embora houvesse na Constituição um texto defendendo a educação para todos, o Império não estabeleceu a educação como prioridade, fato esse que ocorre até os dias de hoje.

Em 1879 com o intuito de resolver problemas da educação, foi implantada a Reforma Leôncio de Carvalho que visava várias mudanças no ensino: a liberdade de ensino, nas quais as escolas eram livres para adotar os métodos que melhor lhes convinha; autonomia do aluno, a melhoria da remuneração do professor, entre outras (BRASIL, 1879).

O desinteresse com o ensino público no Brasil não é algo da modernidade, surgindo juntamente com a própria educação. Marco importante que ocorreu na educação foi o Ato Adicional de 1834 e a Constituição de 1891 que apresentam a descentralização do ensino, porém não ofereceu condições às províncias de criar uma rede organizada de escolas, o que acabou contribuindo para que o ensino público ficasse nas mãos da iniciativa privada, evidenciando o caráter classista e acadêmico, produzindo um sistema dual de ensino: de um lado uma educação voltada para a formação das elites, com os cursos secundários e superiores, de outro o ensino primário e profissional, de forma bastante inepta para as classes populares (SOUZA, 2019).

Diante disso, vê-se que desde os primórdios a segregação entre a educação dos povos ricos e dos pobres já estava presente, demonstrando uma grande desigualdade entre a sociedade, na qual os mais favorecidos sempre foram beneficiados e privilegiados, e os pobres marginalizados. E aqui encontramos um ponto de contato entre as áreas da educação e da saúde, que surgiram (e assim continuam) em um mesmo conceito de acesso segregado dos indivíduos.

A constituição da República de 1891 descentralizou o ensino conferindo maior poder aos Estados, e com isso melhoria foi esperada, porém não ocorreram, mas sim descasos e abandonos dos Estados, refletindo em uma educação precária para a população vulnerável, favorecendo o crescimento do analfabetismo (SOUZA, 2019).

A partir de 1930 o Brasil se vê mergulhado numa grande mudança no formato econômico, passando de agrícola para o período da industrialização. Romanelli (2022) menciona ao descrever sobre a história da educação, que no referido ano o ensino expandiu-se fortemente por causa do crescimento sensível da demanda social de educação, resultado de dois fatores: crescimento demográfico e intensificação do processo de urbanização. Neste quesito o país necessitava de mão de obra especializada, todavia a expansão do ensino, apesar de grande, foi deficiente tanto quantitativo como estruturalmente. Exemplos disso citam-se a falta de oferta de escolas, o baixo rendimento do sistema escolar e a discriminação social.

De 1930 a 1945, período conhecido como Era Vargas foi marcado pelo equilíbrio entre a Pedagogia Tradicional e a Pedagogia Nova. Em 1930 houve a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, chefiado por Francisco Campos. Em 1934 a

Constituição Brasileira estabeleceu a necessidade de um Plano Nacional de Educação que contemplasse a gratuidade e obrigatoriedade do ensino elementar. A Reforma de 1931, conhecida como Reforma Francisco Campos, teve como diferencial a criação de um Sistema Nacional de Educação e do Conselho Nacional de Educação, órgão para assessorar o Ministério da Educação. A Era Vargas foi palco das primeiras implantações dos novos métodos de ensino, preconizando a centralidade na criança e o processo de aquisição do conhecimento. Esse ensino renovado se sedimentou, fazendo com que abrisse um leque de discussões sobre os princípios norteadores da metodologia de ensino. Em 1937 cria-se a UNE (União Nacional dos Estudantes) que nasceu com força total no combate à ditadura e regime político daquele período. Ao longo dos mais de 80 anos, a UNE (2024) marca presença na vida política, social e cultural do país atualmente representa mais de 6 milhões de universitários.

A Constituição de 1946 previu a elaboração de uma lei específica para a educação brasileira, a LDB (Lei de Diretrizes e Bases) aprovada apenas em 1961.

Em 1951, o então presidente Getúlio Vargas, agora eleito pelo povo, criou o CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) com a função de fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico no país. Foi no mesmo ano a criação da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), cuja função é:

“... avaliação da pós-graduação *stricto sensu*; ao acesso e divulgação da produção científica; ao investimento na formação de recursos humanos de alto nível no País e no exterior; à promoção da cooperação internacional; indução e fomento da formação inicial e continuada de professores para a educação básica nos formatos presencial e a distância” (BRASIL, 2023).

Em seguida temos o governo nacional-desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek. Foi nesse período que nasceu o ISEB (Instituto Superior de Estudos Brasileiros) vinculado ao MEC (Ministério da Educação e Cultura), ficando conhecido por:

“...oferecer cursos a oficiais das Forças Armadas, empresários, sindicalistas, parlamentares, funcionários públicos, burocratas e técnicos governamentais, docentes universitários e do ensino médio, profissionais liberais, religiosos, estudantes, etc. Distinguindo-se de uma instituição acadêmica foi, precipuamente, um centro de formação política e ideológica, de orientação democrática e reformista” (TOLEDO, 2005, p. 11).

Na última fase do ISEB, seus integrantes procederam a uma revisão crítica das teses nacionais-desenvolvimentistas. De acordo com Toledo (2005, p.11), nessa revisão constatou-se que o “país cresceu economicamente – com a consolidação do capitalismo industrial – mas não resolveu em profundidade suas graves e históricas desigualdades sociais e regionais”.

No Brasil da década de 60, a taxa de analfabetismo alta (39,7%) fez com que o método de alfabetização de Paulo Freire se destacasse como uma experiência de educação popular (Brasil, 2002). Em 1971 foi criada a lei nº 5.692 que fixava as diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º grau (posteriormente revogada pela lei nº 9.394), transformando os quatro anos primários e os quatro anos do ginásio em oito anos de escolaridade obrigatória mantida pelo Estado. O 2º grau teve um caráter profissionalizante, imprimindo aspecto de término de estudos formativos, desestimulando assim o ingresso nas universidades.

Em 1988 o Brasil promulga sua nova Constituição, conhecida como Constituição Cidadã. Nela o artigo 208 preconiza o direito a educação como dever do Estado.

Durante a fase conhecida como Era FHC (presidente Fernando Henrique Cardoso - 1995 a 2002), houve uma tentativa de desmonte da educação superior com políticas de privatizações. Foi também nesse governo a implementação do financiamento estudantil, criado no governo de Ernesto Geisel e nomeado de Programa de Crédito Educativo (CREDUC), agora reformulado passou a chamar Programa do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), que posteriormente foi ampliado no governo Lula. Ainda no governo FHC, houve a criação do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) com a função de avaliar os alunos que concluem o ensino médio.

Em 2004 já no governo de Luiz Inácio Lula da Silva foi criado o PROUNI (Programa Universidade para Todos) com objetivo de conceber bolsas de estudo parciais e integrais em universidades privadas de todo país.

Uma das últimas grandes alterações na política pública da educação brasileira foi a Base Nacional Comum Curricular – BNCC que teve seu texto iniciado em 2015 e entregue pelo Ministério da Educação ao Conselho Nacional de Educação em 2017, com o objetivo de determinar as diretrizes dos conteúdos a serem ministrados na educação básica, dando ênfase a valorização do desenvolvimento afetivo, social, cognitivo, cultural e científico dos alunos. A BNCC possui dez competências norteadoras que devem ser alcançadas ao longo de toda a educação básica: conhecimento; pensamento crítico, científico e criativo; repertório cultural; comunicação; cultura digital; trabalho e projeto de vida; argumentação; autoconhecimento e autocuidado; empatia e cooperação; responsabilidade e cidadania (BRASIL, 2017). As escolas têm liberdade para construir seus currículos baseado nos seguintes eixos norteadores:

textos introdutórios gerais e por etapas; competências gerais em todas as áreas da educação do aluno; competências específicas de acordo com cada componente curricular (SILVA et al., 2023).

Em 2019 foi lançado, pelo então Presidente Jair Bolsonaro, o programa Escola Cívico – Militar, com o objetivo da gestão compartilhada entre educadores e militares em escolas públicas de ensino fundamental II e ensino médio, com a prévia instalação de 200 escolas até 2023. Apesar de atualmente o Programa ter sido encerrado, ficou a critério das secretarias estaduais e municipais decidirem se continuariam seguindo este modelo nas escolas (BRASIL, 2019).

A trajetória histórica da educação é marcada por um progresso contínuo em direção a democratização do conhecimento e ao reconhecimento da educação como um direito humano fundamental. Desde suas origens primitivas até os sofisticados sistemas educacionais de hoje, a educação evoluiu para atender as necessidades cambiantes das sociedades. A educação, ao longo da história, tem sido um motor essencial para o desenvolvimento humano. À medida que avançamos, é fundamental que os sistemas educacionais continuem se adaptando e melhorando para construir um futuro mais equitativo e sustentável, atendendo as demandas sociais.

A educação transcende a mera prescrição de conteúdo, ela é um direito fundamental inerente a todo cidadão. Mais do que um privilégio, a educação é um pilar essencial para o desenvolvimento individual e coletivo, capacitando as pessoas a exercerem plenamente sua cidadania, a prosperarem economicamente e a contribuírem para uma sociedade mais justa e equitativa. E assim, dialogando sobre a garantia ao acesso universal a educação, devemos (ou deveríamos) saber que ela é reconhecida como um direito fundamental de todo cidadão brasileiro conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e diversos marcos legais subsequentes, como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o Plano Nacional de Educação (PNE), a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), entre outros.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 no seu artigo 205 assegura que a educação é um direito de todos e visa ao pleno desenvolvimento humano, de suas potencialidades, habilidades e competências por meio do processo de ensino-aprendizagem. Esse reconhecimento reflete a importância da educação como um pilar central para o desenvolvimento social, econômico e cultural do país. Destaca-se que esse processo de aprendizagem não se restringe a escola, mas sim associado às formações escolar, familiar e social, podendo ser formal ou informal.

O conhecimento informal é adquirido por meio da vivência e da interação social, não havendo formalidade de lugar, horário ou currículo. A aprendizagem informal ocorre espontaneamente na família, no trabalho e nos círculos sociais, a todo o momento, não sendo planejada. Libâneo relata que:

“A educação informal corresponderia a ações e influências exercidas pelo meio, pelo ambiente sociocultural, e que se desenvolve por meio das relações dos indivíduos e grupos com seu ambiente humano, social, ecológico, físico e cultural, das quais resultam conhecimentos, experiências, práticas, mas que não estão ligadas especificamente a uma instituição, nem são intencionais e organizadas” (LIBÂNEO, 2005, p.31).

Já o saber formal ocorre dentro de uma instituição escolar, é planejado e apresentado por meio das disciplinas escolares e mediado por um educador. Por meio da educação escolar, o sujeito estabelece relações e compreende a forma de organização da sociedade na qual está inserido.

Embora a educação possua reconhecimento oficial e abrange o âmbito escolar contemplando níveis, graus, currículos e diplomas, sabe-se que ela não se limita a instrução ou a transmissão de conhecimento técnico científico. Compreende o desenvolvimento da autonomia e do senso crítico, aprimorando habilidades e competências humanas. Além disso, desempenha um papel fundamental na formação de novas experiências, de valores e comportamentos.

“... a escola existe para formar sujeitos preparados para sobreviver nesta sociedade e, para isso, precisam da ciência, da cultura, da arte, precisam saber coisas, saber resolver dilemas, ter autonomia e responsabilidade, saber dos seus direitos e deveres, construir sua dignidade humana, ter uma autoimagem positiva, desenvolver capacidades cognitivas para apropriar-se criticamente dos benefícios da ciência e da tecnologia em favor do seu trabalho, da sua vida cotidiana, do seu crescimento pessoal” (LIBÂNEO, 2005, p.3).

Até a implantação da pedagogia atual, a educação formal no Brasil passou por diversas mudanças, sempre com intuito e objetivos políticos que privilegia determinados grupos sociais.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 1990) afirma a importância da educação para a nação, descrevendo que ela é um dos meios

mais importantes para o progresso de uma sociedade, sendo exercida de forma que o indivíduo desenvolva suas habilidades. Faz-se importante ressaltar que na contemporaneidade, as instituições escolares buscam promover a educação além dos limites da formalidade, abrangendo também aquilo que se aprende no convívio social, ou seja, a educação não formal. Por meio da educação, produz-se conhecimento e, assim, todas as esferas de um país desenvolvem-se.

Investir na educação é, portanto, primordial para garantir que o indivíduo exerça sua cidadania e alcance o seu pleno desenvolvimento. Um país que investe em educação acaba investindo também em todos os outros setores. A educação molda a sociedade, desempenhando um papel fundamental na formação de indivíduos autônomos, na construção de valores, na promoção da igualdade, desenvolvendo o senso crítico dos indivíduos e garantindo a dignidade de uma sociedade mais justa e progressista.

Existem diversas teorias e modos de se definir o sentido da educação, segundo o sociólogo francês Émile Durkheim, considerado um dos fundadores da sociologia moderna, ofereceu uma perspectiva influente sobre o papel e o sentido da educação na sociedade. De acordo com Durkheim, a educação desempenha funções cruciais na formação dos indivíduos e na coesão social, sendo um pilar central na formação dos indivíduos e na manutenção da ordem social. Ela é vista como uma ferramenta para a socialização, a formação moral, a coesão social e a preparação dos indivíduos para suas futuras funções na sociedade. Através da educação, as sociedades modernas podem transmitir seus valores, integrar os indivíduos e assegurar a continuidade e a estabilidade social. Durkheim destacou a importância da educação em promover um senso de solidariedade e pertencimento, essencial para a vida em sociedade (DURKHEIM, 2007).

Para Paulo Freire, um dos principais educadores e filósofos da educação do século XX, o objetivo maior da educação é a emancipação e a libertação dos indivíduos e das comunidades, capacitando-os a desenvolver uma consciência crítica, atuar como agentes de transformação social e humanizar-se mutuamente através de um processo educativo baseado no diálogo, na participação e na reflexão crítica. Sua abordagem pedagógica é fundamentada em princípios de uma educação problematizadora, da conscientização, do diálogo, da transformação social e humanização. A educação, segundo Freire, é um ato político que pode transformar a realidade e promover a justiça social e a dignidade humana (FREIRE, 1967).

Vários são os objetivos e princípios da educação como direito, mas igualmente são os desafios na garantia de tais direitos, visto que ainda existem grandes disparidades na oferta, e principalmente na qualidade, da educação entre as regiões do Brasil e entre as zonas urbanas e

rurais. No entanto, a garantia desse direito efetivamente enfrenta desafios significativos que vão além das desigualdades regionais, mas também do financiamento, formação de professores e infraestrutura escolar.

Superar esses desafios requer um compromisso contínuo e uma abordagem multifacetada que inclua políticas públicas inclusivas, inovação, parcerias e uma forte governança. Ao investir na educação e promover a igualdade de acesso e qualidade, o Brasil pode avançar significativamente na construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e próspera para todos.

Outro desafio enfrentado na educação é o uso da tecnologia que, na verdade sempre esteve presente, todavia, o uso das tecnologias digitais educacionais apresentou um grande avanço com a pandemia do covid-19, que chegou de forma inesperada e imposta para os docentes e discentes, sem terem o poder de aceitação.

Educação e tecnologia têm caminhado lado a lado desde os primórdios da humanidade, desempenhando papéis cruciais no desenvolvimento das civilizações. Desde as primeiras formas de comunicação e transmissão de conhecimento até as sofisticadas ferramentas digitais de hoje, a relação entre educação e tecnologia tem sido dinâmica e transformadora.

Nos tempos pré-históricos, a educação era um processo informal baseado na transmissão oral de conhecimentos essenciais para a sobrevivência. As primeiras formas de educação envolviam o ensino de habilidades como caça, pesca, coleta de alimentos e confecção de ferramentas. Nessa fase, a tecnologia era rudimentar, composta basicamente por utensílios de pedra, ossos e madeira. Com o evoluir da humanidade a tecnologia, que é o método, processo, meio ou instrumento de um ou mais domínios da atividade humana, foi se aperfeiçoando a cada nova etapa das necessidades humanas.

Hoje, a integração de tecnologias avançadas como a inteligência artificial, realidade virtual e aumentada, games educacionais, lousa digital e ambiente virtual de aprendizagem está redefinindo a educação. Essas tecnologias oferecem oportunidades para personalizar o aprendizado, facilitar o acesso a recursos educacionais e promover a colaboração global. A pandemia do covid-19 acelerou ainda mais a interação das tecnologias educacionais, destacando a importância da flexibilidade e da inovação no ensino.

Para Werlang et al. (2023), com a evolução da humanidade a forma de comunicação e de sobrevivência foram se modificando e a internet tornou-se indispensável para a vida moderna, fazendo parte de um mundo globalizado, interconectado e informatizado, onde as informações podem ser recebidas através de um computador, tablet ou celular.

A tecnologia também se faz presente como instrumento educacional, porém foi após a segunda grande guerra mundial que:

“...se fez necessário uma inovação educacional onde o currículo passa a valorizar a relação entre o aprendizado voltado para a construção do saber científico e o desenvolvimento de novas tecnologias que pudessem auxiliar a inserção do estudante no mercado de trabalho em conjunto com a valorização da pluralidade cultural e a autonomia do indivíduo, diferente do que acontecia no período da revolução industrial onde a educação era voltada para ensinar o trabalhador a exercer funções específicas através da didática onde o professor era o transmissor de conhecimento e aluno um mero absorvedor através da repetição” (SILVA et al.,2023, p.128).

Dessa maneira, não há como falar de educação sem falar de tecnologia digital de comunicação e informação que, juntamente com a microeletrônica é a revolução do século 20. O uso da internet nos conecta com um mundo de informações novas a cada milésimo de segundo, permite maior alcance de pessoas e oportuniza a dinamização do processo de ensino-aprendizagem, porém é importante lembrar que a tecnologia sozinha não educa, ela oferece novas oportunidades e abordagens para estudantes e educadores, mas a forma de absorção é individual. Para Júnior, Andrade e Caldas (2020, p.138), “a tecnologia da informação e comunicação (TIC) constitui uma importante estratégia de pulverização do conhecimento com qualidade e permite a formação de um canal de comunicação horizontal”.

Com o avanço das tecnologias digitais, as práticas educacionais têm se expandido e evoluído gerando vários benefícios para o processo pedagógico, a ter: o acesso ampliado ao conhecimento; personalização da aprendizagem; engajamento e motivação. Tais benefícios tornam possível que estudantes de diferentes localidades tenham acesso ao ensino de qualidade, independentemente de barreiras geográficas; proporciona acesso gratuito a materiais de estudo, livros, artigos e cursos, democratizando o conhecimento; possibilita intervenções pedagógicas com o ajustamento do conteúdo e o ritmo de ensino às necessidades individuais de cada estudante, melhorando a eficácia do aprendizado; incorpora elementos de jogos (gamificação) em ambientes de aprendizagem aumentando a motivação e o engajamento dos alunos, tornando o aprendizado mais dinâmico e interativo.

Os benefícios tecnológicos na educação são visíveis, todavia as barreiras e os desafios para o seu uso ainda são obstáculos a serem vencidos. O acesso e a inclusão digital são os principais desafios, visto que a falta de acesso a dispositivos tecnológicos e a internet de alta

qualidade pode exacerbar as desigualdades educacionais aos estudantes de regiões com privações no acesso à tecnologia ou famílias com recursos limitados.

Por mais barreiras que ainda são encontradas, é incontestável a importância do uso da tecnologia no sistema educacional. Ferramentas digitais, e-learning, ensino híbrido e recursos multimídia enriquecem o processo de ensino e aprendizagem, oferecendo maior acessibilidade e personalização na busca de preparar alunos para enfrentarem os desafios globais.

A pandemia do covid-19 foi uma crise global de saúde causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que se espalhou rapidamente por todo o mundo resultando em milhões de infecções e óbitos, sendo um desafio global. Ela gerou um grande impacto em todos os aspectos da vida cotidiana, incluindo saúde, economia, educação e relações sociais. As escolas e universidades fecharam suas portas físicas e migraram para o ensino remoto. Isso destacou desigualdades de acesso a tecnologia e a internet, afetando a qualidade da educação recebida por muitos estudantes. Professores e alunos tiveram que se adaptar rapidamente ao ensino e aprendizagem online através dos meios tecnológicos e, no Brasil a desigualdade social foi a principal barreira. A grande massa da população ainda não tem acesso à internet, isso refletiu nos péssimos índices do resultado do IDEB (índice de desenvolvimento da educação básica) daquele período. Porém, contrariamente a isso, foi com o evento da pandemia e a utilização da tecnologia que uma gama significativa de estudantes adotou como forma de estudo a aprendizagem remota, situação que em alguns anos anteriores não haveria a possibilidade de ser concretizada como uma forma segura de aprendizagem.

O agravamento da insegurança alimentar, da pobreza extrema e a piora da alfabetização vieram em conjunto da crise sanitária. O índice de pobreza multidimensional calculado pelo estudo da UNICEF (2019-2022) mostra que a situação do país que já era preocupante em razão de desafios estruturais, piorou no período pandêmico.

Em um levantamento sobre educação elaborado pela OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) em 2023, o Brasil ocupava a 39ª posição em uma lista de 41 países membros da organização. Esse ranking é feito por meio da análise de três avaliações realizadas por alunos de 5º ao 9º ano do ensino fundamental, nas quais se considera habilidades cognitivas e de desempenho escolar. Enquanto a média internacional de investimento é de 11.560 dólares no Brasil é de apenas 4.306 dólares.

Nos últimos anos, o Brasil tem feito progressos significativos na expansão do acesso à educação, mas ainda enfrenta desafios substanciais em termos de qualidade, equidade e eficiência. Dados fornecidos pelo governo federal demonstram a melhora na educação brasileira, porém tais dados referem-se ao acesso à educação básica. Todavia na dimensão de

educação, devem-se analisar dois aspectos: estar na escola e estar alfabetizado. Os dados atuais revelam uma piora visível no quesito alfabetização: a propor crianças de 7 anos que não sabem ler nem escrever saltou de 20% para 40% entre os anos de 2019 e 2022, especialmente entre crianças negras e aquelas afetadas pela pandemia durante o período da alfabetização. Os dados relativos a “estar na escola na idade certa” apresentam melhora, mas a informação provavelmente está relacionada a aprovação automática durante o período da pandemia do covid -19 (UNICEF, 2023).

A chefe de educação do UNICEF no Brasil, Mônica Pinto (2023), ressalta que “os gestores públicos precisam reconhecer que, em populações em alta situação de vulnerabilidade social, a educação é um investimento para a nação”.

Não basta apenas olhar para os resultados obtidos por meio de índices, como o IDEB. É preciso enxergar uma maneira de revisar as políticas educacionais a fim de propor melhorias para a educação básica. Faz-se necessário analisar o sistema como um todo, pensando nos alunos e nos professores. A formação e a valorização dos professores ainda precisam ser melhoradas. Muitos educadores enfrentam condições de trabalho desafiadoras e carecem de oportunidades contínuas de desenvolvimento profissional. A educação no Brasil é deficitária, principalmente na esfera pública de ensino, visto que persistem disparidades significativas na qualidade da educação oferecida. Essas desigualdades afetam diretamente as oportunidades futuras dos estudantes.

Embora os gastos públicos com educação tenham aumentado, ainda há necessidade de um investimento mais eficaz e eficiente, garantindo que os recursos cheguem às áreas mais necessitadas e sejam utilizados de maneira estratégica. É urgente a intervenção dos governos federal, estadual e municipal no setor educacional, garantindo um ensino de qualidade para toda a população.

A educação é fundamental para o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais. Embora desafios significativos permaneçam, há também muitas oportunidades para progresso. Com investimentos contínuos, políticas inclusivas e um compromisso firme com a melhoria da qualidade do ensino, o Brasil pode avançar para garantir uma educação equitativa e de alta qualidade para todos os seus cidadãos. É essencial que governos, sociedade civil, educadores e comunidade em geral trabalhem juntos para transformar esses desafios em oportunidades, construindo um futuro mais justo e próspero através da educação.

É sabido que educação é sinônimo de libertação e, na medida em que as classes populares emergem, descobrem e visualizam o adestramento das elites, acabam por dar

respostas autenticamente agressivas. Estas elites, assustadas, no topo do poder em que se encontram, tendem a fazer silenciar as massas populares, domesticando-as com a força ou soluções paternalistas. Tendem a travar o processo de que decorre a emersão popular, com todas as suas consequências (FREIRE, 1967).

Por mais que Freire tenha iniciado um método de educação diferenciado ainda na década de 60, sendo (re)conhecido, militado e executado em algumas instituições até os dias atuais, é nítido o desinteresse na emancipação da população pelos opressores, motivo da pulverização e seletividade da educação. Ainda que os discursos, as leis e decretos preconizem a educação libertadora, isso não passa de utopia. Na prática a educação é tradicionalista, conteudista, no formato de repetição (adestramento) e o professor o depositário do conteúdo. Essa seleção é proposital para que as massas populares não saiam da sua posição de oprimido e as elites permaneçam no seu pedestal oprimindo, com seu interesse social, político e econômico. Porém, é considerável relatar que a culpabilização da opressão não se faz unicamente pelo oprimido.

O grande desafio para mudar a visão e a práxis pedagógica brasileira de ensinar é algo que requer uma consciência coletiva, do opressor (detentor do poder) e da sociedade oprimida. Para Freire (1968, p.07), “os oprimidos, contudo, acomodados e adaptados, “imersos” na própria engrenagem da estrutura dominadora, temem a liberdade, enquanto não se sentem capazes de correr o risco de assumi-la”. Partindo do ponto em que me libertei, passo a ser sujeito autônomo, responsável pelas minhas ações e decisões, lutando por elas, o que pode ser objeto de medo da emancipação, pois de tanto ouvir que sou incapaz, termino por me convencer que isso é uma premissa.

As barreiras para que tenhamos uma educação libertadora são muitas, mas não impossíveis de se vencer, há de começar. Algumas instituições de educação já deram o primeiro passo na mudança da concepção e abordagem do processo pedagógico, deslocando o poder autoritário do professor para o compartilhamento e a construção do saber em conjunto com os alunos, fomentando a participação de todos no processo ensino aprendizagem.

A educação no Brasil, com suas complexidades e desafios, demonstra ser um pilar fundamental para o desenvolvimento do país. Ao promover o conhecimento e o pensamento crítico, ela capacita os cidadãos a tomar decisões mais conscientes em diversas esferas da vida.

E essa capacitação é outro ponto crucial que faz uma intersecção com a área da saúde. Indivíduos com maior nível de escolaridade tendem a ter melhor compreensão sobre prevenção de doenças, acesso a serviços de saúde e adoção de hábitos saudáveis. A educação

em saúde, integrada ao currículo escolar e a iniciativas comunitárias, fortalece essa ligação, contribuindo para uma população mais saudável e engajada no próprio bem-estar. Em suma, investir em educação é também investir na saúde e na qualidade de vida dos brasileiros, por isso no próximo tópico abordei a saúde e a educação com um olhar para a saúde.

### 3.2 Saúde ao Longo dos Tempos: Uma Análise Histórica

A saúde no Brasil tem seu percurso histórico marcado por diversas fases e transformações que refletem as mudanças políticas, econômicas, sociais e tecnológicas do país, sendo caracterizada por importantes avanços institucionais e legais que culminaram na criação do sistema único de saúde - SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Contudo, persistem desafios significativos, como a necessidade de financiamento adequado, a melhoria da qualidade dos serviços e a equidade no acesso a saúde.

Historicamente, o sistema brasileiro de saúde foi (e continua sendo) dividido em momentos marcantes que acompanham as mudanças da sociedade, iniciando no período colonial em 1500, passando pelo império, primeira república, era Vargas, regime militar, nova república até chegar as décadas recentes. A preocupação do poder público voltado para a saúde da população difere em cada uma dessas fases, baseando-se nas necessidades econômicas do país e como a doença pode afetar tal atividade.

Uma das preocupações que cingiam o poder público e os proprietários de indústrias, à época, era a criação de medidas para o controle de doenças capazes de assegurarem menores impactos sobre a produção e distribuição das mercadorias e dos produtos que impulsionavam as economias de diferentes nações do velho mundo (Kirst; Darsie, 2022). No Brasil Colônia, o acesso aos cuidados em saúde não era diferente, considerado um bem precioso, possível de ser explorado, restrito a poucos e inalcançável para muitos. Neste período, houve o controle através das medidas sanitárias mínimas dos portos, com objetivo principal de garantir o livre comércio e não o de proteger as pessoas das doenças (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, na cidade de Nova Iorque realizou a Conferência Internacional de Saúde sendo redigida a Constituição da Organização Mundial da Saúde através do decreto nº 26.042. Nela foi elaborado o importante conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, utilizado até os dias atuais. Desfrutar desse estado de saúde constitui um direito fundamental de todo ser humano sem distinção, e para que se alcance a saúde faz-se necessária a cooperação dos indivíduos e dos Estados (BRASIL, 1946).

Embora se tenha um conceito estabelecido de saúde, ela é algo variável e em constante mutação, tanto histórica quanto e, principalmente, individual. Sua compreensão baseia-se em fatores relacionados a experiências vividas de forma singular no processo de adoecimento e que sofrem diversas influências dos condicionantes biológicos como idade, sexo, genética; do meio ambiente de subsistência que engloba a alimentação, o tipo de trabalho, o saneamento básico, a prática de exercício físico, o sono e repouso; as questões sociais, econômicas e culturais; os acontecimentos da vida como perdas de cunho humano e bens materiais, nascimento, decepções, alegrias e tristezas. Pelos motivos descritos, o modo de ver e vivenciar o processo saúde/doença é dinâmico e particular, com diferentes atribuições de valores ao longo de sua existência. Com isso, pode-se dizer que a responsabilidade de ter ou não saúde, é uma tarefa conjunta e deve ser desempenhada por três atores: indivíduo, poder público e profissional da saúde, cada um na sua competência e atribuição. Ao indivíduo cabe o autoconhecimento dos fatores que levam ao seu adoecimento e assim realizar as práticas para evitar tal situação ou melhorar sua qualidade de vida; aos profissionais cabe o diagnóstico situacional das causas do adoecimento e a prática da educação em saúde, promovendo e prevenindo os agravos em saúde; ao poder público cabe criar políticas públicas em saúde que englobe questões sociais, ambientais e econômicas, além de fomentar financeiramente os programas de saúde individuais e coletivos para a população (Scliar, 2007; Brasil, 1997). Tais atores devem manter uma simbiose, visto que o contraditório levará ao desequilíbrio e consequentemente a uma população adoecida.

Por mais que sejam destinados esforços dos gestores e dos profissionais da saúde em prol da prevenção e promoção da saúde, a cultura dos brasileiros ainda é baseada em uma atenção à saúde curativista, ou seja, os indivíduos procuram os serviços de saúde quando estão adoecidos e necessitando de ajuda, momento esse em que a doença já está instalada. Embora a promulgação do SUS na Constituição de 1988 tenha vindo como uma tentativa de remodelar e reorganizar os serviços e ações em saúde baseada em uma atenção integral, global, ética, de prevenção, promoção e recuperação da saúde, a práxis quanto à busca ao serviço de saúde somente no adoecimento é algo habitual e enraizado culturalmente. Porém, toda transformação requer persistência e constância das atividades.

Com olhar para essa nova concepção de atendimento à saúde descrita na Constituição do SUS, o Ministério da Saúde (1990) aponta que as mudanças dos serviços de saúde são algo progressivo, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura o serviço, para um modelo de atenção integral a saúde com ações

de promoção, proteção e recuperação no qual o profissional busca ativamente o paciente antes do seu adoecimento (BRASIL, 1990).

A promoção da saúde é uma das ações propostas por esse modelo assistencial contemporâneo e definido na Política Nacional de Promoção da Saúde em 2010. É uma estratégia de articulação transversal as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, contribuindo na construção de ações que possibilitam a equidade na saúde. Essa ação estratégica visualiza a possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde/doença dos brasileiros, podendo traçar metas para que sejam realizadas intervenções em saúde.

Nesta direção, a promoção da saúde é uma via de mão dupla entre a população e as políticas públicas e aqui volto a falar da necessidade do desenvolvimento de um trabalho harmonioso entre ambos. Aos governantes, que fazem a gestão das políticas frente às necessidades da população cabem implantar ações voltada para a qualidade de vida, porém quem irá executar serão os profissionais da saúde em conjunto com a comunidade. Para que o desenvolvimento dessas atividades seja algo positivo e eficaz na condição de saúde, é necessário que haja a educação em saúde. Uma educação que desenvolva a capacidade no indivíduo de analisar criticamente a realidade e seu modo de viver, promovendo a transformação de si para o meio e para a coletividade. Entre essas ações incluem proteger a saúde através de exames médicos e odontológicos periódicos, intervirem sobre o tabaco, álcool, prática de atividades físicas, prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis, fazer o uso das vacinas, aprender a conhecer o próprio corpo e a identificar os potenciais riscos para o adoecimento.

Sem dúvida a muito que se fazer no campo da saúde e da educação em saúde, a começar pela compreensão do termo, mas entre avanços e retrocessos, houve, ainda que mínima, uma melhoria das condições de vida e saúde da população no Brasil.

Dados da UNICEF (2023) demonstram que entre os anos de 2019 a 2022, o percentual de crianças vivendo na pobreza, em suas múltiplas dimensões, que inclui viver em moradias precárias, não ter acesso a uma alimentação adequada, a água e saneamento (que levam ao adoecimento), caiu no Brasil. Um panorama entre 1940 e 2019, demonstra que a taxa de mortalidade em crianças entre 01 a 04 anos de idade diminuiu 97,3%; o IBGE (2020) declara que a expectativa de vida média teve um aumento de 31,1 anos para ambos os sexos. As evidências dos dados estatísticos trazem os avanços que tivemos na esfera da saúde, se

fazendo cumprir o que está descrita na Constituição Federal Brasileira (1988) que traz a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Como dever do Estado, a saúde se faz presente nas políticas públicas e a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986 em Brasília, foi um marco histórico na saúde pública brasileira. Impulsionado pelas reivindicações de movimentos sociais, este evento desempenhou um papel fundamental na redefinição das políticas de saúde do Brasil e na promoção do conceito de saúde como um direito universal. A conferência ocorreu em um período de intensa transformação política e social no Brasil, logo após o fim da ditadura militar e durante o processo de redemocratização do país. Este cenário permitiu um ambiente propício para discussões abertas e democráticas sobre os direitos sociais e a construção de políticas públicas inclusivas.

Segundo Santos et al., (2020), os debates manifestados na Conferência serviram de base para o texto constitucional da saúde descrito nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, criando o Sistema Único de Saúde – SUS. A partir de então, a saúde passa a ser considerado um direito de todos e um dever do Estado.

A Constituição Federal de 1988, art. 196, descreve que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A responsabilidade dos governantes perante a saúde da população, também foi descrita na Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946: “Os governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas”.

Kirst e Darsie (2022) vêm nos lembrar da responsabilização compartilhada entre usuários e o sistema de saúde, devendo estar cientes de seus direitos, mas também deveres no que se refere à saúde pública.

Através da extensiva mobilização popular, o Brasil conquistou avanços no campo da saúde no final do século XX com a promulgação da Constituição Brasileira, no entanto na prática ao que tange a regulamentação dos artigos constitucionais e dos direitos de cidadania, ainda caminha a passos lentos. Embora a OMS (1946) traga sobre a responsabilidade financeira dos governos e a Constituição Federal de 1988, art.198, parágrafo único, diz que “o

sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”, o investimento monetário para a condução do SUS ainda se torna escasso, portanto ineficaz para promover o cumprimento dos direitos básicos universais, colocando em risco a manutenção das conquistas (BARBOZA; RÊGO; BARROS, 2020).

Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde já trazia essa problemática do financiamento da saúde em seu 4º artigo:

“Esse direito (à saúde) não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las” (BRASIL, 1986, p.4).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal estrutura responsável pela saúde pública no Brasil, sendo regulamentado pela lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Refere-se às políticas, programas e ações voltados para a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde da população em geral. É um sistema de saúde universal, gratuito e financiado com recursos públicos, abrangendo desde a atenção básica, como consultas médicas e vacinação, até serviços de média e alta complexidade como internações hospitalares, cirurgias e tratamentos especializados. É um campo multidisciplinar que engloba a atuação do governo, instituições de saúde e profissionais da área para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida da população. Para que a saúde pública brasileira consiga alcançar seus objetivos, são desenvolvidas diversas ações e programas, ressaltando que as ações são atividades rápidas e pontuais frente aquele problema de saúde, já os programas são ações constantes executadas pelo governo para melhorar as condições de saúde da população (Brasil, 2000). Alguns exemplos dos programas incluem a imunização em massa, o combate a doenças endêmicas, o controle de doenças transmissíveis, a promoção de hábitos saudáveis, a vigilância epidemiológica, o monitoramento da qualidade da água e dos alimentos, entre outros.

Dentre os três princípios doutrinários fundamentais do SUS, têm-se a universalidade, integralidade e a equidade. De forma geral já foi dito sobre a universalidade, referindo-se a saúde como um direito de cidadania de todos os indivíduos, cabendo ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso as ações e serviços devem ser garantidos a todas as pessoas sem distinção de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. A integralidade

significa oferecer um cuidado contínuo e abrangente, englobando todas as necessidades de saúde dos indivíduos, desde a prevenção até o tratamento e reabilitação. Este princípio assegura que o atendimento à saúde não seja fragmentado e que todas as dimensões da saúde sejam consideradas. A equidade determina o tratamento desigual aos desiguais, na medida de suas fragilidades, para promover igualdade de oportunidades. No contexto do SUS, esse princípio visa garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades específicas (BRASIL, 2000).

Tais princípios fomentam, segundo Kirst e Darsie (2022), o cuidado holístico do indivíduo que passou a ser visto e atendido a partir da diversidade e das suas especificidades, diminuindo as desigualdades sociais. Essa superação da desigualdade em saúde está intimamente ligada à formulação de políticas pública equânime que consideram e modifiquem outras dimensões da vida.

Traçando uma linha do tempo desde a primeira ideia de organizar a saúde brasileira, é possível ver quantas coisas mudaram e se aperfeiçoaram. Várias doenças foram controladas, outras erradicadas, novos tratamentos surgiram e o direito ao serviço de saúde passou a ser igualitário e independente de condição financeira. O SUS foi e continua sendo, o principal responsável por essa organização, embora o próprio sistema esteja em constante redefinição de acordo com a evolução econômica, social e política do país. Programas e políticas foram sendo criadas com a finalidade de atender as demandas de saúde da população. A estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 foi um avanço importante; a organização da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades foi outra mudança notável; além da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que tem a função de registrar e fiscalizar os medicamentos e alimentos, oferecendo mais segurança à saúde dos indivíduos. Esses foram alguns, de muitos, dos exemplos de progressos realizados no campo da saúde pública e coletiva.

No entanto, é importante ressaltar que a saúde pública no Brasil enfrenta desafios significativos como a falta de recursos financeiros, a desigualdade regional, a infraestrutura precária, a escassez de profissionais de saúde em algumas áreas e a necessidade de melhoria na gestão dos serviços de saúde. Nosso país tem um grande território, é multicultural, com clima variável e lugares de difícil acesso. Esses desafios impactam a efetividade e a equidade do sistema de saúde, demandando esforços contínuos para aprimorar a saúde pública no país.

Barboza, Rêgo e Barros (2020), corroboram com essa ideia relatando que o SUS em seus princípios oferece o mesmo atendimento à todas as pessoas, sem discriminação, mas

algumas ainda não recebem o que necessitam por não ter o acesso a saúde, aumentando as desigualdades. Portanto, nesse contexto o caminho ainda é árduo, afinal, o governo precisa concentrar esforços e investir mais recursos onde há maior carência dos atendimentos em saúde. Neste viés se faz necessário compreender que cuidar da saúde vai muito além de medicar os doentes e realizar intervenções cirúrgicas.

Cuidar da saúde é um processo contínuo, multifacetado e abrangente que envolve a promoção de comportamentos saudáveis, prevenção de doenças, tratamento e gerenciamento das condições de saúde, cuidados com a saúde mental, atenção aos determinantes sociais da saúde e o uso de práticas educativas integrativas. Este cuidado deve ser acessível, equitativo e centrado na pessoa, envolvendo a participação ativa da comunidade e da família.

Ao abordar a saúde da coletividade, somos remetidos a pensar em promoção da saúde e prevenção de doenças. Para que isso seja possível, é necessária a realização de ações objetivando a prática da educação em saúde. Mas essa não é uma educação que parte dos bancos escolares, e sim uma educação conjunta com a população e para a população. Para facilitar a compreensão do conceito de educação em saúde, faz-se necessário conceituar os termos separadamente, e assim irei discutir a temática da educação em saúde. Esclareço algumas expressões utilizadas de forma análogas, porém que têm em sua essência significados distintos e que influenciam as ações e serviços de saúde. São exemplos desses termos: educação na saúde e educação em saúde, educação continuada e educação permanente, saúde pública e saúde coletiva.

Início com a definição do termo educação na saúde, que segundo o Ministério da Saúde (2013) consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. Tal formação destina-se aos profissionais de saúde, membros da equipe multidisciplinar envolvidos direta ou indiretamente na assistência à saúde com o objetivo de fomentar e facilitar as ações de promoção em todos os níveis de atenção à saúde da população (BRASIL, 2013; 2009, p.09).

Pavinati et al. (2022) partilham da mesma ideia conceitual, relatando que educação na saúde é a formação e o desenvolvimento do profissional para atuação em saúde, podendo ser dividida em educação continuada e educação permanente.

Como mencionado, a educação na saúde pode ser decomposta em educação permanente e continuada. Em 1978, a Organização Pan Americana da Saúde (OPS) definiu Educação Continuada (EC) como sendo um processo permanente que se inicia após a formação educacional básica, com objetivo de atualizar e melhorar a capacidade de uma

pessoa ou grupo frente a evolução técnico-científica e as necessidades temporais sociais. Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde. Contudo, mais recentemente o Ministério da Saúde (MS) descreveu que algumas instituições formadoras possuem limitada capacidade de produzir impacto sobre as práticas em saúde no sentido de alimentar os processos de mudança, já que mantêm a lógica programática das ações, não desafiando os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias ações no trabalho (BRASIL, 2004).

Paulo Freire em sua obra *Pedagogia da Autonomia* descreveu a necessidade de se ter saberes concernentes para a realização da prática educativa. A reflexão crítica da teoria e prática deve fazer parte da ação docente, caso contrário, a teoria se tornará incipiente e a ação pedagógica não passará de conteúdos soltos e irrelevantes. Pode-se dizer que algumas dessas instituições de ensino que fornecem a educação continuada, não criaram em seus alunos as possibilidades para a construção de conhecimento e mudança na sua práxis, ocupando-se ainda na transferência do conhecimento. Para o autor, quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar e aprender entendeu que ensinar inexiste sem aprender e vice-versa (FREIRE, 1996).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um conceito e uma estratégia de formação contínua voltada para os profissionais de saúde. Baseia-se na ideia de que a educação deve ser um processo contínuo e integral, promovendo a atualização constante e a reflexão crítica sobre as práticas de saúde. A EPS visa não apenas a transmissão de conhecimentos técnicos, mas também a transformação das práticas profissionais e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Como estratégias de implementação têm-se os cursos e oficinas, grupos de estudo e pesquisa, uso de tecnologias educacionais, entre outros. Para que haja a efetivação eficaz, é necessário o engajamento de profissionais, gestores e instituições, bem como a utilização de metodologias e tecnologias adequadas às necessidades e contextos específicos. Por ser baseada em princípios de problematização, interdisciplinaridade, participação e flexibilidade, a EPS busca integrar teoria e prática, incentivar a reflexão crítica e democratizar o acesso ao conhecimento (BRASIL, 2014).

Pralon, Garcia e Iglesias (2021), definem a educação permanente em saúde como uma importante estratégia para mudança de práticas e realidades no trabalho em saúde, fundamentando-se no desenvolvimento de espaços democráticos e na construção coletiva de conhecimentos, apoiados nas necessidades do trabalho e/ou da saúde dos usuários. Portanto, no cotidiano das práticas, os autores destacam que houve certa dificuldade dos profissionais

em distinguírem as noções do conceito de educação continuada e educação permanente em saúde, o que contribui para limitar as ações da EPS.

Outros dois termos que causam confusão são: saúde pública e saúde coletiva, e, embora que sutis, existe diferenças entre eles. O primeiro termo refere-se a uma disciplina mais antiga e ampla, que se preocupa com a saúde da população como um todo e se concentra em aspectos epidemiológicos e práticas de saúde baseadas em evidências. Já a saúde coletiva é uma área mais recente que se concentram nas questões sociais, políticas e econômicas relacionadas à saúde das populações. Ambas as áreas são essenciais para o desenvolvimento de políticas e práticas de saúde eficazes para melhorar a saúde das populações.

Para Ianni (2020), a saúde pública desempenhava o papel de controle de doenças epidêmicas através da realização de estratégias de imunização e das vigilâncias epidemiológica e sanitária. Envolvia também, uma restrita rede de serviços assistenciais dirigidas as necessidades da população e as dimensões territoriais do país, predominantemente voltadas a atenção materno-infantil, a orientação nutricional e a educação sanitária, com ações altamente normativas e extremamente disciplinadoras.

Já a saúde coletiva veio como uma aposta em novos objetivos, métodos e práticas sociais, em vez de limitar-se ao habitual, como tem ocorrido com a saúde pública convencional. O compromisso da saúde coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um trabalho ético comprometido com a emancipação dos seres humanos. Ela se contrapõe ao modelo biomédico hegemônico, de fragmentação do ser humano, de visualização da doença e não da saúde (PAIM, 2006).

Embora a saúde coletiva tenha surgido com alto teor de criticidade frente as ações da saúde pública com a implantação do Sistema Único de Saúde em 1990, muitas das atividades praticadas pela saúde pública foram reorganizadas e ampliadas, com isso a saúde coletiva acabou por endossar tais conhecimentos e processos.

Esclarecidos os termos utilizados no campo da educação e da saúde que geram inconstâncias, vamos à ideia principal: a educação em saúde. A expressão refere-se ao processo de fornecer informações, promover habilidades e desenvolver atitudes saudáveis nas pessoas objetivando capacitá-las a tomar decisões informadas sobre sua saúde e adotar comportamentos saudáveis em sua vida diária (Brasil, 2008). É um campo que abrange uma variedade de estratégias e métodos para melhorar a compreensão das pessoas sobre a sua saúde e seus cuidados.

A educação em saúde pode ocorrer em diferentes ambientes, como escolas, locais de trabalho, comunidades e instituições de saúde e ser fornecida por profissionais de saúde, educadores, líderes comunitários ou outros indivíduos capacitados.

Dialogar sobre saúde no âmbito educacional é algo que se inicia na vida escolar e, mesmo de forma espontânea e por vezes sem planejamento pedagógico, os professores iniciam esse processo na educação infantil que se propaga por todo o ciclo educacional do indivíduo.

Assim como na educação, no campo da saúde crianças trazem consigo a valorização de comportamentos favoráveis e/ou desfavoráveis provenientes do seio familiar. Na escola algumas práticas são remodeladas ou aprendidas, visto que a tendência humana, principalmente na fase da infância e adolescência, é replicar hábitos visualizados no grupo.

O Ministério da Educação em 1997 já destacava a função social que a escola assume e sua potencialidade para o desenvolvimento de um trabalho sistematizado e contínuo. Relata que os valores expressos pela escola por meio de fatos tangíveis como a qualidade da refeição escolar, a limpeza das dependências, a relação professor-aluno, são aprendidos pelas crianças na sua vivência diária (BRASIL, 1997).

A compreensão da importância da educação em saúde no âmbito escolar pode ser o pilar para a construção de uma cultura em saúde voltada para a promoção, proteção e recuperação, visto que as questões relativas à saúde serão apreendidas ao longo da vida escolar, perpassando todas as disciplinas. Com isso, o indivíduo que está em formação, terá a educação em saúde como uma práxis positiva que o capacita para a ação, e não somente um acúmulo de informações.

A educação em saúde visa capacitar as pessoas a adotarem medidas preventivas para evitar doenças, a reconhecerem precocemente os sinais e sintomas de doenças e a buscar ajuda médica quando necessário. Os principais objetivos são promover a conscientização sobre questões de saúde, melhorar as habilidades de tomada de decisão e promover comportamentos saudáveis. Isso pode incluir informações sobre dieta e nutrição, atividade física, prevenção de doenças, uso adequado de medicamentos, planejamento familiar, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, higiene pessoal, entre outros (RABELO et al., 2024).

É importante ressaltar que não se trata da necessidade de se ter professores especialistas em saúde, mas sim o desenvolvimento de um trabalho pedagógico em consonância entre as disciplinas. Exemplo dessas práticas seria a associação dos processos fisiológicos com o aparecimento das doenças; o estudo de textos literários, jornalísticos ou

informativos com temas relacionados à saúde; a demonstração dos benefícios da atividade física para a saúde durante as aulas de educação física/ educação para o corpo.

Como já dito, os adolescentes têm uma tendência a replicar hábitos do grupo e, isso por vezes envolve ações maléficas a saúde, a exemplo, o uso de drogas ou bebidas alcoólicas. Em uma pesquisa feita pelo Ministério da Saúde no ano de 1997, revelou que a maioria dos estudantes que usa algum tipo de droga a considera prejudicial a saúde, apesar disso continua fazendo o uso da substância. Outra pesquisa mais recente do IBGE (2022) revela que 63,3% dos escolares entre 13 a 17 anos já experimentaram bebida alcóolica e 13% já usaram algum tipo de droga ilícita, como cocaína, crack ou maconha, ou seja, 25 anos se passaram e essa realidade não mudou. Isso só vem reforçar a importância de se praticar nas escolas uma educação em saúde eficaz e não somente a aplicação dos conteúdos com a finalidade de cumprir com o planejamento pedagógico. As escolas são formadoras de cidadãos e a concepção de alguns conceitos será levada por toda a vida daquela criança e adolescente (BRASIL, 1997; IBGE, 2022).

Segundo Luquez et al. (2021), a escola é um ambiente favorável para a concretização de ações educativas de promoção da saúde, sendo capaz de desencadear ações, promover discussões, estimular debates e desenvolver o entendimento em relação aos processos de saúde e doença nos alunos.

Dada a importância de se desenvolver ações de saúde no âmbito escolar, no ano de 2007 em uma iniciativa intersetorial, o governo brasileiro criou o decreto nº 6.286 instituindo o Programa Saúde na Escola (PSE). Desenvolvido conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de promover a saúde e a educação integral dos estudantes da rede pública de ensino, o programa busca integrar ações de saúde ao cotidiano das escolas, contribuindo para a formação integral dos alunos e melhorando os indicadores de saúde e educação. Dentre os objetivos do PSE, estão: incentivar a promoção da saúde e prevenção de doenças na escola; contribuir para a criação de um ambiente escolar saudável; promover o desenvolvimento integral dos alunos e estabelecer a intersetorialidade entre as redes da saúde e da educação através da participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica (Brasil, 2007). Vários são os benefícios do programa, visto que a promoção da saúde está associada a uma melhoria no desempenho acadêmico dos alunos, uma vez que o bem-estar influencia diretamente na capacidade de aprender e se concentrar. Além disso, o programa busca reduzir desigualdades, garantindo que todos os estudantes, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso a cuidados de saúde e educação de qualidade.

Embora seja uma ação governamental com objetivos claros e um potencial significativo para melhorar a saúde e a educação dos estudantes, existem vários fatores que podem dificultar sua implementação plena e eficiente. Diversos desafios podem comprometer seu sucesso e a eficácia de suas ações, como exemplo a integração intersetorial limitada. A integração entre os setores de saúde e educação nem sempre é eficaz, o que leva a problemas de comunicação, falta de cooperação e desarticulação entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal), dificultando a execução das ações do programa. Outro fato de importância são as diferenças nas prioridades e abordagens dos setores de saúde e educação, o que leva a desentendimentos e dificuldades na execução de ações conjuntas.

Vieira, Ribeiro e Heidemann (2022), discutem sobre tais dificuldades e relatam que apesar do programa propor um diálogo entre os campos da saúde e da educação, há um grande fosso entre a teoria e o que de fato se pratica, visto que os setores estão propícios as sugestões e intencionalidades diferentes, o que pode resultar disputas e até mesmo a sobreposição de interesses, fadando o insucesso do PSE.

No estudo realizado com profissionais de ambas as áreas, Carvalho, Zanin e Flório (2020, p.5) demonstram que a falta de engajamento entre saúde e educação é uma das dificuldades encontradas para a execução do PSE: “falta de compromisso de professores e direção escolar, falta de apoio da secretaria de saúde”; ... “não envolvimento de docentes e diretores, muitas atividades na ESF (estratégia de saúde da família)”.

Para Baroni e Silva (2022), o referido programa agrega potencial possibilidade de transcender o panorama biológico e ultrapassar ações sanitárias, porém é preciso vencer a lógica tradicional de gerenciamento, oferecendo formação para ampliar os conceitos necessários que se traduzam em práticas que oportunizem relações democráticas entre os setores e favoreçam a participação da comunidade, com ações que ocorra da análise da realidade local e estejam inseridas nos projetos pedagógicos das escolas, viabilizando, de fato, prevenção e promoção da saúde.

Os campos da saúde e da educação são essenciais para a vida e o bem-estar de todo ser humano, porém sempre foram marcados por lutas e desigualdades. Partindo desta reflexão, é essencial a realização de condutas por parte do poder público e da comunidade para superar os obstáculos existentes. Entendendo as semelhanças e importância da saúde e da educação na vida do indivíduo e da comunidade, é possível entrelaçar as ações entre esses dois campos aos pensamentos freirianos.

Vivenciamos diariamente uma constante transformação em nossa sociedade, que se demonstra marcada pelo individualismo, pelo predomínio do sedentarismo e

consequentemente do estresse e da depressão. O consumo de alimentos industrializados, o uso de drogas ilícitas e lícitas, vem acompanhado da sensação de insatisfação e uma busca constante por algo que nem se sabe o que é realmente. E nesse caminho tênue e íngreme, surge a proposta das políticas de saúde pública ancorados nas ideias de Paulo Freire, de promover a autonomia em saúde dos indivíduos e o seu bem-estar através de uma educação em saúde que considere a afetividade, a amorosidade e a participação da comunidade (BRASIL, 2002).

Embora haja um conceito definido de saúde, ousar-me dizer que ela não é estática, com demarcações definidas, mas sim volúvel, mutável, inconstante, dependendo de inúmeras variáveis que envolvem o individual, o coletivo e o meio. Dito isso, entendo que a saúde é construída (e afetada), continuamente. Para que seja possível promover a saúde da comunidade enquanto profissionais, é necessário que se entenda o processo de adoecimento, porém esse é o ponto complexo para se executar a promoção da saúde, visto que o modelo da medicina curativa tradicional, baseada na transmissão de conhecimentos verticalizado e linear, ainda continua sendo praticado, marcando a reprodução de relações de desigualdades entre os pacientes e profissionais e entre profissionais e profissionais.

“Promover saúde é lidar com questões complexas, é saber de antemão que aos enfoques experimentais das ciências físicas e biológicas baseadas no positivismo lógico têm que ser acrescidas as metodologias utilizadas nas ciências sociais como a antropologia, a psicologia e a sociologia. A grande força da promoção da saúde é que se movimenta e agrega diversos setores e diferentes disciplinas e este movimento...” (BRASIL, 2002, p.15).

Paulo Freire educador, pedagogo e filósofo brasileiro, desenvolveu uma abordagem revolucionária no campo da pedagogia centrada na conscientização, no diálogo e na transformação social, contrária ao método de ensino tradicionalista. Em 1968 publicou sua obra mais influente: *Pedagogia do Oprimido*. Neste trabalho, ele delineou sua filosofia educacional e descreveu seu método de ensino, na qual os alunos são vistos como sujeitos ativos que podem participar da construção de seu próprio conhecimento. O autor enfatizou o diálogo como meio de conscientização, a importância de considerar as experiências dos alunos e a colaboração na construção do conhecimento.

“Educador e educandos se arquivam na medida em que, nesta destorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber

na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros. Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa” (FREIRE, 1968, p.38, 44).

Freire desenvolveu sua pedagogia ao longo de décadas de trabalho prático e reflexão. Seu método de ensino é uma resposta a opressão e a desigualdade, com foco na capacitação dos alunos para se tornarem sujeitos ativos e críticos de seu próprio aprendizado e de suas vidas. Por ter esse cunho libertador, sua teoria educativa tem implicações significativas para diversos campos, incluindo a saúde. O autor incentivava a participação ativa das comunidades em seu próprio processo educativo. Na saúde, isso se traduz em envolver a pessoa na sua forma individual e a comunidade na identificação de seus problemas de saúde e na criação de soluções colaborativas, fomentando o empoderamento singular e coletivo.

Utilizando a conscientização freiriana, programas de educação em saúde capacitam os indivíduos e comunidades a entenderem melhor suas condições de saúde e os determinantes sociais que as afetam. Isso pode incluir a educação sobre doenças, hábitos saudáveis, e os direitos dos pacientes.

“É a partir deste saber fundamental: mudar é difícil mas é possível, que vamos programar nossa ação político-pedagógica, não importa se o projeto com o qual nos comprometemos é de alfabetização de adultos ou de crianças, se de ação sanitária, se de evangelização, se de formação de mão-de-obra técnica” (FREIRE, 1996, p.41).

A abordagem dialógica de Freire pode transformar a relação entre profissionais de saúde e pacientes, promovendo uma comunicação aberta e respeitosa. Isso envolve ouvir as preocupações dos pacientes, respeitar suas experiências e criar conjuntamente planos de tratamento. O diálogo só existe onde há amor, confiança, fé e humildade, do contrário serão somente palavras soltas, sem sentido, visto que a prática do diálogo (que é o encontro dos homens) só se fará possível se mediatizados pelo mundo e na relação eu-tu (FREIRE, 1968).

Já na formação dos profissionais de saúde, essa dialogicidade pode fomentar uma educação interprofissional, onde diferentes profissionais de saúde trocam conhecimento entre si e com os pacientes, promovendo uma compreensão holística e colaborativa do cuidado a saúde. Para Freire (1968, p.44) “ambos, assim, se tornam, sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já, não valem.”

A articulação entre o modelo freiriano de educação e sua vinculação com a saúde, é uma relação antiga, que se iniciou na década de 60 e serviu de subsídios para a edificação do SUS no Brasil.

Após reivindicações populares na luta por uma atenção à saúde para todos, em 1988 foi criado pela Constituição Federal Brasileira o SUS e em 1990 foi oficializado e promulgado a lei nº 8.080 que implanta o sistema de saúde no Brasil. O SUS prioriza, entre outros, a participação social e o cuidado centrado na pessoa, indo na contramão da saúde biologista, fragmentária e verticalizada praticada até então. Essa nova proposta traz além da recuperação, a proteção e a promoção da saúde. Promoção que não depende somente dos profissionais (que se vêm como detentores do saber), mas que passa a ser responsabilidade também dos indivíduos, principais protagonistas do processo saúde doença. Paro et al. (2020), falam da desigualdade nas relações existentes no campo da saúde, muitas vezes naturalizadas ou vistas como insuperáveis. Dentre essas infindas situações, pode-se citar a supremacia dos referenciais da biomedicina sobre os demais profissionais e pacientes.

E nessa luta pelas desigualdades e em busca de diminuir o fosso entre os indivíduos detentores do saber e população, é que as ideias de Paulo Freire se encontram com o novo modelo biomédico de saúde.

No mundo freiriano não há espaço para prescrições e receitas prontas, postas, tudo é construído em conjunto, na relação profissional e adoecido (termo usado por Freire para designar o paciente). Embora, a milênios seja difundida a ideologia da medicina como um campo de verdade absoluto e seus praticantes como seres divinos, sacerdotais e doutores (embora não tenham cursado teologia, tampouco doutorado), na visão de Freire não há uma verdade absoluta, para que se possa tratar da pessoa enferma os profissionais da medicina devem valorizar as sensações e intuições, sabendo gerir a razão que é o conhecimento científico agregado aos sentimentos e emoções de ambos, agindo assim com amorosidade.

A educação freiriana surgiu como forma de reação a opressão sofrida pelos excluídos e marginalizados da sociedade que era a grande massa. Seu objetivo principal sempre foi (e continua sendo) a emancipação, a libertação do povo adestrado por um discurso verticalizado, domesticado, excludente e seletivo devido interesses políticos, econômicos e sociais. A Pedagogia do Oprimido, primeira obra lançada por Paulo Freire em 1968, levou um pedido de socorro propondo a libertação das amarras sociais através de uma educação dialógica e construtiva entre educador e educando, não havendo hierarquização de saberes, mas sim compartilhamento e crescimento de ideias. Freire (1968) diz que ação antidialógica, que gera a manipulação dos sujeitos, a anestesia facilitando sua dominação; já na ação dialógica, essa

manipulação dá lugar à verdadeira organização e conseqüentemente a libertação das massas populares.

A proposta de Freire para a educação surge em um contexto de exploração e opressão do capitalismo as camadas sociais menos favorecidas e esquecidas. E assim, suas ideias também se aplicam na saúde, que desde seu início histórico fora excludente, beneficiando a elite.

Arjona et al. (2024), trazem que o uso da educação popular freiriana com olhar para a saúde teve início nos anos 70 em um momento que a população pobre e excluída do mercado de trabalho, não tinham acesso a assistência à saúde. Nesse período, as universidades brasileiras começaram a fazer um trabalho com os alunos voltado para a medicina preventiva e social nas periferias, sob a sombra da igreja, em razão do país vivenciar uma fase política e econômica delicada ocasionada pela ditadura militar.

A educação popular em saúde iniciou-se como um movimento cultural popular voltado para o campo da saúde, que usava como base os feitos de Paulo Freire. A prática do movimento era a inserção dos profissionais da saúde na dinâmica social local dos grupos populacionais desfavorecidos, ou seja, eles iam até as comunidades periféricas para fazer seus atendimentos de saúde à população que ali habitavam.

O primeiro e mais conhecido movimento popular de saúde (MOPS), foi realizado em 1974 na cidade de São Paulo. Após ele, vários outros movimentos foram sendo articulados na tentativa de inserir os profissionais de saúde no ambiente de vivência da população necessitada de atendimento. A interação com a população permite uma reflexão da totalidade da problemática e promove uma ação conjunta e eficaz para a resolução dos agravos em saúde. Esses movimentos deram uma representação para o sistema de saúde que temos hoje no Brasil, com profissionais da Estratégia de Saúde da Família que se deslocam até o domicílio, interagindo com a comunidade e entendendo todo o processo de saúde e adoecimento da população.

Desde o surgimento da humanidade os campos da educação e da saúde foram, e continuam sendo moldados com o passar dos anos, apresentando desdobramentos e importância de acordo com o cenário político histórico. Silva, Flauzino e Gondim (2017) relatam que com o advento da revolução industrial em 1760, houve uma grande migração da população rural para as cidades em busca de emprego, que pela primeira vez na história vende sua força de trabalho por um pagamento. Preocupados com o aglomerado de pessoas e as boas condições de saúde dos trabalhadores, os governantes começaram a ter um novo olhar para o processo de saúde-doença da população.

Nos países europeus já havia um movimento em relação às ações de controle das doenças infecciosas, porém no Brasil as atividades voltadas para a saúde pública começaram apresentar algumas mudanças na época da Primeira República (1889-1930). Independentemente da época e do modelo assistencial adotado, a necessidade de controlar doenças infectocontagiosas e de origem sanitárias são direcionadas pelo desenvolvimento econômico e pelo processo de industrialização dos países que necessitam de locais de circulação e mão de obra sadia para a sua produção, visto que o contrário causaria consequências negativas para a economia. Partindo disso, a saúde pública surge na Europa e vai se espalhando ao redor do mundo como uma necessidade econômica e estratégia governamental de cuidar e tratar da saúde da população, pensando no controle e prevenção de doenças através da melhoria das condições sanitárias que eram precárias. As pessoas viviam em aglomerados chamados de cortiços, não havia saneamento básico nem tratamento de água e o contexto higiênico era insalubre, o que fomentava a proliferação de doenças contagiosas e as epidemias (KIRST; DARSIE, 2022).

Faz-se importante neste momento ressaltar que saúde pública e saúde coletiva, embora pareçam sinônimos, não o são e serão dialogadas mais à frente. Grosso modo, descrevo que a saúde pública é um dever do Estado em relação à prevenção e tratamento, já a saúde coletiva está ligada as atividades voltadas à promoção da saúde e ao bem-estar da população. Para Darsie e Weber (2021, p.191), a saúde coletiva objetiva os processos de saúde da população e não de doença. Já a saúde pública tem um olhar voltado para o “manejo de doenças e práticas de enfrentamento e controle de enfermidades”.

Rocha, Cesar e Ribeiro (2013) descrevem que a saúde pública no Brasil apresentou três principais modelos: sanitarista–campanhista, vigente no início do século XX; médico - assistencial–privatista teve início com o declínio da economia agrário - exportadora; e o modelo neoliberal de assistência à saúde, com sua origem embebida nas mudanças políticas ocorridas no país a partir da década de 1980. Os modelos assistenciais de saúde configuram-se uma forma de organizar o atendimento e orientar as ações em saúde de acordo com o perfil epidemiológico populacional, o que explica as mudanças nos modelos assistenciais. Por muito tempo no Brasil, o conceito de saúde era baseado unicamente na ausência de doenças, o que direcionava as ações para o combate e eliminação do fator causador das moléstias. Em 1988 a Constituição Federal reformula esse entendimento ao indicar que a saúde é composta por uma coleção de necessidades (física, mental e social) que compõe o ser humano e seu (des) equilíbrio é determinado pelo meio em que vive (SILVA; FLAUZINO; GONDIM, 2017).

Corroborando com os autores supracitados, Brasil (2010) faz uma análise do processo de saúde e doença, comprovando que é resultante de fatores sociais em determinado contexto histórico e, os cuidados médicos não conseguem modificar esses determinantes, com isso acabam atuando no foco sintomatológico do paciente exercendo uma atividade centrada no curativismo.

No primeiro modelo de assistência à saúde pública, chamado de sanitarista – campanhista, o Brasil tinha uma economia baseada na atividade agrária, especialmente o café, e as prioridades eram voltadas para o saneamento, para erradicação e controle de doenças dos espaços de circulação das mercadorias exportadas. Com o intuito de prevenir doenças de transmissão coletiva que poderiam prejudicar a atividade econômica do país, foi organizado pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, inicialmente no estado do Rio de Janeiro se estendendo para São Paulo, campanhas sanitárias e de vacinação. Esse modelo de assistência desempenha atividades em caráter temporário mediante campanhas e programas com uma população específica, a exemplo a saúde do trabalhador, da criança, do idoso, entre outros. Embora toda forma de assistência à saúde seja válida, o modelo sanitarista-campanhista atua em grupos específicos que possui maior fragilidade em virtude do risco de adoecer e morrer, não englobando toda a população (ROCHA et al., 2013).

Com o grande número de pessoas em regime de trabalho assalariado, surgem na década de 1920 as caixas de assistência e pensão (CAP), originando a previdência social no país. As CAPs atendiam os trabalhadores (e mais tarde se estendeu para seus familiares), em suas necessidades, inclusive de saúde, dando início a um novo modelo de assistência médica privatista. Nessa mesma época, houve um crescimento da medicina privada lucrativa que era de acesso as pessoas com grande poder aquisitivo e, a outra fração da população restava os serviços de saúde filantrópicos. A assistência médica era voltada para a doença com vistas ao indivíduo e não ao bem-estar coletivo (BRASIL, 2023).

Os modelos de assistência à saúde estão atrelados ao conjunto de relações e interesses políticos e econômicos que movimentam a sociedade e, o modelo neoliberal de assistência à saúde é influenciado pelas ideias econômicas e políticas do neoliberalismo que defende o livre mercado e a minimização da intervenção governamental na economia. Seguindo essa perspectiva, o modelo neoliberal de assistência à saúde é uma abordagem que enfatiza a redução do papel do Estado na prestação de serviços de saúde, fortalecendo a privatização e a comercialização dos cuidados de saúde (RIZZOTTO, 2009). Há opiniões que esse modelo de assistência à saúde pode resultar em maior desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, com serviços de melhor qualidade disponíveis apenas para aqueles que podem pagar por eles.

Além disso, a ênfase no lucro pode levar a uma priorização dos interesses comerciais sobre as necessidades de saúde da população (WERLANG, 2023).

Após reivindicações e lutas da população em busca da descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defenda e cuide da vida, garantindo a saúde como um direito de todos, em 1986 houve pela primeira vez a participação da sociedade na formulação de proposições políticas no âmbito da saúde que ocorreram na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esse foi um movimento decisivo para a mudança no sistema de saúde brasileiro, sendo incluída na Constituição Federal de 1988 a saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado e, adiante se deu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O sistema único de saúde brasileiro é baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. Ele combina elementos hegemônicos que compõe tanto o setor público quanto o privado, utilizando os modelos de atendimento sanitário, curativista, hospitalocêntrico e alternativos. É uma rede de serviços de saúde financiados por recursos públicos que inclui postos de saúde, unidades básicas de saúde, hospitais públicos, laboratórios, centros de especialidades e outras instituições de saúde. Além disso, o sistema também oferece acesso a uma ampla lista de medicamentos gratuitos por meio da Farmácia Popular. Apesar do SUS ser o principal sistema de saúde do Brasil, muitos brasileiros também optam por contratar planos de saúde privado para ter acesso a uma gama mais ampla de serviços e maior comodidade no atendimento. A saúde pública desde a sua origem preocupou-se com a doença em lugar da saúde, seguindo um modelo curativista, biológico, institucionalizado, verticalizado centrado na figura do médico. Em 1920, o professor de medicina Charles Edward Amory Winslow elaborou um artigo para a revista *Science* conceituando saúde pública, que é ainda hoje citada.

“Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios da higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde” (WINSLOW, 1920, tradução livre).

Anos depois, as políticas de atenção à saúde da população foram sendo formuladas e a ideia de saúde coletiva vai nascendo do interior das preocupações ligadas à saúde pública e

como uma inquietação aos problemas e demandas de saúde em nível populacional (KIRST; DARSIE, 2022).

Embora a expressão saúde coletiva fosse utilizada desde a década de 60 como referências aos problemas de saúde, foi na década de 1970, no primeiro encontro nacional dos cursos de pós-graduação de medicina social, medicina preventiva, saúde comunitária e saúde pública que tal expressão ficou conhecida por ter sido utilizada como título do evento. Em nove anos foram organizados três encontros nacionais, e em 1979 emergiu a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), sendo um ganho para a saúde da população brasileira (PAIM; FILHO, 2023).

A partir disso a saúde coletiva fica definida então como sendo uma:

“Área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos) entendendo a situação de saúde como processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais” (SOUZA, 2014, p.11).

Na contemporaneidade, a saúde coletiva é uma realidade para os brasileiros, todavia na prática assistencial ela ainda tem um longo caminho a percorrer. A mobilidade em prol da prevenção de doenças da população dispôs ao longo do tempo algumas conotações, como medicina preventiva, comunitária e saúde comunitária, todavia independente da nomenclatura, o objetivo da prevenção na saúde é algo longínquo de se alcançar. Isso pode ser explicado por Souza (2014) ao descrever que as mudanças na educação médica que propunha a desenvolver nos futuros médicos uma visão holística do indivíduo, superando o biologismo, o individualismo e o hospitalocêntrismo da formação acadêmica, não passaram de um projeto pedagógico, pois na prática assistencial a atitude do médico não se modificou, realidade essa que se mantém até os dias atuais, o que torna uma barreira a prática bem sucedida da saúde coletiva. Por esse prisma, o grande desafio é formar profissionais atentos a corrente das novas ideias sobre os problemas de saúde e os produtos de mudanças recentes no campo biomédico, político e social (LIMA; SANTANA, 2006).

A mudança real na assistência à saúde não depende das nomenclaturas dos modelos assistenciais, mas sim de fatores humanos que vai desde a formação profissional até os anseios de cuidados com a saúde da população, e a educação em saúde é uma peça fundamental para que se alcance a integralidade da assistência à saúde proposta pelo SUS. Embora pareça algo recente, a ideia de educar as pessoas sobre questões relacionadas à saúde

remonta a tempos antigos. Durante o século XIX, com a crescente urbanização e industrialização, surgiram preocupações sobre as condições de vida nas cidades e seus impactos na saúde das pessoas. Nesse contexto, reformadores sociais e líderes de saúde pública começaram reconhecer a importância de educar a população sobre questões sanitárias, de higiene pessoal, nutrição e prevenção de doenças. As campanhas de saúde pública, como aquelas relacionadas ao saneamento básico, controle de doenças infecciosas e vacinação em massa, muitas vezes incluíam componentes educacionais para informar as pessoas sobre práticas saudáveis e prevenção de doenças (PAIM, 2023).

Ainda segundo Paim (2009), ao longo do século XX, a educação em saúde voltada para a formação profissional continuou a se desenvolver como uma disciplina distinta influenciada por avanços na compreensão das doenças, tecnologias de comunicação e métodos de ensino. Durante as décadas de 1960 e 1970, houve um aumento significativo no interesse pela promoção da saúde e na abordagem preventiva para lidar com os problemas de saúde pública. Isso levou ao desenvolvimento de modelos de educação em saúde mais participativos e centrados na comunidade. Hoje, mesmo encontrando barreiras e a passos lentos, a educação em saúde é parte integrante dos sistemas de saúde e desempenha um papel fundamental na prevenção de doenças, promoção do bem-estar e capacitação das pessoas para tomarem decisões informadas sobre sua saúde. Ela é implementada em uma variedade de contextos, incluindo escolas, locais de trabalho, unidades de saúde, comunidades e mídias de comunicação.

O Ministério da Saúde (2012) define educação em saúde como um:

“Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2012, p.19).

Desse modo, educação em saúde é um processo que visa promover o conhecimento, desenvolver habilidades e atitudes necessárias para que as pessoas possam tomar decisões informadas sobre sua saúde e adotar comportamentos saudáveis. Ela engloba uma variedade de estratégias educacionais destinadas a capacitar os indivíduos a assumirem maior controle sobre sua saúde e bem-estar, mas para que isso ocorra faz-se necessário o envolvimento de três atores: os profissionais de saúde que possuem habilidades científicas para reconhecer os

fatores relevantes para a prevenção e promoção da saúde; os gestores que cooperam financeiramente com esses profissionais; e os usuários do sistema de saúde que têm necessidade de reconhecer a importância da sua participação e autonomia no processo de saúde doença individual e coletivo.

Tais práticas educativas em saúde são divididas em dois principais eixos: educação permanente em saúde e educação popular em saúde. A primeira trata-se de um processo educativo contínuo que norteia os profissionais envolvidos nos sistemas de saúde, seja público ou privado. Já a educação popular, a partir da portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013 é uma Política Nacional no âmbito do SUS que propõe uma ação político-pedagógica reconhecendo o saber popular construído por meio da interação entre os sujeitos.

Embora inicialmente o objetivo não fosse se conectar com a saúde, a educação popular em saúde remete ao educador, filósofo e militante educacional Paulo Freire, que marcou a história pedagógica, ficando conhecido mundialmente pelo seu método ousado de ensinar, rompendo barreiras de uma educação elitista para um método de ensino popular comprometido com homens e mulheres excluídos da sociedade. Uma educação que valoriza os saberes dos educandos, que são protagonistas do seu processo de ensino-aprendizagem e o educador é um balizador, facilitador do aprendizado, não o detentor único e real do conhecimento. Assim, ambos ensinam e aprendem mutuamente em um movimento contínuo e dialógico (Freire, 1987). Movimento esse que influenciou (e influencia) ações das práticas no campo da saúde, como exemplo a inserção da Educação Popular em Saúde que se manifesta metodologicamente amparada na proposta pedagógica de Paulo Freire, esboçando o indivíduo como protagonista social e ativo no seu processo de aprendizagem, nesse caso, no seu processo de saúde e doença. Ainda no contexto de influência freiriana sobre as ações em saúde, Cruz et. al (2024) trazem que a Educação Popular em Saúde parte de uma perspectiva dialógica, participativa e crítica do indivíduo frente as situações que envolve o seu processo de saúde e doença, tecendo assim a superação e resolução dos problemas.

Ao dizer que não houve inicialmente uma ligação do método da educação freiriana com a saúde, se dá pelo motivo de tal prática pedagógica ser pensada para a alfabetização de adultos, porém ao realizar algumas adaptações e aplicá-la na educação em saúde, o processo pedagógico se fez válido e útil também para o campo da saúde.

Hoje nos serviços de saúde o termo educação em saúde é abundantemente empregado, todavia sua prática é ineficiente, predominando o modelo verticalizado de assistência com a figura profissional, especialmente a médica, ocupando o topo da pirâmide como o detentor soberano do saber. E tal realidade se acentua quanto menor o grau de instrução escolar da

população atendida. Para Falkenberg et al. (2014), apesar da participação popular estar presente nos discursos dos gestores e dos profissionais de saúde e preconizada nos princípios do SUS, muitas práticas educativas nos serviços de saúde ainda são feitas com uma visão fragmentada e excludente, remetendo ao que Paulo Freire chamou de educação bancária.

Essa educação bancária está na contramão da educação libertadora, emancipadora. Na pedagogia essa educação adentra o aluno, no campo da saúde ela domina o paciente, deixando-o refém da equipe. Mas eis um ponto de reflexão, será que o profissional da saúde tem consciência do seu papel de opressor? Para que ocorra a ação libertadora, primeiramente o opressor deve identificar essa dependência dos oprimidos como vulnerabilidade, não na tentativa de mudar a realidade, mas fazer um trabalho de diálogo, reflexão e ação em conjunto, decorrendo uma libertação mútua, do opressor e do oprimido. Esta ação não inclui o convencimento do paciente, mas sim um entendimento da realidade vivenciada por ele, e para que isso ocorra o profissional deve reconhecer que o aprendizado é horizontal, independente das crenças, do nível de escolaridade, das condições socioeconômicas, todos têm algo a ensinar e a aprender. Se não houver essa reflexão, não haverá o processo de educação libertadora e a domesticação seguirá o percurso no processo de adoecimento da população.

Os profissionais da saúde rotineiramente orientam e realizam explicações aos indivíduos envolvendo questões relativas aos cuidados com a saúde, porém a grande maioria não tem ideia que está exercendo a educação em saúde, o que torna o processo na maioria das vezes ineficaz. A questão não se encontra em simplesmente explicar à população sobre o cuidado que deve ter com sua saúde e doença, mas sim em dialogar sobre a ação que afeta a própria saúde, levando ao adoecimento. Contudo é necessário que esses profissionais se apropriem da educação como um instrumento de auxílio e melhoria no seu trabalho e não somente como uma instrução sem sentido fornecida ao paciente. Ao citar o termo “sem sentido” me refiro a compreensão da importância daquela informação para o indivíduo que está à margem dos cuidados contínuos da equipe de saúde, por vezes atrelado por comodidade outras por opressão em razão da inércia da inexistência de conhecimento do seu processo de saúde e doença, ou ainda por falta de diálogo entre ambos. Se não há diálogo compreensivo, não há educação e tampouco emancipação, assim todos, profissionais da saúde (aqui opressores) e comunidade (oprimidos) nunca sairão da sua posição.

Em seu livro “Pedagogia do Oprimido” (1987, p.14) Freire traz um trecho que nos faz refletir sobre essas ações em saúde: “de tanto ouvirem de si mesmos que são incapazes, que não sabem nada, que não podem saber, que são enfermos, indolentes...terminam por se

convencer de sua incapacidade”; e segue dizendo: “falam de si como os que não sabem e do doutor como o que sabe e a quem devem escutar.”

A primeira porta de entrada da comunidade aos serviços de saúde se dá pela atenção básica que tem como objetivo central a prevenção dos agravos em saúde e a promoção da saúde. Para que tais objetivos sejam alcançados é indispensável à prática da educação em saúde, entretanto dados referentes a ocupação de leitos hospitalares revelam que essas ações são incipientes, visto que há uma alta taxa de internaçãoconsequentemente a ação preventiva foi falha ou até mesmo inexistente.

Em crítica ao positivismo que reduz a educação em saúde como práticas impositivas, prescritivas e desvinculadas da realidade dos sujeitos sociais, em 2007 o Ministério da Saúde lança o Caderno de Educação Popular em Saúde. O SUS visando reorganizar a atenção básica e objetivando favorecer uma reorientação do processo de trabalho para melhorar a situação de saúde das pessoas e da coletividade, que era até o momento realizado pelo Programa Saúde da Família, elabora no ano de 2006 uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, chamada de Estratégia Saúde da Família. Ela é composta por vários profissionais que atendem um número estipulado de cidadãos que habitam a mesma região demográfica. Esses profissionais realizam visitas domiciliares, são engajados e inseridos na comunidade, conhece os líderes comunitários, a dinâmica cultural da população e reconhecem os motivos que levam ao adoecimento e a melhor maneira de curar (Brasil, 2007). Nessa forma de trabalho é que se constrói a dialogicidade que edifica a educação popular, feita do povo com o povo.

Para Freire (1968), a educação popular tem um papel importante no processo de aprendizado, visto que a educação se inicia com o conhecimento dos sujeitos que não é algo mecânico, prescrito, com um roteiro a seguir, mas sim em uma relação de simpatia e confiança que envolve o pensar do povo com o próprio povo. E nessa relação simbiótica, todos envolvidos educam e aprendem mutuamente.

Divergindo de opiniões, a educação popular em saúde não é sinônima de educação para pobre. Ela é uma abordagem educacional eficaz que busca promover a saúde e o bem-estar das comunidades independente do poder aquisitivo, de forma integrada, a partir de um processo participativo e emancipador, valorizando os saberes populares e fortalecendo a capacidade das comunidades de enfrentar seus próprios desafios de saúde. Inspirada pelos princípios da pedagogia crítica de Paulo Freire, essa metodologia coloca as pessoas e a comunidade como protagonistas de seu próprio processo educativo e agente ativos na transformação de sua realidade em saúde. Ela é uma forma global que envolve vários

aspectos, desde humanos até a gestão dos serviços de saúde, não prescritiva e dialogada de ensinar assuntos relacionados ao processo de saúde doença (BRASIL, 2007).

A educação dialógica que promove a libertação é uma ação que demanda coragem, tanto por parte do opressor quanto do oprimido, que podem estar mesmo que inconscientemente na zona de conforto. E sair dessa zona é algo que requer trabalho, conhecimento e energia para transformar o profissional, a equipe, a população e as ações em saúde coletiva.

Autores como Castro et al. (2023) e Brito et al. (2022), debatem na mesma linha de pensamento a importância da comunicação efetiva nos processos de cuidado com o paciente. E quando falam da comunicação, abrangem suas várias formas (formal, informal, verbal e não verbal) e atores envolvidos nesse processo (profissional-profissional; profissional-paciente; profissional-familiar). Assim, para que o diálogo aconteça de forma eficaz é necessário que o emissor reconheça, valorize e compreenda as inúmeras interfaces que perpassam o processo da comunicação, pois influencia na execução (ou não) das ações, resultando em repercussões positiva ou negativas para o indivíduo e coletividade.

### 3.3 Crítica ao Modelo Biomédico na Formação em Saúde: A Supremacia do Hospital sobre a Promoção da Saúde

O modelo educacional predominante nos cursos da área da saúde, especialmente medicina e enfermagem, ainda está fortemente enraizado em uma lógica biomédica, hospitalocêntrica e centrada na doença. Tal abordagem, embora historicamente compreensível em função do desenvolvimento científico e tecnológico das últimas décadas, tornou-se cada vez mais limitada diante das complexas demandas de saúde da sociedade contemporânea. E diante dessas novas conformações da sociedade, é que o SUS emerge como um novo modelo de atenção à saúde, porém a formação dos profissionais que atuam na saúde ainda prioriza a atuação em ambientes hospitalares e a resolução de doenças agudas, treinando seus estudantes para serem especialistas no cuidado do corpo adoecido, e muitas vezes negligenciando o cuidado holístico. Os currículos formadores pouco despendem atenção ao desenvolvimento de competências voltadas à promoção da saúde, a prevenção de doenças, a atenção primária e aos determinantes sociais que moldam o adoecer.

Dito isso, faz-se necessário e urgente esforços para que haja uma mudança no cotidiano dos profissionais da saúde e na sua relação com os pacientes. A metodologia freiriana na saúde deve ser estudada, entendida, difundida e aplicada aos profissionais da

saúde coletiva que estão em maior proximidade com a comunidade e seu modo de vida. Só assim, após um entendimento prático do que é educação em saúde, será possível a mudança dos profissionais e consequentemente da comunidade, que irão passar a entender as necessidades de saúde e serão protagonistas dos seus cuidados.

Não basta somente orientar o paciente, ele tem que entender a importância de cuidar da sua saúde, de prevenir doenças e promover a sua saúde, todavia atualmente isso não ocorre na saúde coletiva que ainda é praticada de forma curativa e fragmentada em patologias. E aqui, faço uma crítica aos currículos formadores desses profissionais, cujo foco é a doença e não a saúde. Somos denominados de “profissionais da saúde”, mas na verdade nosso foco é a doença. Estudamos a doença, o tratamento e a forma de cuidar do paciente já adoecido, não que isso seja algo insignificante, mas poderia ser prevenível com menores custos financeiros e desgaste emocional. A prevenção de doenças e a promoção da saúde são frequentemente colocadas em segundo plano, e muitos cursos técnicos e de graduação sequer as incluem em suas grades curriculares. As práticas assistenciais são realizadas em hospitais e unidades de pronto atendimento (UPA), locais que os indivíduos já se encontram adoecidos. Ao negligenciar essas dimensões, o sistema de ensino perpetua uma lógica reativa, onerosa e, muitas vezes, ineficaz no enfrentamento dos grandes problemas de saúde pública. Além disso, esse modelo de ensino assistencial desumaniza a prática profissional. O foco excessivo na doença transforma o paciente em um caso clínico, um conjunto de sintomas ou uma planilha de dados laboratoriais, distanciando o profissional da escuta ativa, do vínculo e do cuidado integral. Por isso, faz-se urgente o entendimento que o foco não é a doença, mas sim o indivíduo em sua totalidade, sua saúde e bem-estar.

Essa visão simplista e mercadológica do cuidado, que valoriza exames, intervenções e condutas centradas no curativo e no lucro, ignora que grande parte das enfermidades pode (e deve) ser prevenida com ações de educação em saúde e investimento governamental voltadas para o saneamento básico, alimentação adequada, incentivo à atividade física, cuidados com a saúde mental e inclusão social.

Como já dito, o SUS surgiu na tentativa de mudar a prática assistencial, porém isso ainda é uma realidade complexa, mas não utópica. Para que a mudança se faça realidade, há de se lutar continuamente em prol da conquista, que resultará na liberdade dos opressores e oprimidos na área da saúde.

### 3.4 Metodologia de Paulo Freire

A escolha da metodologia se deu a partir do interesse em conectar as áreas da educação e da saúde e fornecer como resultado uma nova conformação para gerenciar as adversidades e os obstáculos vivenciados pelas três equipes de saúde da família que estão inseridas na unidade de saúde elencada para a pesquisa de campo. Neste estudo, o processo de alfabetização utilizado por Paulo Freire e denominado como um método de ensino mostrou-se apropriado por empregar uma relação dialógica e libertadora entre educador - educando (no caso aqui, profissional - paciente), além de oportunizar reflexões das ações profissionais, possibilitando uma nova postura de atuação como profissionais da saúde educadores e transformadores da realidade social que trabalham e habitam. No Brasil, a metodologia freiriana é solidificada na área da educação, porém ainda embrionária nas pesquisas em saúde. Isso pode ser justificado pelas ações de promoção da saúde não serem consolidadas no Brasil, que ainda detém o foco no curativismo, demonstrando a razão que distância o potencial pedagógico com objetivo dialógico como processo conscientizador e transformador da realidade.

O contato com os seres humanos, com o popular é algo que me cativa, e dada essa característica elegi a metodologia freiriana pela possibilidade de permitir a participação do público alvo como protagonista da pesquisa, sendo mais que um trabalho de campo, e sim a semeadura de frutos de sabedoria, de libertação, de empoderamento dos indivíduos envolvidos. Pretendi ir além dos métodos tradicionais de pesquisa que envolve questionários, cujas respostas (não raras vezes) são ilógicas, efêmeras e desprovidas de sentimentos (isso não é uma crítica aos métodos tradicionais de pesquisa, mas para o objetivo deste estudo, não pareceu conveniente). E assim, a metodologia freiriana se fez realidade na minha pesquisa. Uma forma de investigar que conscientiza o indivíduo e não unicamente o questiona, fazendo-o pensar na sua realidade de forma crítica não trazendo soluções prontas, mas sim as construindo coletivamente.

A metodologia de pesquisa participante (ou participativa) também poderia ser utilizada neste estudo, visto que ela é resultado da influência da pedagogia freireana. Surgiu em um contexto de ditaduras militares e fortemente influenciada pela perspectiva da libertação do oprimido de Paulo Freire, que se contrapunham as metodologias tradicionais, apresentando uma preocupação com o processo educativo, a dialogicidade, a valorização dos saberes populares e a transformação social provenientes da pedagogia de Paulo Freire. Ao pensar na construção do conhecimento em ciências humanas, a metodologia participante

privilegia mais a experiência dos sujeitos do que quadros teóricos, com foco na interação e construção coletiva do conhecimento que é feita através do diálogo (NASCIMENTO; DENARDIN; QUADROS, 2024).

Segundo Moser et al. (2021), a pesquisa participante possui uma correlação com a práxis pedagógica freireana no sentido de, além de ter surgido da própria pedagogia, possui um envolvimento e cooperação coletiva entre pesquisador e pesquisado que em simbiose produzem conhecimentos cujos não são hegemônicos, mas sim mútuos e harmônicos, gerando a possibilidade de experienciar o mundo a partir do local do outro.

A pedagogia de Paulo Freire é um método de aprendizagem participativo e a diferença entre ela e a metodologia participante está na origem, sendo a primeira uma proposta pedagógica de ensino enquanto a pesquisa participante é um método, uma modalidade de pesquisa que se inspirou na metodologia freiriana, motivo de tantas semelhanças.

Faço uma consideração acerca da inserção do pesquisador no cotidiano pesquisado, proposta por ambas as metodologias. Na metodologia freiriana o pesquisador não faz parte do contexto pesquisado, se inserindo para ter o conhecimento do universo que irá pesquisar. Já na pesquisa participativa, o pesquisador pode (ou não) fazer parte do contexto pesquisado. Com o intuito de ilustrar essa diferença, trago minha experiência em campo: conhecia toda a dinâmica de trabalho a ser pesquisada, mas sai de cena como profissional e voltei como pesquisadora. Tal ação fez toda a diferença na pesquisa, pois tive a oportunidade de me colocar com neutralidade e não mais na posição que ocupada, a de opressora. Na verdade, não percebia que essa era minha posição, sendo uma descoberta inesperada, mas benevolente, pois pude transformar a minha práxis profissional e validar a metodologia freiriana no campo da saúde. Posto isso, a metodologia participante não deixou de fazer parte do método de pesquisa escolhido, pois ela está inserida na (e com) a metodologia de Paulo Freire.

Freire diz que o diálogo é a chave para que o processo de aprendizado aconteça, ressaltando que o diálogo deve ser algo verdadeiro e não palavras meramente discursadas. Por esse motivo, a metodologia traz a inserção do pesquisador no cotidiano, a familiarização, a convivência com o modo de vida do outro se fazendo importante e necessária para que a comunicação e o diálogo aconteçam em uma relação de empatia entre os polos. Para Freire (1987, p.50) “o diálogo é este encontro de homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu - tu”. Esse encontro de homens mencionado por Freire traz em sua essência a humildade de reconhecer a ignorância e o amor. Ignorância que dispomos em relação às coisas do mundo e por isso encontramos em constante aprendizado mútuo e com o mundo; não há diálogo sem que exista a essência do amor ao

próximo e ao mundo, visto que o ato de amor reporta a humildade, ao compromisso com os homens, com as causas, com o mundo; um amor de união e não de subordinação e exaltação, pois aí se torna uma relação tóxica e não de diálogo. Neste contexto, para Freire o processo educativo baseado na dialogicidade ocorre de forma horizontal e tem uma relação direta com a comunicação, com o pensar crítico e consequentemente com a prática da liberdade. Ao contrário, a expressão vertical do educador caminha na contramão do processo de ensino - aprendizagem e da relação educador - educando, indo ao encontro do que Freire nomeia em sua obra, pedagogia do oprimido, de educação bancária (FREIRE, 1987).

Embora a prática educativa realizada por Paulo Freire fora nomeada por “método”, não o agradava essa ideia, relatando: “Eu preferia dizer que não tenho método. O que eu tinha, quando muito jovem, há 30 ou 40 anos, não importa o tempo, era a curiosidade de um lado e o compromisso político do outro, em face dos regenerados, dos negados, dos proibidos de ler a palavra, relendo o mundo” (Freire *in* Pelandré, 2014). Para ele, a prática educativa acontecia partindo da ação dialógica e de compreensão do outro, sendo um método de conhecimento e não de ensino.

A primeira experiência do método aconteceu na cidade do Recife, em Pernambuco, e ao contrário do que muito se imagina não fora pensado em alfabetizar. Para Freire (1967), a educação é um meio de conscientização da população excluída e marginalizada e, transformação em povo capaz de optar e decidir. Uma educação que politize as pessoas, tirando-as da posição de passivas para ativas da sua história. Vale ressaltar que não era uma educação com viés partidário, mas sim de cunho político, pois para o referido autor nenhuma educação é neutra, o educador sempre escolhe um lado, uma posição, um referencial a seguir (Freire, 1997). E assim, idealizando uma pedagogia da comunicação com uma educação baseada no diálogo, e que desertasse o padrão tradicional passivo de escola, com alunos postos enfileirados, sobrecarregados de conteúdos previamente programados e discursados mecanicamente pela figura autoritária do professor, detentor de todo o saber, foi que surgiu o círculo de cultura. Um lugar de acolhimento, de valorização do outro, da sua cultura, de debates com conteúdo dinâmicos e de vivência dos participantes, que se torna ativo e protagonista no seu processo de ensino - aprendizagem. O professor passa a ser um mediador, um coordenador dos debates, fomentando o diálogo e o pensamento crítico do grupo e não mais o detentor do saber.

Todo homem consegue se comunicar, independentemente de ser alfabetizado ou não, porém a compreensão da escrita, que vai além do conhecimento das palavras, é algo despertado no homem pelo próprio homem, que vê a necessidade de se estabelecer no mundo

de forma consciente e não permitir ser dominado pela incompreensão da realidade, dos fatos. A compreensão leva a uma consciência crítica do ser humano que resulta em uma ação de posicionamento no mundo, salvando-se da massificação (FREIRE, 1967).

Na prática, o processo metodológico de alfabetização defendido por Freire possui fases de elaboração e execução prática, se iniciando com o levantamento do universo vocabular que se dá através da inserção do educador na comunidade a ser trabalhada. Esta primeira fase tem um significado singular, visto ser o momento em que educador - educando irão criar (ou não) o vínculo para que seja iniciado o diálogo (princípio da metodologia) entre ambas as partes. Sem essa conexão cercada de sentimentos, todo o processo metodológico estará fadado ao insucesso e decorrerá de uma educação tradicional, de depósito de conhecimento, de domesticação e não uma educação como prática para a liberdade.

A segunda fase é a seleção, e não uma escolha técnica pelo educador, das palavras geradoras que foram expostas pela comunidade no levantamento vocabular. Os critérios utilizados para a escolha das palavras, segundo Freire (1967) são: a riqueza fonêmica, o teor pragmático e o grau semântico da palavra, que implicam em maior ou menor vínculo com a realidade social, cultural, política, e que carregam um teor de conscientização ou potencial de reações socioculturais individuais ou do grupo.

Na terceira fase é o momento que se iniciam os círculos de cultura com o grupo. Os círculos podem acontecer em qualquer espaço físico (salão comunitário, pátio da escola, parque, sala de aula, no quintal de uma casa) que as pessoas se sintam confortáveis e possam se reunir em formato de círculo para debater as situações problemas existencial e desafiadora codificada pelos mesmos. Esse modo de organização faz com que todos os indivíduos ocupam a mesma posição e possam ter uma visualização geral do grupo, além de possibilitar uma expressão de sentimentos ou simplesmente observar o transcorrer do diálogo. O objetivo principal desta etapa é a mediação do professor para que haja a descodificação dos temas geradores pelo grupo. A descodificação implica em uma análise crítica das situações locais que vão abrindo análise para problemas regionais ou nacionais a partir das palavras geradoras. Para exemplificar essa fase metodológica pensamos em uma palavra geradora: coleta de lixo; sua codificação: na minha casa não tem a coleta de lixo; descodificação: a falta da coleta de lixo leva a muitas doenças e isso é um problema público que acomete vários municípios brasileiros.

A próxima fase metodológica consiste na elaboração pelo educador, de um roteiro para auxiliar nos debates durante os círculos de cultura, pois cada círculo irá gerar novas palavras ou temas, até que se consiga atingir o objetivo proposto. Esse roteiro pode ser representado

em formato de fichas, de anotações em um diário de bordo, ou da forma que o educador considerar melhor, não devendo ser uma imposição a seguir, mas sim um elemento norteador.

Por fim, a quinta e última fase compreende a produção e apresentação para os alunos das famílias silábicas baseadas nas palavras geradoras. Exemplificando a partir da palavra geradora: coleta (co-le-ta); famílias silábicas: ca-ce-ci-co-cu; la-le-li-lo-lu; ta-te-ti-to-tu; a partir dessas famílias silábicas são formuladas novas palavras, aumentando o vocabulário dos alunos. Essa demonstração poderá ser feita em slides, cartazes ou fotogramas.

Vale ressaltar que a metodologia freiriana fora construída com o objetivo de praticar uma alfabetização libertadora, conscientizadora do indivíduo quanto a sua realidade, motivo de seu uso adequar-se à saúde, que embora seja considerada uma área de conhecimento diferente da educação, elas convergem para o mesmo objetivo: dar autonomia e emancipar o indivíduo.

O processo de aprendizagem-ensino-aprendizagem que Freire praticava, também fora dividido didaticamente em fases, a saber:

1ª Fase - Investigação Temática: se inicia com a inserção do educador ou pesquisador em campo, com a finalidade de familiarização com os indivíduos ou grupo, foco do seu objetivo. É vivenciar com uma percepção crítica as partes e a totalidade que compõe o dia – a – dia das pessoas e da comunidade, suas dificuldades, facilidades, expressões, pensamentos, vestimentas, crenças, uso da linguagem, ou seja, é a oportunidade de aproximação do educador com o educando para que haja uma comunicação eficiente e, havendo essa comunicação, se alcançará o objetivo de educar na sua concepção libertadora. Vale ressaltar que nenhuma intervenção deverá ser realizada nesta fase da metodologia, devendo o educador se portar de forma neutra, com diálogos informais. Freire diz que a experimentação desta realidade para buscar o conteúdo e não o trazer feito, pronto, é o que inaugura o processo dialógico da educação como prática da liberdade (Freire, 1987). Conhecer o pensar e as formas de linguagens do outro é um dos momentos mais significativos da metodologia, visto que é o ponto de partida para a sintonia e a construção do elo de confiança entre pesquisador e sujeito da pesquisa que se fundem tornando-se, ambos, sujeitos do processo. Para Freire (1987, p.64), “a investigação da temática, envolve a investigação do próprio pensar do povo” e segue dizendo que “a investigação do pensar do povo não pode ser feita sem o povo, mas com ele, como sujeito de seu pensar”, neste sentido quanto mais investigo o pensar do povo ele próprio, mais aprendo conjuntamente. Para registro das expressões do povo, da forma como constroem o pensamento e o fazer, um caderno de anotações (chamado diário de bordo) faz-se um importante objeto de apoio para o pesquisador.

2ª Fase – Identificação dos Temas Geradores: são as situações experienciadas pelos indivíduos, pelo grupo, pela comunidade e expressas em falas. Daí a importância de se conhecer a realidade de mundo dessas pessoas através da investigação temática, constituindo uma dimensão significativa da realidade, para que assim seja possível uma interação com as partes entendendo sua totalidade. Paulo Freire (1987, p.60) relata que “os temas encontram encobertos pelas “situações limites” que se apresentam aos homens como se fossem determinantes históricas, esmagadoras, em face das quais não lhes cabe alternativa, senão adaptar-se”. As situações limites explicitadas pelo autor, refere-se às relações vividas pelos seres humanos que os levam ao condicionamento ou a liberdade. A dialogicidade dos temas é expressa no círculo de cultura que é um termo cunhado por Freire em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, constituindo-se em um grupo/espço dinâmico de trabalho e de debate de indivíduos com interesses afins e ideia central de debater a linguagem no contexto de uma prática social livre e crítica.

3ª Fase – Codificação e Descodificação dos Temas Geradores: é um processo que ocorre sincronicamente. A codificação é a ação de pensar, de refletir, de analisar sobre aquela situação emergida no círculo de cultura. Já a descodificação significa trazer para a realidade o abstrato da situação limite ou do problema codificado. Neste momento, cada indivíduo cingido na situação, procede a uma análise do todo, do ambiente, do outro e de si mesmo, tentando entender os motivos e a contribuição individual e coletiva que fizeram gerar a situação limite. Essa fase da metodologia deve ser inclusiva, visto que o indivíduo só terá interesse em prosseguir se for algo da sua vivência e que contribua para as suas necessidades reais. Esse é o motivo da relevância do pesquisador conhecer a realidade a ser trabalhada e manter uma posição neutra na fase da geração dos temas.

4ª Fase - Desvelamento Crítico: esta é a fase de transformação e mudança da práxis. Reconhecido individual e coletivamente as contribuições para a ocorrência das situações limites, chegou o momento de praticar o que Freire (1987) nomeia de “ação-editanda”. Ao desvendar que essas situações remetem o condicionamento, os homens não devem a ver como uma barreira insuperável, mas sim lutar em prol do “inédito viável”, ou seja, é o momento de concretizar a mudança necessária para uma nova realidade.

O desvelamento crítico tem como objetivo principal fazer com que os participantes revejam suas ações e responsabilidades, identificando o problema e agindo para sua resolutividade. Este é o ápice do processo metodológico, é o momento de fazer emergir no profissional um pensamento crítico de transformar a realidade dos indivíduos que trabalham,

através de uma educação em saúde com potencial pedagógico que valorize o cotidiano, a cultura e o modo de viver e de pensar da comunidade.

Independente como são divididas ou nomeadas de forma didática as fases do processo metodológico freiriano, a sua essência está clara que a participação direta do educando e a necessidade do conhecimento do educador a respeito do seu educando são elos indissolúveis para que a prática metodológica se desenvolva com êxito.

### 3.5 Caminho Metodológico Percorrido

Após a escolha da metodologia, iniciei uma busca descritiva nas plataformas: google acadêmico, BVS e Pub Med, aplicando-se os critérios de inclusão: título do trabalho condizente com a temática da tese e trabalhos publicados a partir de 2020 até 2025. Foram excluídos: os estudos duplicados e que não relataram práticas de educação em saúde coletiva a partir do emprego da abordagem metodológica de Paulo Freire.

Foram inicialmente identificados 110 trabalhos nacionais e internacionais. Posteriormente, passaram por duas etapas de seleção: análise do título, seguida da leitura do resumo. Findadas tais etapas, permaneceram 34 trabalhos, que de fato foram potencialmente elegíveis à leitura e análise na íntegra. Após a síntese de cada artigo que seria potencialmente utilizado como embasamento teórico para a edificação da tese, utilizei o recurso de tabela do programa word para melhor organização.

Os trabalhos elencados apresentaram uma temática convergente com a minha tese, todavia não foi encontrado nenhum trabalho nas bases de pesquisa descritas e com os critérios de inclusão utilizados, que apresentasse a mesma temática desenvolvidos. Alguns trabalhos descrever o desenvolvimento dos círculos de cultura como educação em saúde, mas aplicado aos usuários do sistema (pacientes) e não aos profissionais da saúde.

Pautada na concepção dialógica e emancipadora proposta por Paulo Freire que se desenvolve por meio de círculos de cultura, esta tese constitui-se uma pesquisa qualitativa participativa, tendo como sujeitos de pesquisa dezoito agentes comunitários de saúde (ACS), seis técnicas de enfermagem e três enfermeiras que fazem parte de três equipes de estratégia de saúde da família (ESF), lotados na mesma unidade de saúde chamado de Parque das Colinas, no município de Três Corações, sul de Minas Gerais. As equipes de ESF da referida unidade, são compostas pelos profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS (tabela 1).

**Tabela 1-** Distribuição dos profissionais por equipe de ESF da unidade Parque Colinas em Três Corações – MG.

| <b>Categoria Profissional</b> | <b>Equipe 1</b> | <b>Equipe 2</b> | <b>Equipe 3</b> |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Médico                        | 1               | 1               | 1               |
| Enfermeiro                    | 1               | 1               | 1               |
| Técnico de Enfermagem         | 2               | 2               | 2               |
| ACS                           | 6               | 6               | 6               |

Fonte: autoria própria (2024).

Para que a prática metodológica se materializasse, foram utilizadas como instrumento na presente pesquisa, as dinâmicas em grupo. Embora no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que fora assinado pelos participantes, mencionasse a realização de filmagens, gravações de áudio e fotos das atividades, pude observar através do comportamento dos participantes que tais ações os deixavam incomodados e tímidos, assim optei somente em fazer o registro escrito e tirei uma foto ao final do círculo como lembrança. As minhas observações foram descritas em um diário de campo para fins de auxílio na análise posterior à coleta de dados, sendo descartada após a conclusão desta pesquisa. Posteriormente a realização de cada círculo de cultura, agrupei as falas e suas expressões e descrevi os temas geradores em nuvens de palavras para serem problematizadas no próximo encontro, como forma de atender o objetivo da pesquisa. O propósito era realizar os círculos com todos os membros da equipe concomitantemente, porém devido a demanda de trabalho da unidade isso não se fez possível, assim os encontros foram fragmentados em grupos de acordo com a divisão técnica das equipes: enfermeiras, técnicas de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

O município de Três Corações possui no total dezessete equipes de estratégia de saúde da família distribuídas em suas unidades de atendimento à saúde. A unidade Parque Colinas, elencada para o desenvolvimento da pesquisa, foi direcionada pela gestora de saúde do município, sendo justificada sua escolha por ser a unidade que tem o maior número de equipes e população atendida, bem como uma necessidade de se realizar um elo de trabalho entre os profissionais e uma homogeneidade das atividades desenvolvidas entre as diferentes equipes existentes. Devido ao grande número de habitantes situados na área de abrangência para atendimento e cuidados de saúde, a unidade compõe três equipes, contendo dez

profissionais de saúde gerenciada por uma enfermeira em cada equipe, totalizando trinta profissionais de saúde.

Foram convidados a participarem da pesquisa 25 profissionais da saúde, entre enfermeiras, ACS e técnicas de enfermagem que compõem as equipes de ESF da unidade e que estavam em atividade; do total de profissionais, uma estava de licença maternidade e uma gozando o período de férias, ficando assim 25 profissionais convidados, dos quais duas não aceitaram participar (uma técnica de enfermagem e uma enfermeira), totalizando 23 participantes da pesquisa. A escolha dos sujeitos se deu através da seguinte seleção: ter uma rotina diária de trabalho, com carga horária fixa e um quantitativo maior de profissionais; devido à grande demanda de atendimentos, horários sazonais e um quantitativo menor de profissionais, os médicos não foram incluídos nesta pesquisa.

Respeitando as normas éticas para pesquisa com seres humanos, conforme regulamentado pelas diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (nº. 466/12), prezando pelo respeito, dignidade, liberdade e autonomia dos participantes, assim como o seu bem-estar físico e psicológico, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí, com parecer nº 5.978.507.

A coleta de dados foi desenvolvida nos meses de maio a agosto de 2023, após apresentação e assinatura do TCLE, que comprovou a participação voluntária dos sujeitos que constituíram a amostra da pesquisa; mesmo após explicar o motivo da pesquisa e seus objetivos, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem não quiseram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, mas desejaram participar das atividades dos círculos de cultura e dispuseram atenção na etapa da investigação temática. Ressalto que embora as profissionais que não assinaram o TCLE estivessem presentes e participando das atividades dos círculos, não foram contabilizadas nesta pesquisa. Todos os profissionais das equipes demonstraram acolhedores e cooperantes com a pesquisa, o que facilitou a realização de todas as etapas metodológica.

A investigação temática, primeira etapa da metodologia, foi realizada através da minha inserção no cotidiano de trabalho das equipes de saúde por dois meses, em dias e horários alternados (matutino e vespertino) para aproximação dos sujeitos pesquisados e observação das atividades realizadas, sem intervenção alguma. Primeiramente, eu e a gestora das unidades de saúde da família fomos até a unidade básica de saúde Parque Colinas na qual me apresentou para as enfermeiras. Após explanar as intenções da pesquisa, a enfermeira da unidade me levou a uma sala de reuniões que estavam todos os agentes comunitário de saúde preparando-se para iniciar as visitas vespertinas. Conheci o restante da equipe e da unidade.

Realizei um breve esclarecimento quanto ao método da pesquisa, objetivo, o círculo de cultura e os procedimentos éticos adotados para os profissionais alvos da pesquisa.

Com a finalidade de amparar minhas lembranças das observações produzidas em campo, confeccionei um diário de campo. Nesta fase metodológica, acompanhei todas as atividades realizadas pelos profissionais, tais como: visitas domiciliares e a escola, consultas de pré-natal, coletas de exame preventivo de câncer de colo uterino, triagens para consulta de puericultura e clínica médica, vacinações, curativos e orientações na sala de recepção.

Posteriormente a investigação temática, segui para a etapa da formação do primeiro círculo de cultura e o ACS fora escolhido para iniciar essa etapa metodológica por serem em maior quantitativo, mas, principalmente por estarem mais operante junto à população. Para que o processo dialógico se iniciasse e o gelo fosse quebrado, levei um lanche para ser compartilhado. A conversa iniciou bem descontraída lembrando acerca das visitas domiciliares que acompanhei, e no clima de risos, dispararei uma questão provocativa a partir da prática observada, perguntando o que eles entendem por educação em saúde. Cada uma foi respondendo o que achava e assim novas palavras foram sendo geradas para dar sequência ao próximo círculo de cultura. A conversa frutificou e gerou muitas dúvidas, pois perceberam que não sabiam ao certo o que era a educação em saúde, mas que a praticavam. A equipe dos ACS é composta por dezessete mulheres e um homem, o que aumenta a facilidade na fala, com isso após duas horas de discussões e a geração de novos temas, sugeriu que fossem levadas para casa algumas inquietações e pensassem em algo para trazer no nosso próximo encontro, agendado para 15 dias depois.

No dia combinado, nos encontramos para a realização de outro círculo de cultura. Coincidentemente estava comemorando o aniversário da enfermeira de uma das equipes, o que promoveu um ambiente descontraído. Iniciamos nosso diálogo partindo das reflexões promovidas no círculo anterior. Como fonte de conhecimento e auxílio na minha fala, levei alguns cartazes ilustrativos contendo os temas geradores, tais como: educação; educação em saúde; educação popular. O círculo durou 1 hora e 40 minutos e agendamos o próximo para 15 dias depois.

Embora já estivéssemos todos engajados e participantes na metodologia, iniciei o círculo propondo uma dinâmica cujo pano de fundo trazia a questão da empatia. A temática gerou muitas discussões fazendo florir as várias nuances da empatia: com o paciente, com o colega de trabalho, com o chefe, com a comunidade e com os gestores de saúde. Foi algo que gerou inquietações e até um desconforto por perceberem que a empatia é um sentimento difícil de praticar, mas que se faz essencial para que o processo de ensino-aprendizagem da

educação em saúde ocorra, além de solidificar o trabalho em equipe. Com isso, várias foram as problematizações levantadas acerca da dinâmica de trabalho, tanto individual quanto coletivamente. O círculo durou 2 horas e 10 minutos e agendamos o próximo para 10 dias depois a pedido da equipe.

Na outra semana nos reunimos para o último círculo de cultura do ACS. Através de cartazes explicativos, forneci conhecimentos científicos sobre a execução da educação em saúde realizada por eles que é baseada na educação popular. Foi de grande valia, pois tal conhecimento não era propriedade dos mesmos. Conversamos, debatemos e esclarecemos algumas dúvidas sobre crenças populares, diversidade, e como agregar o conhecimento científico ao empírico na busca de uma educação em saúde eficaz e efetiva junto à comunidade. A equipe desvelou as problematizações trazidas por eles, superaram obstáculos que atrapalhavam a convivência e o trabalho em equipe. Algumas das problematizações tinham relações com a chefia, que não estavam presentes nos círculos (embora fossem convidadas), com isso me disponibilizei a levar algumas questões problematizadas pelos agentes comunitários de saúde para a chefia.

Os círculos de cultura realizados com as técnicas de enfermagem (são todas do sexo feminino) aconteceram paralelamente ao do ACS e das enfermeiras. Neste grupo senti um clima mais pesado e menos descontraído; levei algumas guloseimas e iniciei com a mesma dinâmica de empatia realizada com a equipe do ACS. Após a dinâmica, a equipe se mostrou um pouco mais solta, e ao invés de entrar na temática da educação em saúde, pedi que me falassem acerca do trabalho realizado por elas; se entreolharam e um silêncio tomou conta da sala; pedi então que dissessem o que entendem por educação em saúde, e cada uma falou algo que entendia, que praticava. Assim, o diálogo se iniciou e vários temas geradores e conflitantes começaram a emergir. O círculo durou 1 hora e marcamos o próximo para 15 dias depois.

O encontro seguiu os moldes do que foi realizado com o ACS; explanei em forma de cartazes conhecimentos científicos sobre as temáticas relacionadas com educação e saúde. Embora as técnicas de enfermagem devida sua formação técnica tenham um conhecimento técnico e científico mais abrangente em relação ao ACS, praticam menos a educação em saúde comparada aos agentes. Algumas das problematizações foram sanadas e solucionadas por elas mesmas durante 1 hora e 30 minutos da realização do círculo de cultura, outras inquietações permaneceram para serem pensadas e reveladas no próximo e último encontro.

Dez dias depois estávamos reunidas para a finalização dos círculos. Foi um encontro receptivo e descontraído, bem diferente do primeiro; fizemos um lanche compartilhado e

várias inquietações, dissabores em relação ao serviço foram expostas e também esclarecidas, acolhidas, entendidas. Esse encontro foi algo mágico para elas, que exteriorizaram os sentimentos bons e os tóxicos, dispondo da oportunidade de elucidar e banir quaisquer dúvidas que pairavam no ar prejudicando o avançar do trabalho em equipe, e de um crescimento único para mim de poder vivenciar, experienciar as inúmeras possibilidades que os círculos de cultura proporcionam, podendo entender realmente o significado de ensinar e aprender mutuamente.

No último círculo com as técnicas de enfermagem, solicitei a presença das enfermeiras com a finalidade de proporcionar esse crescimento em conjunto com toda equipe, mas infelizmente isso não se fez possível devido à alta demanda das atividades e um desconforto demonstrado pelas enfermeiras. Dessa forma, me comprometi junto às equipes de repassar para as enfermeiras algumas problematizações vivenciadas durante o trabalho, tendo como objetivo a melhoria do serviço e do relacionamento interpessoal.

Dando seguimento aos círculos de cultura, foi a vez de realizar com as enfermeiras da unidade, porém visto a demanda de trabalho e suas responsabilidades, conseguimos fazer somente dois círculos de cultura. Elas foram muito receptivas e cooperativas, duas delas são mais falantes e a outra mais tímida. No primeiro círculo lancei as palavras educação e saúde, e vários foram os temas geradores. Devido ao conhecimento científico portado pelas mesmas, não se fez necessário apresentar demasiado material de apoio para que decorresse a realização das etapas do processo metodológico. O círculo durou 1 hora e 15 minutos e combinamos de realizar o próximo em dez dias, para que pudéssemos fazer um *feedback* das necessidades pontuadas pelas equipes de enfermagem e do ACS no intuito de melhorar a assistência prestada a comunidade e o relacionamento entre os diversos profissionais das equipes de ESF. E assim, o último encontro com as enfermeiras fora para refletir sobre alguns dos temas geradores propostos pelas equipes e que não foi possível alcançar o desvelamento crítico. As problematizações identificadas pelas enfermeiras e as elencadas pelas equipes, foram debatidas, gerando uma ação-reflexão-ação, alcançando a resolução coletivamente, melhorando o ambiente e fluxo de trabalho.

Agendamos um dia para que eu pudesse me despedir e sair de campo. Levei uma lembrancinha para cada participante como forma de agradecimento pela calorosa acolhida e participação na pesquisa.

Os círculos de cultura aconteceram presenciais, semanais e quinzenais na sala de reuniões da unidade de saúde Parque Colinas, com os profissionais das três equipes de estratégia de saúde da família, tendo duração de uma a duas horas, ocorrendo no início ou no

término do expediente vespertino. Foram realizadas no total nove encontros, com objetivo de trazer as etapas metodológicas do itinerário de Paulo Freire. A sequência dos círculos de cultura se deu a partir de questões provocativas que dispararei para iniciar o diálogo, tais como: O que podem dizer sobre: educação; educação em saúde; educação popular; vocês exercem educação em saúde, se sim, de que forma?; enquanto profissionais da saúde, se consideram educadores?; porque escolheram trabalhar na saúde coletiva; entre outras questões que iam surgindo espontaneamente com os diálogos.

Todos os participantes foram convidados a expor (e expuseram) suas opiniões, vivências, conhecimentos ou o que achavam pertinente relatar sobre a temática emergida naquele momento. As dinâmicas praticadas tiveram o objetivo de conhecer as percepções dos profissionais acerca dos temas por eles levantados, bem como de estabelecer um vínculo entre eles e deles comigo, fazendo com que a conversa fluísse descontraída e de forma natural.

Embora as fases da metodologia sejam divididas de forma que haja um melhor entendimento, ao colocá-las em prática vão ocorrendo concomitantemente e natural, não havendo uma marca expressiva nas suas fases. Alguns temas geradores já eram codificados, decodificados e desvelados seguidamente, outros demandavam uma reflexão em longo prazo, motivo do espaçamento temporal entre um círculo e outro. As etapas metodológicas foram sendo desenvolvidas pelos profissionais da saúde à medida que cada círculo de cultura acontecia e, as reflexões das ações e a conscientização coletiva propostas pelo método com o intuito de haver uma mudança da realidade e a melhoria do fluxo de trabalho através da educação em saúde, tiveram um desfecho melhor que o esperado.

Baseando-se nas fases estabelecidas pela metodologia do itinerário de Paulo Freire agrupado as minhas experiências em campo na realização e participação dos círculos de cultura, idealizei com o olhar da saúde e de forma resumida, o que tal metodologia propõe, conforme Figura 1.



**Figura 1.** Esquema resumido baseado na metodologia proposta por Paulo Freire.  
Fonte: autoria própria (2024).

### 3.6 Participantes

Participaram da pesquisa vinte e três (23) indivíduos que compõe a equipe de Estratégia de Saúde da Família de uma unidade básica de saúde no município de Três Corações, situada no sul de Minas Gerais. Devido ao grande número de habitantes situados na área de abrangência para atendimento da unidade de saúde, ela é composta por três (03) equipes de Estratégia de Saúde da Família, contendo aproximadamente oito (08) profissionais de saúde em cada equipe, totalizando vinte e quatro (24) profissionais de saúde.

Três Corações possui dezessete equipes de Estratégia de Saúde da Família distribuídas em suas unidades básicas de atendimento à saúde. As equipes elencadas para o desenvolvimento da pesquisa foram especificadas pela gestora de saúde do município.

A unidade básica escolhida foi a Parque Colinas, sendo justificada sua escolha por ser a unidade que tem o maior número de equipes e população atendida, bem como uma necessidade de se realizar um elo de trabalho entre as equipes e uma homogeneidade das atividades propostas pelos mesmos.

### 3.7 Instrumentos de Pesquisa

O estudo utilizou o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire representado pelo Círculo de Cultura que é constituído das seguintes etapas: Investigação temática; Codificação e Descodificação; e Desvelamento crítico.

O instrumento utilizado para que a prática metodológica acontecesse foi a dinâmica em grupo. As falas e as observações foram descritas em um diário de campo para fins de auxílio na análise posterior à coleta de dados, sendo descartado após a defesa da tese. Ao final de cada círculo de cultura, agrupei as falas expressadas e estabeleci os temas geradores que foram problematizados no próximo encontro de forma a atender o objetivo do trabalho.

### 3.8 Procedimentos para Coleta de Dados

Inicialmente o projeto foi submetido aos procedimentos éticos preestabelecidos e mediante aprovação, concordância dos participantes selecionados e assinatura do TCLE, iniciei o procedimento de coleta de dados com a inserção no cotidiano das equipes para observação, seguido da formação dos círculos de cultura.

A investigação temática, primeira etapa da metodologia, foi realizada através da minha inserção no cotidiano de trabalho das equipes de saúde por dois meses, em dias e horários alternados (manhã e tarde) para aproximação dos sujeitos pesquisados e observação das atividades realizadas, sem intervenção alguma.

Posteriormente a coleta de dados, segui para a etapa da formação do primeiro Círculo de Cultura. Como estratégia de abordagem, expliquei os objetivos da pesquisa, a metodologia de Paulo Freire e sua aplicação no campo da saúde. Para que o processo dialógico se iniciasse,

disparei uma questão provocativa a partir da prática observada que deu sequência ao próximo círculo de cultura, e assim seguimos para os próximos encontros.

Os círculos de cultura aconteceram presencialmente e quinzenalmente na unidade básica de saúde Parque Colinas, com todos os profissionais das três equipes de Estratégia de Saúde da Família, com duração aproximada de uma hora e trinta minutos e em horário conveniente para os participantes. Foram realizados 06 encontros, sendo um encontro para a investigação temática (abertura), 04 encontros para a codificação e decodificação, e por último um encontro para o desvelamento crítico (fechamento). A sequência dos círculos de cultura se deu a partir de questões provocativas que disparei para dar início ao diálogo, da seguinte forma: Círculo I: Investigação temática; Círculo II: O que é educação?; Círculo III: O profissional da saúde (você) são educadores?; Círculo IV: Como vocês exercem a educação na saúde?; Círculo V: Vocês conhecem a comunidade que atendem?; Círculo VI: Desvelamento crítico.

Todos os participantes foram convidados a expor suas opiniões, vivências, conhecimentos ou o que acharem pertinente dizer sobre a temática. Realizei dinâmicas com o intuito de conhecer as percepções dos participantes acerca dos temas por eles levantados e para deixar o ambiente mais descontraído.

Partindo das questões provocativas, a cada novo círculo apresentei impressas as principais palavras geradoras e as fixei em um quadro branco que tem sala de reuniões. Após, forneci textos com as temáticas geradoras para subsidiar a discussão fazendo com que houvesse uma reflexão das atividades vivenciadas embasadas em uma leitura científica.

Com a reflexão da ação, chegou o momento da conscientização coletiva e com isso as propostas de mudanças da realidade para a melhoria da educação em saúde, ou seja, o desvelamento crítico. Nesta etapa metodológica de ação-reflexão-ação, demonstrei todo o material gerado nos círculos de cultura (imagens, desenhos, cartazes, temas geradores, palavras, avanços e retrocessos debatidos). O objetivo foi fazer com que os participantes revessem suas ações e responsabilidades, identificando o problema e agindo para sua resolutividade. Este é o ápice do processo metodológico, é o momento de fazer emergir no profissional um pensamento crítico de transformar a realidade dos indivíduos que atendem, através de uma educação em saúde com potencial pedagógico que valorize o cotidiano, a cultura e o modo de viver e de pensar da comunidade.

### 3.9 Procedimentos para Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada através das várias releituras da descrição minuciosa no diário de campo de cada momento em que estava com o público alvo na execução dos círculos de cultura. A cada novo círculo de cultura, permitia a revisão avaliativa do processo metodológico e a discussão das temáticas para próxima etapa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão da presente tese são descritos no formato de relato de experiência, alicerçados no referencial metodológico freiriano.

### 4.1 Relato de experiência

Para entrar em campo e auxiliar nas lembranças futuras, elegi um diário de bordo como aliado. Um caderno simples e cheio de amor que ganhei no dia das mães feito de forma artesanal pela minha filha de sete anos. Escolhi tal objeto para que não fosse algo formal, parecendo uma escritã anotando tudo que presenciava e era falado.

A minha chegada na unidade não foi em um período muito propício, pois a equipe do ACS estava passando por um processo avaliativo das suas atividades. Segundo eles, houve uma denúncia quanto à jornada diária de trabalho e, por esse motivo estavam sendo fonte de observação contínua. Quando cheguei, senti essa equipe desconfiada e pouco comunicativa, porém eu não sabia até o momento do fato ocorrido. E iniciei minhas atividades seguindo a primeira etapa do processo metodológico, que é a familiarização. Com o passar dos dias, fomos nos conhecendo e asseguraram a minha função de pesquisadora, e o fato veio à tona. Segundo seus relatos, acreditavam que eu fosse funcionária da Secretaria de Saúde com o intuito de investigar a rotina de trabalho deles. A partir do diálogo individual e coletivo com o ACS, tudo foi esclarecido e, conseguimos estabelecer uma relação de confiança mútua e o processo de pesquisa fluiu.

O diálogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo que o cerca, e partindo desse diálogo entre o pesquisador e o pesquisado será possível construir uma relação horizontalizada de confiança e empatia, possibilitando a execução de todas as etapas da metodologia de forma fidedigna, pois o que se pretende investigar realmente, não são homens

como se fossem objetos, mas o seu pensamento-linguagem e sua visão referida àquela realidade. E, posteriormente fazê-los pensar criticamente nas suas ações modificando sua práxis (FREIRE, 1968).

A primeira etapa da metodologia, chamada de investigação temática, se iniciou com minha inserção na unidade básica de saúde, acompanhando as atividades do público alvo a ser pesquisado. Para ter um maior entrosamento com a equipe e presenciar as diversas atividades realizadas por eles, alternei os horários para o acompanhamento e aproximação dos sujeitos pesquisados, indo no período matutino e vespertino. Ao chegar a unidade, me dirigia a sala de reuniões que é destinada ao encontro diário do ACS antes de iniciarem as visitas domiciliares. Ali eles separam as fichas das famílias a serem visitadas naquele período, fazem uma revisão da situação de saúde dessas famílias e verificam se tem alguma atividade pendente a ser comunicado para o membro familiar, como: necessidade de realizar exames de rotina, vacinação, acompanhamento de pacientes com diabetes, hipertensão, gestantes, entre outros. E assim saímos para as visitas domiciliares. Esses foram momentos ricos e de muito aprendizado, pois o ACS são membros da comunidade, então tive a oportunidade de conhecer, além do local de trabalho, o local de moradia, de vivência e convivência do ACS. Acompanhei todos os agentes durante um período das visitas domiciliares, observando as orientações e a interação com as famílias atendidas. A ligação desses profissionais com a comunidade é algo singular e espontâneo, são recebidos com afeto e possuem uma relação de confiança com os moradores. Os profissionais recebem diversas solicitações e indagações referentes ao acompanhamento da saúde e, embora não tenham uma formação em saúde, orientam de maneira empírica e auxiliam da forma que podem, fazendo uma ponte entre a unidade de saúde e os usuários do serviço.

Segundo Silva et al. (2019), o agente comunitário de saúde atua como facilitador da comunicação entre os profissionais da ESF e a comunidade territorial de atuação, promovendo uma aproximação, criando um elo entre eles. Essa interação com a comunidade faz com que o ACS seja percebido como referência em saúde para os indivíduos da comunidade, contribuindo para a formação de um vínculo de confiança e consequentemente protagonista na prática da educação em saúde.

Já as enfermeiras e técnicas de enfermagem não saem da unidade de saúde, praticando suas atividades dentro da própria unidade. Cada uma delas tem um setor específico, como sala de vacinação, sala de triagem para consulta médica, sala de curativos, sala de exame preventivo do câncer de colo uterino e sala de enfermagem. Com isso, cada dia observei as atividades das profissionais em um ambiente.

No início, senti que as técnicas de enfermagem ficaram um pouco desconfortável com minha presença, pensando que eu ia avaliar a execução da sua técnica de trabalho, porém com o tempo esse sentimento inexistiu e era como se eu fosse membro da equipe, embora não houvesse intervenção alguma de minha parte. As técnicas de enfermagem possuem um conhecimento formativo em saúde para atuar, diferente das agentes comunitárias de saúde, com isso as técnicas realizam procedimentos de cuidados de enfermagem. Durante minhas observações, visualizei que as técnicas de enfermagem realizam pouca (ou nenhuma) orientação em saúde, somente respondem indagações sobre o procedimento realizado, não estabelecendo um diálogo com o usuário do sistema de saúde. A interação com os pacientes se mostrou menor quando comparada com os dos agentes comunitários de saúde, bem como a confiança mútua. As referidas profissionais se atêm a realização do procedimento técnico, mostrando ainda a existência do cuidado biologista, centrado na doença. A consolidação do SUS em 1990 veio com a proposta de uma nova visão e atenção à saúde, objetivando mudança do modelo assistencial tradicional biologista e, embora haja esforços do Ministério da Saúde com a criação de políticas e ações voltadas para tal objetivo, a realidade assistencial ainda está muito aquém do que se almeja.

Em 2007 o Ministério da Saúde lança o Caderno de Educação Popular em Saúde enfatizando a mudança na abordagem educacional profissional em saúde, que passa a adotar a Aprendizagem Baseada em Problemas. Tal abordagem de modelo de ensino vem substituir os modelos tradicionais e fragmentista de atenção aos problemas de saúde. Em 2015 é lançada pelo mesmo órgão, a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), reforçando a necessidade da transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde, deixando de ser considerada simplesmente uma questão técnica. O marco conceitual da EPS é a aprendizagem no cotidiano, ou seja, o processo de ensino-aprendizagem se encontra no dia-a-dia do trabalho, com isso os profissionais da saúde desenvolvem sua formação melhorando a qualidade do atendimento e na sua atuação diária através do diálogo e aproximação do usuário do serviço de saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2015).

Por último, segui o acompanhamento das atividades com enfermeiras. Mostraram-se receptivas e a vontade com minha presença. Tais profissionais exercem uma atividade mais burocrática e mesmo quando um paciente vai à procura, é para tirar dúvidas quanto a atendimentos e/ou acompanhamentos que não são fornecidos na unidade. A única oportunidade de educação em saúde que verifiquei, foi durante a realização da coleta de material para o exame preventivo de câncer do colo uterino, porém essa oportunidade não foi garantida. Tal como as técnicas de enfermagem, as enfermeiras possuem uma formação

científica acerca de procedimentos e cuidados de enfermagem, porém exercem na unidade a função de coordenação da equipe de técnicos e ACS. Durante a realização do referido exame, que oportunizava a execução da educação em saúde, inicialmente a enfermeira realiza um questionário (próprio do exame), seguia para a coleta do material ginecológico e ao final, perguntava como estava a saúde geral e orientava quanto a chegada do resultado e ao tempo de retorno. Mesmo sendo um exame íntimo, não observei a existência de um vínculo linear de confiança, e sim uma relação de profissional- paciente e a necessidade de cuidar da saúde. Relação essa que se mostrou tensa e desconfortável para todas as pacientes que observei.

O enfermeiro é visto como um mediador no processo educacional, favorecendo o fortalecimento de vínculo. Por ter uma maior estruturação no conhecimento técnico científico, ele proporciona o embasamento necessário para que haja mudanças de atitudes e hábitos que irá proporcionar a recuperação, prevenção e promoção da saúde (CARVALHO et al., 2021).

Ainda pensando na relação das enfermeiras pesquisadas com a comunidade, o Ministério da Saúde (2012) fala sobre a importância do vínculo afetivo entre profissionais e pacientes nos serviços de saúde, valorizando a amorosidade, que significa:

“...a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, proporcionando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas” (BRASIL, 2012, p.15).

Nessa primeira etapa de familiarização com o meio pesquisado, também chamada de Investigação Temática, foi de muito crescimento profissional, pois sempre estive no lugar que o pesquisado ocupa, de profissional da saúde. E durante a inserção em campo, não pude realizar nenhuma intervenção, o que me deixou frustrada em algumas situações. Antes de entrar em campo, julguei que fosse algo monótono, visto que (achava) conhecia toda a rotina. Mas me surpreendi ao rememorar minha prática profissional e perceber que por vezes me via refletida em tais profissionais. Essa reflexão me levou a colocar a metodologia de Paulo Freire em prática comigo mesma, antes mesmo de exercer com o público alvo. Percebi que a fase da reflexão, da problematização não são as mais difíceis, mas sim a da mudança da práxis. Essa fase não é executada facilmente como em um passe de mágica, mas sim diariamente e com persistência, visto que a prática profissional é algo arraigado, que nos reveste. Por mais que tenhamos o objetivo de mudança, o antigo sempre vem à tona e quando vemos já o estamos

praticando. Com isso, se faz necessário, além do entendimento e da vontade de mudar o que nos aprisiona, a perseverança e a dedicação contínua no processo.

Essa consciência crítica, como assim chamou Paulo Freire (1967), é a representação dos fatos como realmente acontece na sua integração com a realidade e, essa compreensão, corresponde cedo ou tarde, em uma ação que também será crítica. O método freiriano objetiva a conscientização do homem em torno da sua problemática, em torno da sua condição de pessoa, para assim se emancipar e ele mesmo se politizar. O ser que consegue alcançar sua politização deixa de ser massa e passa a ser povo. Durante a inserção no cotidiano da minha pesquisa, me vi massa, mas após uma reflexão-ação, passei a ser povo. E foi isso que almejei para o público alvo da minha pesquisa, porém para se emancipar e deixar de ser massa, se faz necessário, segundo Freire (1968) que o oprimido tenha o desejo de sair dessa posição, não para ser opressor, mas para serem livres da sombra do opressor. Todavia, há oprimidos que imersos nessa estrutura dominadora, temem a liberdade e a prática da autonomia, motivo de se manterem nessa posição. Além disso, a liberdade, que é uma conquista, requer coragem por exigir uma permanente busca.

#### 4.2 Círculos de Cultura com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

A segunda fase metodológica, nomeada de Identificação dos Temas Geradores, se deu com a formação do primeiro círculo de cultura. Seguindo a sequência da familiarização e investigação temática, iniciei os círculos com o ACS. Realizamos nos períodos matutinos e vespertinos, sempre antes de iniciar as atividades laborais, com duração média de 1 hora e 30 minutos. O diálogo ativo foi de 100% dos participantes da pesquisa, em todos os círculos. O quantitativo de profissionais dessa classe é numeroso, sendo um homem e dezessete mulheres, o que frutificou as discussões. Nos encontros, a fim de estabelecer um clima de descontração, eu levava um lanche para partilharmos. Ao iniciar esse primeiro encontro, relembramos as visitas domiciliares e entre as lembranças e risos, disparei uma questão provocativa sobre o entendimento deles acerca da temática educação em saúde. E conforme iam falando, outras questões eram emersas. Descrevo as questões levantadas durante as discussões: “Gostam de ser ACS? Qual o significado de ser ACS? O que levou a escolher a profissão? Qual a maior dificuldade da profissão? Qual a função/atividade que vocês desempenham como ACS? Como aprenderam o conteúdo sobre as questões de saúde que falam para os pacientes? O que é educação em saúde para vocês? Quem pratica a educação em saúde? ”

Após a análise das repostas semelhantes, realize um compilado das falas e as descrevo abaixo. Optei por não colocar siglas ou codinomes devido ao grande número de participantes e para evitar uma possível ligação com o profissional.

Escolha da profissão:

*“Não escolhi, precisava trabalhar e era perto de casa”. (ACS 1)*

*“Nem sabia o que era o que fazia”. (ACS 2)*

*“Estava desempregada”. (ACS 3)*

*“Me falaram do processo seletivo e eu fiz, mas nem sabia o que era”. (ACS 4)*

Como adquiriram o conhecimento sobre as questões de saúde:

*“Aprendi na prática”. (ACS 5)*

*“Aprendi com a colega”. (ACS 6)*

*“Ninguém nunca ensinou nada, comecei a trabalhar e pronto”. (ACS 7)*

*“Da minha mãe e da minha avó”. (ACS 8)*

*“De ver na televisão”. (ACS9)*

Sobre o significado para eles do que é ser um ACS:

*“Somos a ponte, o elo entre a comunidade e a saúde”. (ACS 10)*

*“Reconhecimento da população, amizade, servir, cuidar, ajudar, satisfação, vínculo, gratidão”. (ACS 11)*

Dificuldades encontradas na profissão:

*“Achar as pessoas em casa”. (durante a visita domiciliar) (ACS 12)*

*“Somos desvalorizadas pelas colegas no ambiente de trabalho”. (ACS 13)*

*“A equipe de enfermeiras, técnicas e médicos, se acham superiores a nós”. (ACS 14)*

*“Não somos concursadas e nos sentimos descartáveis, qualquer coisa a chefe fala que vai nos mandar embora”. (ACS 15)*

A atividade/função desempenhada por eles:

*“Busca ativa dos pacientes”. (ACS 16)*

*“Orientação de como tomar os remédios, de fazer exames”. (ACS 17)*

*“Elo da comunidade com o postinho de saúde”. (ACS 18)*

*“Fazemos um trabalho preventivo em saúde”. (ACS 1)*

Acerca do que é educação em saúde:

*“É o que fazemos no dia-a-dia”. (ACS 2)*

*“São as orientações sobre a saúde que falamos para os pacientes nas visitas”. (ACS 3)*

*“É explicar como toma a medicação”. (ACS 4)*

Quem pratica a educação em saúde:

*“Eu, você, as enfermeiras, todo mundo da saúde”. (ACS 5)*

*“Quem orienta sobre alguma coisa da saúde”. (ACS 6)*

*“Os professores de enfermagem, de medicina”. (ACS 7)*

E assim o diálogo foi frutificando as palavras geradoras para que pudéssemos discutir no próximo encontro agendado para 15 dias. Ao final de duas horas, encerramos o encontro e pedi que eles pensassem nos pontos negativos trazidos no nosso diálogo.

A partir desse primeiro discurso do ACS, foi possível identificar que esses profissionais são a conexão entre a população e a unidade de saúde. Eles conhecem a comunidade e seus integrantes, dinâmica de vida, modos de comunicação, crenças, costumes, ou seja, eles estão inseridos na e com a comunidade por esse motivo conseguem estabelecer o diálogo.

Para Alonso et al. (2021), o ACS foi inserido na Estratégia de Saúde da Família com a intenção tática de superar o modelo biomédico tradicional de atendimento a saúde da população. Já sabemos que a edificação do SUS foi objetivada para contrapor tal modelo assistencial e com isso estratégias foram (e continuam) sendo criadas para a consolidação desse objetivo. Isso explica o motivo criterioso do profissional ACS ser um membro morador da comunidade, facilitando sua inserção no domicílio, entendendo as condições do processo

de adoecimento da população delimitada aos seus atendimentos, bem como o estabelecimento de vínculo e consequentemente do diálogo.

Quinze dias depois nos encontramos no período da tarde, na sala de reuniões, coincidentemente estavam comemorando o aniversário de uma das enfermeiras. O ambiente estava bem descontraído e após a comemoração iniciamos nosso segundo círculo de cultura. Inicialmente falamos da nossa conversa do círculo anterior, perguntei se haviam refletido sobre os temas emergidos e o que tinham para expor. Todos queriam falar, estavam bem eufóricos, pois segundo relatos nunca tinham tido a oportunidade de pensar e exteriorizar os sentimentos, dificuldades e aprendizados da profissão. Deixei que falassem o que tinham vontade e selecionei algumas das falas:

*“Fiquei pensando que somos nós (ACS) que carregamos essa unidade, é nós que falamos com a população e sabemos como está a saúde deles”. (ACS 8)*

*“Nós trabalhamos mais que todos do postinho; saímos cedo, tarde, sol ou chuva, e ainda não somos reconhecidos”. (ACS 9)*

*“Podemos (ACS) exaltar ou acabar com a equipe de saúde”. (ACS 10)*

*“A enfermeira não sabe nada dos pacientes, fica perguntando tudo pra gente, nunca vai em uma visita”. (ACS 11)*

*“A gente faz tanta orientação sobre a saúde e nunca recebemos uma formação, pensei se isso é certo”. (ACS 12)*

*“O pessoal do posto, os funcionários não reconhecem nosso trabalho, deve ser porque não temos nenhum curso: técnico ou faculdade”. (ACS 13)*

*“O bom é que as pessoas nos atendem bem, às vezes tem um ou outro que não abre a porta, mas não trata a gente mal”. (ACS 14)*

*“Eles (população) perguntam de tudo pra gente, desde uma dorzinha, até uma dor forte, confiam na gente”. (ACS 15)*

Os trechos acima evidenciam que os agentes comunitários de saúde se sentem desvalorizados profissionalmente pelos outros colegas de trabalho, porém em contrapartida, são acolhidos e estabeleceram um vínculo de confiança com a população que atendem. Esses mesmos sentimentos também foram explicitados ao discutir sobre as dificuldades encontradas na profissão. Durante as falas dos ACS foi possível perceber um sentimento de tristeza com o restante da equipe de saúde e consequentemente, uma falta de estímulo para realizar as

atividades profissionais. Outro ponto percebido foi a falta de conhecimento das atribuições pertinentes ao ACS.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012), o acompanhamento domiciliar das famílias, bem como a integração dessas famílias com a unidade básica de saúde e a realização de ações educativas de promoção e prevenção a saúde, são atribuições específicas do agente comunitário de saúde. Com isso, fica esclarecido que as ações realizadas pelos ACS pesquisados, não estão em desacordo com a especificação da sua função profissional.

Corroborando com a referida política, Alonso et al. (2021) relatam em seu estudo que a delimitação da profissão do ACS é algo ainda fragilizado por falta de conhecimento dos mesmos e da equipe de saúde. Tais profissionais realizam diversas funções e demandas, burocráticas e de cuidado, com a comunidade, com o indivíduo e com a equipe de saúde. O que se tem de concreto, é que esses profissionais possuem um vínculo com a comunidade e, tal conhecimento se configura como ferramenta essencial não apenas na efetivação das suas funções, mas para o planejamento de trabalho das equipes de saúde da família.

Os gestores de saúde reconhecem como atividades do ACS o que está descrita na Política Nacional de Atenção Básica e asseguram a importância de tal profissional para a Estratégia de Saúde da Família, porém não fornecem condições acessíveis de trabalho (Carvalho et al., 2021). Percebe-se que existem limitações em reconhecer a real atividade desempenhada pelos ACS, confirmando o sentimento relatado pelos mesmos durante os círculos de cultura.

Após essa conversa inicial, apresentei alguns cartazes ilustrativos e com palavras sobre: educação, saúde, educação em saúde e educação popular. Conversamos sobre tais assuntos com embasamento teórico e discutimos como se dá sua prática. A teoria teve como objetivo demonstrar que eles também exercem a educação e não somente, como dito pelos mesmos, o professor ou a enfermeira. Ensinar implica em saber ouvir, em dialogar, e isso são práticas do cotidiano dos ACS, consequentemente, são educadores.

Freire (1968, p.51,53) diz que “não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens” e continua dizendo que sem o diálogo “não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação”. Partindo dessa fala, faz-se possível certificar que os ACS praticam a educação, visto que esse mundo referido pelo autor é a comunidade, e os homens, são os indivíduos inseridos na comunidade atendida pelos ACS. A Política Nacional de Atenção Básica (2012) diz que o ACS deve residir na sua área de atuação, permitindo um maior conhecimento das necessidades de saúde e do processo saúde doença da comunidade, além de facilitar o estabelecimento do vínculo. Isso favorece o profundo amor dito por Freire,

já que o local de trabalho é também o de moradia do ACS. Combinamos de pensar sobre os temas levantados nos círculos e nos encontrar 15 dias depois.

Embora já estivessem se sentindo à vontade com as discussões emergidas nos círculos, iniciei esse novo encontro com uma dinâmica sobre a visão individual de mundo. A dinâmica de deu da seguinte forma: entreguei uma folha em branco para cada profissional e pedi que fosse desenhando de acordo com o meu comando; ao final todos mostraram seu desenho; embora fosse dado o mesmo comando para todos, cada um desenhou de forma única com base nos seus conhecimentos prévios, suas vivências e trazendo para o meio profissional, é assim que o paciente entende o que falamos por esse motivo devemos nos expressar baseando no conhecimento de mundo do outro, senão a comunicação não será efetiva, tampouco haverá educação em saúde. A dinâmica os fez pensar em várias nuances, como a empatia com o paciente, com os colegas de trabalho, com a comunidade e até na relação familiar. Descrevo alguns relatos dos ACS acerca da dinâmica:

*“Nunca tinha parado para pensar nesse jeito diferente que cada um tem de ver as coisas”. (ACS 16)*

*“Por isso que às vezes falo, dou alguma orientação e quando volto na próxima visita o paciente está fazendo errado do mesmo jeito, coitado, foi porque não entendeu”. (risos) (ACS 17)*

*“Isso me fez ver que devemos pensar com a cabeça do outro e não com os meus pensamentos, quando eu for dar uma orientação”. (ACS 18)*

*“Gente isso é surreal, o mesmo comando e dezoito desenhos diferentes, fiquei até assustada em pensar que é assim que meus pacientes entendem quando eu falo, agora entendi porque uns fazem tudo certinho e os outros não”. (ACS 1)*

Esse círculo foi um dos mais longos, durando em média 2 horas e 10 minutos. A dinâmica os fez pensar que embora conheçam a população que trabalham, em alguns casos não conseguiam ter uma relação de empatia, de se colocar no mundo do outro, entendendo as limitações e procurando meios para estabelecer o diálogo mútuo e não somente despejar orientações de saúde que não fazem sentido para aquele indivíduo. Isso gerou inquietações e os fez pensar e compreender como se dá o processo da educação em saúde, que não é um ato fácil de praticar, pois envolve primeiramente a percepção do profissional em relação ao mundo do outro, posteriormente a sua mudança e aí sim o estabelecimento do vínculo entre

profissional e paciente e só depois disso haverá o entendimento das orientações profissional que serão refletidas nas ações em saúde.

Paro et al. (2020) relatam que embora a educação popular tenha em sua essência um propósito transformador e libertário, no campo da saúde esse preceito ainda é um desafio que encontra barreiras no autoritarismo e no paternalismo proveniente da relação hierárquica existente entre profissionais da saúde e pacientes. Com isso, os autores propõem uma reflexão crítica da prática em saúde, visando um agir profissional voltado para a transformação dos modos de se produzir saúde.

Marcamos o próximo e último encontro em 10 dias e, embasada pelo contexto exposto pelos autores, durante esse tempo sugeri que os ACS refletissem sobre suas ações no ambiente de trabalho, com a comunidade, com os colegas e com a chefia.

No dia marcado nos encontramos na sala de reuniões ansiosos para o último encontro chamado metodologicamente de desvelamento crítico. Sempre iniciamos os círculos dialogando sobre as reflexões que o encontro anterior trouxe e o que podemos pensar para melhorar o processo. Para auxiliar no nosso último debate, levei cartazes expondo material científico (já que o local não possuía o recurso de datashow) sobre educação em saúde e educação popular em saúde e como ela é realizada pelos ACS. Esses materiais proporcionaram de forma tangível o significado da importância da execução das atividades do ACS. Algumas dúvidas foram surgindo e em conjunto foram sendo sanadas, tais como: a importância e como agregar o conhecimento familiar e de crenças ao científico; como trabalhar com a diversidade em prol da saúde; como entender as reais necessidades de saúde da população que atendo. Quando os questionamentos eram levantados, eu exprimia o que se tem de científico sobre o assunto, colocando-os para refletir se aquilo é correto ou não, se a crença é maléfica para a saúde do paciente ou se pode ser usada como coadjuvante ao tratamento e/ou cuidado prescrito pelo profissional de saúde. Assim, as dúvidas foram sendo analisadas, refletidas e sanadas pelos próprios profissionais ACS.

Frente as questões empíricas e científicas voltadas para o campo da saúde, os autores Paro et al. (2020) trazem que por ser este um campo marcado pela hierarquia biomédica, suas práticas são inquestionáveis e o conhecimento técnico (em especial do profissional médico), está acima de qualquer coisa, sobretudo da sabedoria popular. Isso só vem nos demonstrar a existência da ação antidialógica que Paulo Freire descreve, ou seja, uma relação sem diálogo, consequentemente, de domesticação e aprisionamento.

Corroborando com os autores, Borges et al. (2022, p.229) relatam que a educação em saúde “parte do pressuposto de que existem ações prescritivas para as pessoas mudarem seus hábitos, mediante práticas baseadas em um único conhecimento, o do profissional de saúde”.

Quando pensamos em saúde da coletividade, não podemos excluir seus hábitos de vida, suas crenças, seus valores, seu local de moradia, a questão socioeconômica, ou seja, não podemos pensar em uma saúde para a população sem pensar na população. Seria como dar um avião para uma pessoa que não sabe pilotar, um ótimo presente, porém obsoleto. Com isso, a saúde e suas ações devem ser pensadas e praticadas com a população para a população em um movimento dialógico e de conhecimento das reais necessidades dos indivíduos que habitam naquele espaço geográfico.

Quanto a problemática do relacionamento interpessoal com os colegas de trabalho, refletiram que algumas de suas ações levavam para uma resposta indesejável do colega. Todavia, a situação problema não se encontrava somente no chefe ou companheiro de trabalho, mas sim e também neles próprios. Essa reflexão e aceitação não foi algo fácil e rápido, como relata as falas a seguir:

*“Nossa foi muito difícil ver que o erro estava em mim também e não só na minha supervisora, ela é chata, mas eu também não sou fácil”. (ACS 2)*

*“Credo não imaginava que eu mesma dificultava o meu trabalho, é difícil admitir isso”. (ACS 3)*

*“É tão legal ver que podemos juntar a ciência com o que o povo fala e faz, ver isso facilitou minha vida, meu serviço”. (ACS 4)*

*“A gente sempre acha que o erro está no outro, olhar para a gente é tão difícil, credo”. (ACS 5)*

A fase do desvelamento crítico é o ápice da metodologia e para mim o momento mais frutífero e belo de se ver, pois é o resultado de todo o trabalho metodológico. Foi quando pude visualizar que eu consegui firmar um diálogo com eles, visto que entenderam e praticaram o processo de ensino-aprendizagem, demonstrando isso com o reconhecimento crítico acerca das problematizações emergidas durante todo o processo, bem como a solução para a mudança da práxis. Mudança essa que vai além de discursos vagos e momentâneos, mas envolve uma transformação intrínseca que exterioriza a todos ao seu redor, proporcionando um ganho pessoal e profissional.

Algumas das problemáticas tinham a ver com a chefia imediata e, embora os ACS tivessem o desejo de expor para as mesmas e foram convidadas, não compareceram ao diálogo com a prerrogativa de sobrecarga de trabalho. Com isso, me disponibilizei em levar tais problemáticas às enfermeiras responsáveis pelos ACS para que pudessem refletir suas ações na tentativa de buscar um diálogo com os mesmos.

#### 4.3 Os Círculos de Cultura com as Técnicas de Enfermagem

A equipe das técnicas de enfermagem é composta por seis profissionais e se mostraram menos receptivas a minha presença e pouco comunicativas, tanto comigo quanto com os pacientes e, uma profissional não aceitou participar da pesquisa.

No primeiro círculo de cultura, assim como feito com os ACS, levei balas e bombons e iniciei com a mesma dinâmica da empatia, fazendo com que ficassem mais descontraídas. Como esse grupo tem um perfil bem diferente dos agentes comunitários de saúde, não comecei falando sobre a temática da minha pesquisa, mas sim sobre o trabalho desempenhado por elas. Solicitei para as técnicas de enfermagem falar um pouco da sua rotina de trabalho, o que fazem se entreolharam e o silêncio ficou ensurdecedor. Então perguntei se tinham conhecimento do que é educação em saúde, e o diálogo começou:

*“É as orientações que faço todos os dias”. (TE 1)*

*“É quando eu vejo a mãe da criança ou avó e cobro para ir tomar a vacina”. (TE 2)*

*“É o que eu respondo quando me perguntam sobre algum procedimento ou vacina”. (TE 3)*

*“É quando ensino os cuidados do curativo para fazer em casa”. (TE 4)*

E durante esse diálogo outra questão norteadora emergiu: “Quais eram as dificuldades encontradas na prática da educação em saúde”, e as resposta foram às seguintes:

*“A maior dificuldade é as pessoas fazer o que ensinamos, o que falamos”. (TE 4)*

*“Não falo nada porque o povo arruma briga com tudo, só respondo o que me perguntam”. (TE 5)*

*“O povo acha que já sabe de tudo, são muito ignorantes”. (TE 1)*

O ponto cerne das ideias defendidas por Paulo Freire está alicerçada no diálogo como ferramenta de compreensão mútua, de amor, de empatia e não o diálogo que se faz com meras palavras ditas sem sentido. Por isso para o autor “ensinar não é transferir conhecimento, mas

criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” que é mediatizada pelo mundo (Freire, 1996, p.25). Embasada pela ideia freiriana digo que as profissionais técnicas de enfermagem não exercitam o diálogo, mas sim fornecem informações vãs, que se perde por não fazer sentido para o receptor, que não compreende o processo de saúde doença e acabam por tornarem suas ações repetitivas e com humor exacerbado, justamente por não entenderem o processo. Toda essa incompreensão dialógica gera um círculo de sentimentos indesejáveis por ambas as partes, profissional e população, que acabam por estabelecer um vínculo de antipatia prejudicando todo o processo de educação em saúde.

Partindo das dificuldades relatadas e o pouco diálogo que observei dessas profissionais com a população, outra questão disparadora surgiu: “Porque vocês optaram em trabalhar na saúde coletiva, na unidade básica de saúde?”

*“Porque o salário é melhor do que no hospital”. (TE 1)*

*“Aqui não trabalho final de semana nem feriado”. (TE 2)*

*“Mesmo que o povo é ignorante, é menos estressante do que no hospital que tem gente grave, morrendo”. (TE 3)*

*“Eu estava sem trabalhar, teve o processo seletivo e passei”. (TE 4)*

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde, uma das atribuições do profissional técnico de enfermagem que atua na Atenção Básica é “realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe” (Brasil, 2012, pg.47). E, a minha observação do cotidiano do trabalho, bem como os diálogos partidos já no primeiro círculo de cultura, demonstrou que as técnicas de enfermagem não possuem um vínculo com a população por não estabelecerem o diálogo, base para a empatia e confiança, sendo assim realizam apenas os procedimentos provenientes da profissão. Foi facilmente visível a prática dos cuidados biológica e fragmentado do paciente, embora a Estratégia de Saúde da Família (ESF), local de trabalho das profissionais, tenha emergido com o propósito contrário a essa ideia de trabalho. Ou seja, as técnicas de enfermagem não aderiram aos propósitos da ESF, talvez por não conhecer os objetivos da estratégia governamental ou por não ter o entendimento do que realmente é a educação em saúde, ou ainda por ter recebido uma formação hospitalocêntrica e curativista que tem como foco o tratamento da patologia, não expandindo a visão para a saúde do indivíduo, o seu núcleo familiar e local de vivência e moradia. Isso pode ser explicado pela formação profissional ofertada, que ainda caminha a passos lentos em direção a uma ampliação do conceito de saúde, aos futuros profissionais que

irão atuar na Atenção Primária a Saúde. Essa ressignificação conceitual de saúde destaca a necessidade de se ter uma visão global do paciente que deve ser apresentada e praticada nos bancos escolares profissionais (SBOLLI; PRADO, 2022).

A lei nº 8080/90 que rege o nosso Sistema Único de Saúde em seu artigo 5º traz os objetivos do sistema e um deles é prestar “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”, ou seja, esse artigo demonstra a necessidade de se prestar um cuidado à saúde do paciente e não somente focar na sua doença. O artigo 7º da mesma lei vem trazer sobre a integralidade da assistência, que engloba várias ações no cuidado à saúde em enfoque tanto curativo quanto preventivo das doenças.

Após quinze dias nos encontramos para o nosso segundo círculo de cultura. De acordo com as temáticas levantadas no círculo anterior e a educação em saúde, levei materiais científicos e explanei na forma de cartazes. Embora elas tenham uma comunicação mais gessada e uma dificuldade em estabelecer o diálogo, falamos sobre a importância de se estabelecer uma relação dialógica para o sucesso da educação em saúde, que elas conotam de orientação sobre os cuidados de saúde.

Vários questionamentos foram levantados, pois elas não tinham a compreensão que essa orientação diária que fornecem aos pacientes é uma atividade de educação em saúde. Marcamos nosso último encontro para dez dias e solicitei que pensassem na nossa conversa, nas suas responsabilidades frente aos pacientes e também aos outros colegas de trabalho.

No dia marcado nos encontramos na sala de reuniões para nosso último encontro. Diferente do primeiro encontro, as técnicas de enfermagem estavam mais descontraídas, sorridentes e mais receptivas as atividades. Fizemos um lanche compartilhado e assim fomos dialogando. Várias inquietações, indiferenças e tristezas em relação ao serviço foram emergindo durante a conversa. Algumas foram sanadas, porém outras que envolvem colegas que não estavam presentes não foram possíveis de sanar, mas sim de refletir sobre a sua cooperação em relação ao conflito e não somente culpar o outro. Como nos círculos com os ACS, me comprometi de levar algumas questões conflitantes para as enfermeiras, que são as responsáveis pelas equipes, no intuito de resolver a problemática referente à comunicação interpessoal.

#### 4.4 Os Círculos de Cultura com as Enfermeiras

Devido à alta demanda administrativa de trabalho das enfermeiras, conseguimos fazer somente dois círculos de cultura. Elas foram muito receptivas e cooperativas, duas delas são mais falantes e a outra mais tímida, a qual não participou da pesquisa por não assinar o TCLE.

Reunimo-nos na sala da enfermagem para a realização do primeiro círculo de cultura. No primeiro círculo lancei as palavras educação e saúde, e vários foram os temas geradores. Devido ao conhecimento científico das mesmas, não se fez necessário apresentar demasiado material de apoio para que decorresse a realização das etapas do processo metodológico. E as falas sobre a temática foram:

*“Educação em saúde é algo inerente a nossa profissão e aqui na UBS a fazemos diariamente, embora o serviço burocrático tome muito tempo”. (Enfermeira 1)*

*“As campanhas de vacinas, as orientações durante o preventivo e a ação que realizamos na escola, é para mim educação em saúde”. (Enfermeira 2)*

*“Não temos muito tempo de fazer a educação em saúde porque a demanda administrativa consome muito tempo, mas sempre que vem um usuário aqui na nossa sala perguntar algo, aproveito e faço orientações sobre a saúde”. (Enfermeira 1)*

*“A educação em saúde é algo essencial e que ajuda muito nas metas que temos que alcançar, mas eu quase não consigo fazer por falta de tempo”. (Enfermeira 2)*

Embora as enfermeiras reconheçam a importância da educação em saúde, demonstrou encontrar dificuldade em praticar tal ação devido à rotina de trabalho que é voltada para uma demanda burocrática e menos assistencial, o que aumenta o distanciamento com a população, diferente dos agentes comunitários de saúde e dos técnicos de enfermagem.

Para Carvalho et al. (2021), o enfermeiro é peça fundamental no processo educativo, pois estrutura saberes para que os indivíduos consigam alcançar novos hábitos através da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ele é um facilitador no processo de entendimento da população sobre o estado de saúde-doença, melhorando a qualidade de vida da comunidade.

As instituições laborativas comumente são regidas por normas e regras que devem ser seguidas pelos trabalhadores a fim de se alcançar um desempenho (Freire e Nogueira, 1989). E na saúde, especificamente na saúde coletiva, isso não é diferente. As regras que levam a metas objetivam alcançar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, tendo o enfermeiro

como principal protagonista de tais ações. Isso pode explicar a motivação de tanto trabalho burocrático como descrito por tais profissionais. Todavia, o enfermeiro acaba se tornando o intelectual, perdendo sua essência no cuidado e a oportunidade de praticar a educação em saúde, delegando tais funções para os técnicos de enfermagem e ACS. Freire (1989) fala que esse “intelectual” apenas emite informações sem envolvimento, sem interação e politização com o outro, portanto acaba por não educar e por não aprender.

Paulo Freire fala da importância de se estabelecer um vínculo, uma amorosidade, um afeto com o outro para que o processo dialógico aconteça e como consequência, a educação. Essa relação só é fixada quando falar e ouvir se torna algo prazeroso que faz sentido e, essa experiência só ocorrerá quando ambos se expressarem em uma relação horizontal, visto que “não há ignorância absoluta, nem sabedoria absoluta” (FREIRE, 1967, p.104).

O profissional enfermeiro, talvez por necessidade ou por ingerência do tempo no serviço, acaba não estabelecendo uma integração com os indivíduos, apartando a relação de confiança com a comunidade. Se não há confiança, não há vínculo, tampouco educação. Podem justificar que conhecem a população atendida por estarem inseridos nela, por fazerem parte da comunidade como moradores. Para Freire (1967), não basta somente estarmos no mundo, mas sim com o mundo que nos revela a interação e integração nas relações do homem com o homem e, é esse processo que a humanização se cumpre, não havendo espaço para uma relação hierarquizada e assistencialista, mas sim, fomentar o homem a se auto-ajudar.

O círculo durou 1 hora e 15 minutos e combinamos de realizar o próximo encontro em dez dias, para que pudéssemos fazer um *feedback* das necessidades pontuadas pelas equipes de enfermagem e do ACS no intuito de melhorar o relacionamento entre os diversos profissionais das equipes e consequentemente a assistência prestada a comunidade.

Dez dias depois, como combinado nos encontramos na sala da enfermagem para realizar nosso último encontro. Ao iniciar o círculo, elaborei e apresentei uma síntese dos pontos de maior relevância debatidos no encontro anterior. O objetivo foi trazer uma reflexão das problematizações identificadas pelas enfermeiras. A partir do conhecimento das temáticas problematizadas, puderam gerar uma ação-reflexão-ação, identificando e alcançando à resolução das ações conflitantes para a equipe, comprometendo-se a melhorar o ambiente e fluxo de trabalho. Esse último item demonstrou um ponto de grande estresse para as enfermeiras, que relataram ter a grande parte de sua carga horária voltada para o administrativo, justificando a dificuldade em estabelecer uma assistência direta ao paciente.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017), estabelece uma revisão da organização da atenção básicas trazendo as funções de cada membro que compõe a equipe de Estratégia de

Saúde da Família. De acordo com essa política, o enfermeiro na unidade básica de saúde se detém ao planejamento, elaboração, implementação, gerenciamento, supervisão e avaliação de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O contato direto com a comunidade ocorre no exercício das consultas de enfermagem, nas visitas domiciliares que são realizadas quando há indicação de risco à saúde e no acolhimento durante a classificação de risco. Tais ações foram elencadas como realizadas pelas enfermeiras, porém de forma periódica e com tempo estipulado, não sendo momentos propícios para a criação de vínculo.

Após esse momento de desvelamento crítico e de entender o processo de trabalho, eu procedi a exposição dos temas geradores propostos pelas equipes dos agentes comunitários de saúde e pelas técnicas de enfermagem durante os círculos de cultura realizado com as mesmas. As enfermeiras esboçaram face de surpresa e expressaram tristeza:

*“Nossa estou surpresa e triste em saber que há essa distância entre os profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS)”. (Enfermeira 1)*

*“Porque elas nunca falaram nada com a gente, somos uma equipe, ou será que não?!” (risos). (Enfermeira 2)*

*“Nem sei o que dizer, estou surpresa em ver que não somos uma equipe, mas sim três equipes separadas”. (Enfermeira 1).*

A fala da equipe frente as atitudes das enfermeiras que são as gestoras das atividades laborativas, demonstrou uma relação verticalizada que se materializa na comunicação antidialógica, ou seja, expressa uma educação bancária, baseada na delegação de funções e na dinâmica hierárquica que acaba por gerar uma domesticação e desumanização no processo humano.

A partir do conhecimento da percepção que a equipe tem quanto as funções das enfermeiras bem como a relação interpessoal (in) existente, após uma reflexão sobre suas ações, reconheceram os pontos de atrito e chegaram ao momento do desvelamento crítico e mudança na sua práxis iniciando pela escuta ativa. Mudar é uma atitude complexa e que demanda tempo, porém reconhecer que a mudança é necessária, já é um grande caminho percorrido. Freire (1996) ressalta que escutar vai muito além da possibilidade auditiva do indivíduo. Escutar é ter a disponibilidade de se abrir a fala do outro não se anulando, mas tendo a capacidade de deixar o outro se abrir, expor suas ideias, necessidades, anseios, opiniões. Isso não significa que devemos concordar, ao contrário, podemos discordar e fazer

colocações, mas de forma democrática e não autoritária. O bom ouvinte escuta e argumenta quando necessário em um movimento de mútuo aprendizado.

Para Pepa in Silva (2023) o enfermeiro é um componente essencial na prática da saúde coletiva, sendo responsável pelo desenvolvimento de estratégias que irão atender as demandas de saúde da população, além de orientar e gerenciar as ações da equipe de saúde. Visto a importância do profissional enfermeiro na saúde coletiva, tanto para a comunidade atendida quanto para a equipe que desenvolve as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, é vital que ele desenvolva a priori a empatia e entrosamento com a sua equipe de saúde, realizando a escuta ativa e desenvolvendo a habilidade dialógica, para posteriormente estabelecer um vínculo com a comunidade. Empatia ajuda a construir confiança e comunicação eficaz, elementos vitais no ambiente de saúde. Além disso, pode diminuir o estresse e aumentar a satisfação tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, sendo dessa forma, todos beneficiados.

O papel do enfermeiro como educador da equipe de saúde é essencial, visto que ele compartilha conhecimentos sobre práticas seguras, protocolos clínicos atualizados e novas tecnologias, proporcionando a melhora na qualidade do atendimento auxiliando a equipe a se adaptar às mudanças no ambiente de saúde e a enfrentar novos desafios com confiança. Ao promover um ambiente de aprendizagem e incentivo, o enfermeiro educador pode fortalecer a coesão da equipe e elevar o nível geral de competência. Isso não só beneficia os pacientes, mas também contribui para um ambiente de trabalho mais colaborativo e eficiente.

Todavia para que a educação seja uma práxis efetiva, o enfermeiro deve ter (ou desenvolver) a habilidade do diálogo. “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (Freire, 1996, p.25). E foi a partir dessa fala posta por Freire que a reflexão em torno da prática educativa das enfermeiras emergiu. Após discussões e reflexões das suas ações enquanto protagonistas do processo educativo da equipe de saúde visualizaram a falha na relação dialógica que gera um adestramento e não a educação em saúde.

O desenvolvimento metodológico foi um momento rico, de aprendizagem, de poder visualizar algumas ações em saúde, mas agora com outro olhar de aprendizado. Um contemplar popular de empatia e não somente de cientificismo, de superioridade por ter um maior conhecimento escolar, mas sim de se sentir oportunizada em ensinar e aprender mutuamente, um aprendizado de vida, arraigado de crenças e valores que nenhum banco escolar nos ensina. Testemunhei alegrias, tristezas, frustrações, cansaço e mecanicismo dos profissionais da saúde e, em alguns momentos me figurei praticando o mesmo ato como

opressora de mim e do outro. E assim como os participantes da pesquisa, eu também passei pelo processo de ação – reflexão – ação da minha práxis profissional.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa, fundamentada na metodologia de Paulo Freire, revelou importantes percepções sobre a educação em saúde. As principais descobertas indicam que a abordagem dialógica e participativa proposta pelo autor promovem um aprendizado mais significativo e engajado entre os profissionais e a comunidade. A importância dessas descobertas reside na potencial transformação das práticas educacionais em saúde, o que torna possível a modificação do processo de saúde doença da população.

A partir da aplicação da metodologia freiriana foi possível alcançar todos os objetivos propostos pela pesquisa. O primeiro objetivo foi compreender as concepções de educação em saúde dos profissionais que compõem a equipe de Estratégia de Saúde da Família no local elencado para a pesquisa. Ao analisar as falas geradas pelos profissionais pesquisados durante os círculos de cultura, foi possível concluir que eles não possuem a compreensão do que significa educação em saúde, nem na teoria tampouco na prática assistencial. O que tais profissionais entendem por educação em saúde, é na verdade uma replicação de informações de forma homogeneia acerca da doença, agravamento ou condição de saúde em que a pessoa se encontra. Fornecem informações pontuais acerca de ações realizadas na unidade de saúde, tais como, vacinação, realização da coleta de material para exame preventivo de câncer de colo uterino, consultas de pré-natal, puericultura, palestra na recepção da unidade e orientações em uma escola municipal sobre higienização bucal. Todas essas atividades, que para eles são consideradas como educação em saúde, deveriam ser uma prática de educação em saúde, porém todos os profissionais (sem exceção) realizam a educação bancária, como é denominado por Paulo Freire. A similaridade da educação bancária com a educação ofertada pelos profissionais pesquisados está no depósito de informações, ou seja, independentemente do nível cultural, social, da escolaridade ou idade, as informações são repassadas de forma universal e igualitária. Quando as orientações são fornecidas no coletivo, como na escola ou na recepção da unidade, são feitas em forma de palestra, o que acaba sendo algo mecanizado e generalizado, não atendendo as especificidades de cada indivíduo o que acaba se perdendo por não ser algo significativo para a realidade daquela pessoa.

A saúde na escola, uma forma de educação em saúde, é uma atividade preconizada para ser realizada pela ESF, sendo uma meta, contudo, uma obrigatoriedade para equipe. E a forma mais acessível que os profissionais encontraram para alcançar tal meta, é produzir uma palestra. Esta forma de abordagem possui um roteiro organizado, a informação é replicada coletivamente para um número significativo de pessoas o que gera uma insuficiência

interativa com o público. As atividades realizadas dessa forma são vãs e o único objetivo alcançado é o cumprimento burocrático da meta, estando bem distante do real conceito da prática de educação em saúde.

As enfermeiras e técnicas de enfermagem, mesmo que tivessem se apropriado da temática educação em saúde, teriam obstáculo em praticá-la, visto que desconhecem a realidade dos indivíduos que residem na comunidade assistida. Tais profissionais não possuem o vínculo necessário para estabelecer o diálogo, a comunicação efetiva e a confiança com os pacientes, o que torna uma barreira para a educação em saúde. Se o profissional não conhece o outro, se não tem uma relação de empatia, não será possível estabelecer uma troca mútua de conhecimentos, mas sim um monólogo hierarquizado, estando o profissional no topo como detentor do saber e o paciente abaixo, como ouvinte operando as atividades que lhe foram demandadas.

Já as agentes comunitárias de saúde possuem esse vínculo, empatia e carinho com os pacientes, porém o conhecimento científico é incipiente e frágil. Assim, elas praticam a educação em saúde, porém de forma empírica. Foi possível observar que embora os pacientes reconheçam que as enfermeiras possuem o conhecimento científico, a confiança e o vínculo fazem diferença no acolhimento e compreensão das questões relativas ao processo saúde doença.

Tudo isso posto, foi possível verificar que os profissionais realizam um trabalho fragmentado e não em equipe, como deveria realmente ser. Trabalham para alcançar as metas governamentais estipuladas, realizando as atividades propostas para a população de forma burocratizada. Os técnicos de enfermagem e enfermeiros replicam o cuidado fragmentado aprendido na formação técnica e graduação. Já os agentes comunitários de saúde, talvez por não receberem tal formação científica visualizam o indivíduo como um todo, família e meio em que vive, e não com olhar biologista e individualista. É nessa simplicidade que o afeto e o respeito pelo indivíduo surgem. Esse respeito coloca paciente e profissional em uma forma horizontal, entendido por Freire como uma consideração ao contexto cultural do outro, ao mundo do outro (FREIRE, 1992).

Os incentivos para o trabalho na saúde coletiva, segundo relato dos próprios profissionais, são: o horário de trabalho, a baixa complexidade nos atendimentos, a melhor remuneração e a proximidade ao domicílio.

Referente aos pontos mais relevantes verificados no decorrer da pesquisa, elenco especialmente que: os profissionais da saúde coletiva não reconhecem o real significado e importância da educação em saúde e, por conseguinte não a praticam; a principal falha no

processo de relação entre os indivíduos (paciente – profissional; profissional – profissional) é a hierarquização que gera uma falha na comunicação; o vínculo quando estabelecido, se mostrou um aliado funcional nas orientações em saúde; quanto maior o grau de formação acadêmica, mais atribuições burocráticas o profissional possui, o que diminui o tempo de contato humano com a equipe e com os pacientes. Por fim, e não menos relevante, a metodologia freiriana se mostrou totalmente aderente a saúde coletiva, ousando-me dizer que, embora não tenha pesquisado, ela é aplicável a toda área da saúde. A metodologia freiriana traz a amorosidade, o vínculo, a troca de conhecimentos, algo que é (ou deveria) ser praticado pelos profissionais da saúde, especialmente os da saúde coletiva que estão em contato direto com a comunidade, com seus hábitos, modo de vida, estão inseridos no processo de saúde e não somente na doença do indivíduo.

Ao trazer o relato de que os profissionais da saúde coletiva não reconhecem o real significado e importância da educação em saúde o que leva a uma falha nessa prática, condiz quando Freire diz que ensinar não é explicar as massas, mas sim dialogar com elas sobre sua ação e repercussão. Lembrando que o diálogo é “este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto na relação eu-tu” (FREIRE, 1968, p. 93).

A principal barreira observada no processo interpessoal entre os indivíduos pesquisados (paciente – profissional; profissional – profissional) é a hierarquização que acaba gerando uma falha na comunicação, abortando a possibilidade de praticar a educação em saúde (destinada à população) e para a saúde (destinada aos profissionais). O verdadeiro diálogo é libertador por ser o caminho para uma relação horizontalizada entre educador e educando (profissional e paciente), visto que ambos possuem saberes e não há um único detentor (FREIRE, 1968).

O vínculo quando estabelecido, se mostrou como um aliado indispensável na educação em saúde. Essa conexão entre os indivíduos pesquisados se estabeleceu através da empatia, que não é necessariamente se colocar no lugar do outro, mas entender a sua realidade, não se pronunciando de maneira superior, mas igual. Isso não significa que temos saberes iguais, mas que se complementam.

O resultado obtido com a aplicação na saúde da metodologia de Paulo Freire foi de suma relevância no contexto da educação em saúde. Os princípios da metodologia são voltados para a educação e ainda embrionário na saúde, entretanto, quando aplicada na saúde coletiva mostrou-se totalmente aderente e satisfatório. Isso pode ser explicado pela contribuição das ideias freirianas extrapolarem as bases educativas formais e

institucionalizadas e basear-se no diálogo, compreensão da realidade, reflexão e ação, incorporando-se nas bases da saúde coletiva (ARJONA et al., 2024).

Os círculos de cultura permitem conhecer a si mesmo e o outro, gerando um movimento de entendimento das causas motivacionais para as ações que levam a dependência, o que possibilita a emancipação do que é tóxico. Para que fosse possível mediar os círculos de cultura, a inserção no cotidiano fez-se indispensável. Ingenuamente tive a premissa de que não seria necessário fazer a inserção no cotidiano, visto já ter experiência profissional em saúde coletiva. Fui a primeira a passar pelo processo metodológico e refletir acerca do meu processo de trabalho como profissional da saúde e educadora em saúde e para a saúde. Só tive a percepção de ser adestradora a partir do uso da metodologia freiriana. Da mesma maneira isso aconteceu com os profissionais pesquisados. Inicialmente como que uma defesa, a culpabilização sempre estava no outro. Com o transcorrer dos diálogos propostos nos círculos de cultura, os profissionais refletiam também sobre suas ações e não somente a do colega e, assim, nem sempre com docilidade, visto que mudar requer sair da zona que se pensa ser de conforto, a ação de mudança surgia. Esse processo de reflexão – ação – reflexão que ocorre durante a execução do processo metodológico, requer maturidade, que é alcançada durante o processo. Perceber o erro no outro é fácil, mas perceber no eu e aceitar, é algo que demanda diálogo e compreensão. Tal entendimento irá acarretar na liberdade de ambos, que por vezes podem não estar preparados para essa transformação. O medo da liberdade, de se ter uma visão e uma prática individual sem ter o outro como escore e responsável pelas suas ações, ou, no outro lado, sem ter quem adestrar, pode ser o impeditivo dessa modificação. Segundo Freire (1968, p.4) “os oprimidos, acomodados e adaptados, “imersos” na própria engrenagem de estrutura dominadora, temem a liberdade” e os opressores se encontram imersos na opressão como um mecanismo de absorção. Neste sentido, a realidade domesticadora acaba sendo viável e a libertação constitui-se um problema para ambos (FREIRE, 1968).

Várias foram as lutas para que a saúde da coletividade fosse um direito de todos os cidadãos e, atualmente o objetivo das ações em saúde coletiva são a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para que isso ocorra faz-se necessário o envolvimento e o esforço de governos, profissionais e da população. Ao citar esse contexto, me faz retomar a sintonia com as lutas pela educação no Brasil, que igualmente é excludente e adestradora. Esse é outro motivo pelo qual o pensamento e a pedagogia de Paulo Freire contribuem para a execução das ações de educação em saúde.

A aplicabilidade dos ensinamentos pedagógicos freiriano na saúde já foi demonstrada com ações relevantes na saúde pública como a inserção da participação popular nas políticas públicas em saúde e a criação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde para o Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Essa última é centrada no diálogo, na amorosidade e na integralidade no cuidado, objetivando a conscientização dos indivíduos sobre suas condições de saúde, promovendo a autonomia e emancipação nas questões relativas à saúde individual e da comunidade através da promoção de comportamentos saudáveis. Fomentou também o fortalecimento integrativo da rede de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade enfatizando a importância do diálogo entre os profissionais. Isso demonstra que a pedagogia de Paulo Freire não está somente inserida na área da saúde, mas sim, aderida e praticada, mesmo que muitos não tenham essa ciência.

O que falta é a difusão clara, que pode ser feita em forma de treinamentos sobre o uso prático da metodologia freiriana e não somente teorias em livros, apostilas e protocolos institucionais mandatórios. A forma de trabalho baseada na pedagogia de Paulo Freire não é uma receita de bolo, algo gessado, estático, diversamente ela é dinâmica e mutável. Seres humanos são modificáveis ao longo do tempo, assim a prática também deve ser revista, atualizada, refeita sempre que necessário. Enquanto isso não ficar claro para os detentores do poder, os opressores e oprimidos nunca deixaram de assim o ser em suas posições, que nem sempre é confortável, mas não sabem como ver o horizonte e assim permanecem fadados aos destinos como se fosse algo naturalizado e indissociável.

Várias são as metodologias existentes para que seja possível realizar um estudo científico, porém a metodologia de Paulo Freire oportunizou além da contabilização de dados, ela demonstrou o problema, proporcionou a reflexão e o ponto mais importante e fascinante da metodologia: promoveu a mudança da práxis de várias pessoas, incluindo a minha. Ela possibilita a descoberta individual e coletiva do que causa o desconforto que leva a atribulações na prática profissional e, como isso é uma vivência e não algo posto, a reflexão emerge e a vontade de mudança ocorre naturalmente. Não é puramente mostrar os erros, mas sim fazer com que os indivíduos os vejam e se reconheçam como parte integrante desse processo, fortalecendo a vontade transmutação.

Ao pensar uma forma diferenciada de educação, Paulo Freire deixou um tesouro que se estende para todas as áreas, visto que o amor, a compreensão do outro, o diálogo, a aprendizagem mútua, a horizontalidade humana deve ser aplicada não somente nas disciplinas e profissões, mas em todas as relações humanas. A liberdade nas suas várias faces, não deveria ser privilégio de alguns e sim algo inerente a todos.

No momento em que me coloquei a refletir acerca da pesquisa, desejei algo que fosse além de uma escrita, mas que promovesse uma mudança e unisse as duas grandes áreas, a educação e a saúde. Fui apresentada a possibilidade de visualizar Paulo Freire com um olhar voltado para saúde. Inicialmente em minha pequenez, não visualizava algo que fizesse sentido, todavia decorrendo o estudo e a pesquisa, pude constatar que seus ensinamentos não somente têm aderência ao campo da saúde como faz parte da sua essência. Para que seja possível prestar um cuidado humanizado, afetuoso e holístico em sua integralidade, seguir os ensinamentos freirianos é basilar para o profissional da saúde coletiva. Ele deve estudar e compreender que ensinar não é uma ação fácil e simples, visto que exige respeito aos saberes que os pacientes carregam, curiosidade inquietante, pesquisa, ética e mudança para aceitar o novo (FREIRE, 1996). Tomemos consciência de que mudar não é uma tarefa fácil, motivo que explica a complexidade do educar.

Os maiores desafios encontrados durante o decorrer da pesquisa, inicialmente foi pensar a ligação de Paulo Freire com a saúde, visto que para tal área o referido autor não é um referencial cogitado. Essa foi a primeira limitação deparada, conhecer e me apropriar de um autor que até então, era um personagem concentrado no território da pedagogia, da educação escolar, da linguagem, enfim, não era um estudioso que fazia parte da saúde. Então o primeiro passo foi estudar Paulo Freire e seu legado, entendendo a educação e a pedagogia proposta pelo autor. Posteriormente, pesquisei a educação voltada para a saúde e pude discernir a base conceitual de educação em saúde. Assim, depois de um árduo caminho, foi possível olhar, entender e descobrir a relevância da educação em saúde na vida de toda a população. Como eu, os profissionais pesquisados também possuíam uma limitação no entendimento conceitual e prático da educação em saúde. Após a aplicação metodológica freiriana, eles (e eu) superaram esse desafio mudando sua práxis. Todavia, a grande massa dos profissionais da saúde ainda continua na inércia, replicando informações sem sentido para a população que atendem. Entretanto, não se pode culpabilizar somente os profissionais por praticarem tal ação, visto ser essa a formação técnico-científica que recebem, e, como já dito, faz-se necessário uma reflexão e uma mudança na grade curricular dos cursos da saúde.

Não raramente percebemos os mesmos pacientes à procura de atendimento na unidade básica de saúde, sendo culpabilizados pelos profissionais por adoecer e procurar o serviço de saúde repetidamente. Retomamos, com essa situação, a abordagem freiriana de reflexão e ação como caminho para transformar a realidade, considerando que esses pacientes se encontram aprisionados pela dependência dos cuidados em saúde. Todavia, essa libertação não depende tão somente da vontade do paciente, mas sim e principalmente, do profissional,

aqui opressor e detentor do poder. A emancipação não é algo fácil de se alcançar, é um processo coletivo de conhecimento, reflexão e ação para que a prática aprisionadora seja rompida. E aqui retoma à sugestão da ampliação (ou adequação) dos currículos de formação profissional, acreditando que uma verdadeira transformação na educação em saúde exige a reorientação das grades curriculares, a valorização da atenção básica como campo privilegiado de aprendizagem, a interdisciplinaridade e a inserção dos estudantes em comunidades reais, onde possam compreender as múltiplas dimensões do processo saúde-doença. Só assim será possível formar profissionais comprometidos não apenas com a cura, mas com a vida em todas as suas expressões.

Todavia, aos que já passaram pelo processo de formação acadêmica não será impossibilitado de conhecer, explorar e aplicar a metodologia de Paulo Freire no seu dia a dia. Nesse caso, é necessária uma formação *in loco* e presencial das equipes que trabalham na saúde coletiva. Sendo possível um grupo pequeno fazer essa formação e posteriormente a replicação, haja vista a complexidade de parar o atendimento à população para um treinamento em massa.

Sugiro que sejam realizadas novas pesquisas na área da educação em saúde inspiradas na pedagogia de Paulo Freire, explorando o diálogo, a conscientização e a participação ativa, tão centrais na pedagogia freireana. Além disso, seria interessante investigar estratégias que envolvam a comunidade de forma colaborativa, incentivando o protagonismo dos indivíduos na gestão de sua saúde, sempre alinhando as ações às realidades e necessidades locais. Assim, as pesquisas podem contribuir para desenvolver práticas educativas mais humanas, críticas e efetivas na promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALONSO, Carolina Maria do Carmo; BÉGUIN, Pascal Daniel; PUEYO, Valérie; DUARTE, Francisco José de Castro Moura. Agente comunitário de saúde: um mundo profissional em busca de consolidação. *Physis*, v. 31, n. 1, p.1-21, 2021.
- ARJONA, Felipe Bagatoli Silveira; MENESES, Michele Neves; CÁRCAMO, Maria Inês Corrêa; ROCHA, Cristianne Maria Famer; DIAS, Alexandre Pessoa; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; CARNEIRO, Fernando Ferreira. A contribuição do pensamento de Paulo Freire para a vigilância popular em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 6, p.1-10, 2024.
- BARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias Moraes de; BARROS, Thayane Moraes Rêgo Pinto de. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 84966-84985, 2020.
- BARONI, Juliane Gonçallo; SILVA, Carla Cilene Baptista da. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 3, p. 103-115, nov. 2022.
- BORGES, Daniely Casagrande; SOLKA, Anna Caroline; ARGOU, Vanessa Klimkowski; AURES, Greyce Freitas de; CUNHA, Andreia Ferlini da. Círculo de cultura como estratégia de promoção da saúde: encontros entre educação popular e interdisciplinaridade. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 6, p. 228-238, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Agência IBGE. **Notícias. Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos**. Estatísticas Sociais. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 20 maio 2024.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Legislação Informatizada – Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879**. 1879. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em: 20 maio 2025.
- BRASIL. Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. *Coleção de Leis do Brasil*, 1949, p. 381, v. 2 (publicação original). DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. *Seção 1*, 25 jan. 1949, p. 1169 (publicação original).
- BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm). Acesso em 23 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Educação é a Base. 2017. Disponível em: <https://basenacionalcomum.mec.gov.br/>. Acesso em 23 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Mapa do analfabetismo no Brasil**. Brasília, 2002.

Disponível em:

[https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas\\_e\\_indicadores/mapa\\_do\\_a\\_nalfabetismo\\_do\\_brasil.pdf](https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/mapa_do_a_nalfabetismo_do_brasil.pdf). Acesso em: 20 junho 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Parâmetros Curriculares Nacionais. *Saúde*. Livro 092.

Brasília, 1997. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/introducao.pdf>.

Acesso em: 20 junho 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Saiba quais são as 54 escolas que receberão o modelo cívico-militar do MEC**. Reunião de comparecimento à Comissão de Educação da Câmara dos Deputados. 11 dez. 2019. Disponível em:

<https://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/211-218175739/85831-saiba-quais-sao-as-54-escolas-que-receberao-o-modelo-civico-militar-do-mec>. Acesso em: 20 junho 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Sobre a CAPES**. 2020. Disponível em:

<https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/sobre-a-cap>.

Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Os 100 anos da previdência social**. Brasília:

2023. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/publicacoes/livro-os-100-anos-da-previdencia-social>. Acesso em: 12 jul. 2024.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2012. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Documento para discussão. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde**. Volume 1. Autocuidado na Doença Falciforme. Brasília: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília: 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde – CNEPS. Brasília: 2012.

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: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. **A educação continuada de enfermeiros do SUS**. Brasília: Centro de Documentação, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000. p. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS — Doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde**. Brasília, 1997. 128 p.

BRASIL. UNICEF. **As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil**. Estudo completo. Brasília, 2023.

BRASIL. UNICEF. **Declaração mundial sobre educação para todos (Conferência de Jomtien – 1990)**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil>. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. UNICEF. **Os indicadores da pobreza multidimensional**. 2019-2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/os-indicadores-da-pobreza-multidimensional>. Acesso em: 15 maio 2024.

BRASIL. UNICEF. **Pobreza multidimensional na infância diminui, mas analfabetismo aumenta no Brasil, alerta Unicef**. Estudo apresenta os números mais recentes sobre as múltiplas dimensões da pobreza que impactam crianças e adolescentes no país. Brasília, 2023.

BRITO, Mychelangel Assis de et al. Estrategias de comunicación efectivas entre profesionales de lasaluden neonatologia. *Revista eletrônica trimestral de Enfermería*, nº67, v. 1, p. 1-10, 2022.

CARVALHO, Beatriz Santana et al. Tecnologia educacional: A enfermagem e os jogos educativos na educação em saúde. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, p. 1-9, 2021.

CARVALHO, Katrine Nascimento de; ZANIN, Luciane; FLÓRIO, Flávia Martão. Percepção de escolares e enfermeiros quanto às práticas educativas do programa saúde na escola. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 23-25, 2020.

CASTRO, Juliana Viana Rodrigues de et al. A comunicação efetiva no alcance de práticas seguras: concepções e práticas da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v.12, n. 1, p.1-10, 2023.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. O legado de Paulo Freire e as perspectivas para a saúde coletiva. *Ciência e saúde coletiva*, v. 29, n. 6, p.1, 2024.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação. Movimentos Sociais na Construção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis*, v. 28, n. e230550, p.1-10, 2024.

DARSIE, Camilo et al. Práticas de educação em saúde sobre HIV para populações vulneráveis no Brasil: revisão integrativa. *Saúde e pesquisa*. v.17, n.1, p. 1-12, 2024.

DARSIE, Camilo; WEBER, Douglas Luís. **Geografia da saúde e educação básica: um panorama** in: Geografias que fazemos: educação geográfica em diferentes contextos, v.02, coleção percursos da educação geográfica. Editora: CRV, Curitiba, 2021.

DURKHEIM, Émile. **Educação e sociologia**. Ed. 70. Lisboa, Portugal, 2007.

FALKENBERG, Miriam Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque Holanda de. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 8. ed. rev. e atual. Curitiba: Editora Positivo, p. 271, nov. 2018.

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler em três artigos que se contemplam**. 21.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 1967.

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

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. 4. ed. São Paulo: Vozes, 1989.

IANNI, Aurea Maria Zollner. O conceito de saúde para além da doença: o pensamento sanitário brasileiro e os desafios contemporâneos. **Revista do Centro de Pesquisa e Formação**, v. 1, n. 10, p.1-15, 2020.

IBGE. Agência IBGE notícias. Estatísticas sociais. **Seis em cada dez estudantes haviam experimentado bebida alcoólica na pré-pandemia**. 2022. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31580-seis-em-cada-dez-estudantes-haviam-experimentado-bebida-alcoolica-na-pre-pandemia#:~:text=Mais%20de%20um%20ter%C3%A7o%20dos,mercado%20\(26%2C8%25\)](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31580-seis-em-cada-dez-estudantes-haviam-experimentado-bebida-alcoolica-na-pre-pandemia#:~:text=Mais%20de%20um%20ter%C3%A7o%20dos,mercado%20(26%2C8%25)). Acesso em: 25 jun. 2025.

JÚNIOR, Aristóteles Homero dos Santos Cardona; ANDRADE, Cleusa Wanderley de Queiroz; CALDAS, Luciana Nogueira Mendes. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via whatsapp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 137-141, jun. 2020.

KIRST, Carina; DARSIE, Camilo. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Asklepion: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 91-112, out. 2021/mar. 2022.

LIBÂNEO, J. C. **As teorias pedagógicas modernas ressignificadas pelo debate contemporâneo na educação**. Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade. São Paulo: Alínea, 2005. cap. 1.

LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e Pedagogos, para quê?** São Paulo: Cortez, 2005. p. 31.

LIBÂNEO, José Carlos. O dualismo perverso da escola pública brasileira: escola do conhecimento para os ricos, escola do acolhimento social para os pobres. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 13-28, 2012.

LIMA, Nisia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de (orgs.). **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MENEZES, Maria José. O papel do agente comunitário de saúde: percepção de gestores municipais de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 8, p. 1-12, 2021.

MOSER, Lilian Maria; PACHECO, Hualan Patrício; ERNESTO, Eduardo Servo. Correlações entre pesquisa-ação e *práxis* pedagógica freireana: Uma educação dialógica a partir do contexto cultural. **Revista Estudos Aplicados em Educação**. São Caetano do Sul, SP. v.6, n.11, p. 123-136. 2021.

NASCIMENTO, Annelise Rodrigues do et al. A comunicação no processo de trabalho e seus desafios: relato de experiência em uma unidade de saúde básica na cidade de Manaus. **Revista Extensão**, v.9, n.2, p. 1-15, 2025.

NASCIMENTO, Evandro Cardoso do; DENARDIN, Valdir Frigo; QUADROS, Diomar Augusto de. Pesquisa-ação, pesquisa participante e investigação-ação participativa: semelhanças e diferenças. **Acta Scientiarum. Humanand Sciences**, v.46, n. e71874, p. 1-15, 2024.

OPS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Educação continuada: guia para a organização de programas de educação continuada para profissionais da saúde.** Washington, 1978.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar Almeida de (orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática.** 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

PARO, César Augusto; VENTURA, Miriam; SILVA, Neide EmyKurokawa. Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n.1, p. 1-22, 2020.

PAVINATI, Gabriel et al. Tecnologias educacionais para o desenvolvimento de educação na saúde: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 26, n. 3, p. 328-349, 2022.

PELENDRÉ, N. L. **Entrevista com Paulo Freire.** *EJA em Debate*, Florianópolis, ano 3, n. 4, jul. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/EJA>. Acesso em: 11 set. 2023.

PRALON, Johnatan Antonioli; GARCIA, Daniella Caldas; IGLESIAS, Alexandra. Educação permanente em saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, p. 1-12, 2021.

RABELO, Evile Cristina Silva; FRANCO, Anderson Carvalho Levi; VALERIO, Fabricio Ricardo; et. al. Construindo conhecimento para uma comunidade saudável: o impacto transformador da educação em saúde. **Ciências da saúde, interdisciplinar**, v.28, n.134, p. 1-12, 2024.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Neoliberalismo e saúde. Dicionário da educação profissional em saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: 2009.

ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão; RIBEIRO, Helena. **Saúde pública: bases conceituais.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

ROMANELLI, Otaíza de Oliveira. **História da educação no Brasil (1930/1973).** 40. ed. Petrópolis: Editora Vozes, maio 2022.

SANTOS, Iranilde Ferreira dos; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020.

SBOLLI, Kristian; PRADO, Maria Rosa Machado. Encontros entre a formação acadêmica e a prática profissional na Atenção Primária à Saúde. **Espaço para a Saúde**, v. 23, n.e859, p. 1-15, 2022.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Revista Physis*, v, 17, n.1, p. 1-15, 2007.

SILVA, Jessica Mayara Almeida et al. Dificuldades experienciadas pelos agentes comunitários de saúde na realização da educação em saúde. *Enfermagem Foco*, v. 10, n. 3, p. 82-87, 2019.

SILVA, Marileide Nascimento do; FLAUZINO, Regina Fernandes; GONDIM, Grácia Maria Miranda de (orgs.). **Rede de frio: fundamentos para a compreensão do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

SILVA, Rodrigo Alexander Magalhães de et al. Evolução da educação no Brasil: a relação da tríade educação, currículo e tecnologias digitais numa perspectiva histórica desde a Idade Medieval aos dias atuais. *Revista Ilustração*, v. 4, n. 6, p. 1-15, 2023.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde pública ou saúde coletiva? **Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 4, p. 07-21. 2014.

TOLEDO, Caio Navarro de. **50 anos de fundação do ISEB**. Jornal da Unicamp, edição 296, 8 a 14 de agosto de 2005.

UNE – UNIÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES. **Histórico da UNE**. Atualizado em 10 junho 2024. Disponível em: <https://www.une.org.br/a-une/sobre/>. Acesso em: 26 jul. 2024.

UNESCO. **A UNESCO e a educação: nossa missão**. Ed. 2002/WS/38. 12 p., illus. Programme and Meeting Document. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000128951\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000128951_por). Acesso em: 07 jun. 2024.

UNICEF. **Pobreza multidimensional na infância diminui, mas analfabetismo aumenta no Brasil, alerta UNICEF**. Brasília, 2023.

VIEIRA, Isabel Cristina Bohn; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha SchulerBuss. Educação em saúde: ponderações de um itinerário freiriano. *Revista Hygeia*, v. 1, n. 1, p.1-22, 2022.

WERLANG, Vendruscollo Guilherme et al. **Estratégias biopolíticas do hoje e a produção de sujeitos: interfaces entre tecnologias na educação e na saúde**. In: *Redes sociais e biopolítica: acessibilidade para a educação de surdos*. São Paulo: Pimenta Cultural, 2023. cap. 34.

WINSLOW, C. E. A. **The Untilled Field of Public Health**. *Science*, v. 51, n. 1306, 1920. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/51/1306/23>. Acesso em: 28 out. 2023.