

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

ALANE ANDRÉIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

**REFLETINDO SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DE
PAULO FREIRE**

MOSSORÓ
2019

ALANE ANDRÉIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

**REFLETINDO SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DE
PAULO FREIRE**

Monografia apresentada à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN – como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kelianny Pinheiro Bezerra.

MOSSORÓ

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo da Publicação na Fonte. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

O48r Oliveira, Alane Andreia Cavalcante de
REFLETINDO SOBRE AS PRÁTICAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DE PAULO FREIRE.. /
Alane Andreia Cavalcante de Oliveira. - Mossoró, 2019.
73p.

Orientador(a): Profa. Dra. Kelianny Pinheiro Bezerra.
Monografia (Graduação em Enfermagem).
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem. 2. Educação em Saúde. 3. Promoção da Saúde. 4. Atenção Básica. I. Bezerra, Kelianny Pinheiro. II. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. III. Título.

ALANE ANDRÉIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

REFLETINDO SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DE
PAULO FREIRE

Monografia apresentada à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN - como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Kelianny Pinheiro Bezerra
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

Enf.^a Me. Lorrainy da Cruz Solano
Secretaria Municipal da Saúde de Mossoró

Enf.^a Esp. Tatiane Aparecida Queiroz
Faculdade Nova Esperança

À Arnaldo e Aucilene, pessoas que idealizaram junto comigo este sonho.

AGRADECIMENTOS

Durante o percurso da graduação, pude ver o quanto evoluí, e estar aqui hoje é a consolidação de um sonho coletivo. E eu sei que este é apenas o primeiro capítulo de um grande livro. Penso nos dias em que precisei buscar força nas pessoas amáveis que tenho a meu redor, e é graças a cada uma delas, que pude enxergar um futuro possível.

Agradeço aos meus pais (Arnaldo e Aucilene), por terem feito com que este sonho fosse possível, sempre me apoiando e confiando na minha capacidade, vocês são pessoas humildes e incríveis, sem vocês eu sou apenas metade. Agradeço as minhas irmãs por todo apoio, e em especial a minha irmã Alene, que durante todo este percurso esteve junto à mim.

Gratidão à toda minha família, seja a de laço sanguíneo ou seja a de vínculo cordial, infelizmente perdi muitas pessoas durante esses anos, mas sei que mesmo em outro plano, ainda olham e oram por mim.

Agradeço também a meu Amor, pessoa com quem pude compartilhar as tristezas e alegrias durante esse percurso, obrigada por compreender as minhas ausências e por sempre acreditar que tudo ficará bem.

Agradeço a Kelianny Pinheiro, por cada orientação, por toda paciência, por me fazer acreditar que tudo daria certo, você foi fundamental nesse processo, e mais que orientar, você me inspira a ser uma mulher que luta. Te desejo mais sucesso, e que continue sendo esse ser humano com um coração bom.

Gratidão à Tatiane Queiroz e Lorrainy Solano que compuseram a banca examinadora desse trabalho e contribuíram de forma significativa nesse processo. Vocês são mulheres incríveis. Nunca deixem que digam o contrário.

Serei eternamente grata a todos e a cada um de vocês, que mudaram minha vida e me ensinaram a ser um ser humano muito melhor.

*“Que nada nos limite, que nada nos defina,
que nada nos sujeite. Que a liberdade seja
nossa própria substância, já que viver é ser
livre” (Simone de Beauvoir).*

RESUMO

A promoção da saúde é o modelo de atenção que visa intervir nos fatores que influenciam no processo de adoecimento da população, buscando orientá-la e promover sua emancipação, de modo que ela se comprometa com a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Este estudo objetivou estimular a reflexão dos profissionais da atenção básica acerca das ações de promoção da saúde no seu processo de trabalho. Estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação, orientado pela metodologia educativa de Paulo Freire. A pesquisa-ação direcionou-se pela identificação do problema, elaboração e execução de um plano de ação e reflexão acerca dos resultados. Participaram do estudo 11 (onze) profissionais da Estratégia de Saúde da Família atuantes em uma Unidade Básica de Saúde do município de Mossoró-RN, campo de estágio da pesquisadora. Incluiu-se os sujeitos em exercício pleno de suas funções e atuantes no serviço por um período superior a três meses. Excluiu-se do estudo profissionais afastados por férias, licença maternidade ou atestado médico por período igual ou superior a 15 dias no período de execução da coleta de dados. A pesquisa respeitou os preceitos éticos e legais, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sob o Protocolo nº 1.943.235 e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e esclarecido pelos participantes. Os dados foram coletados de maio a julho de 2019 mediante entrevista semi-estruturada e observação participante. As entrevistas foram gravadas em aparelho celular modelo LG K4 2017 e para registro do pesquisador durante a observação participante, utilizou-se o diário de campo. Realizou-se três encontros com os profissionais que propiciaram a problematização e reflexão a respeito do conceito de saúde e da atenção básica, bem como, a reflexão sobre o modo de desenvolver a promoção da saúde. Como resultado, os participantes compreenderam que as ações de promoção da saúde se constituem enquanto práticas inerentes à atenção primária, possibilitando, dessa forma, o estímulo dos profissionais a sua reformulação e fortalecimento. Por tratar de uma realidade local, ratifica-se a necessidade de ampliação deste estudo, visto que se reconhece a sua relevância para a produção de saberes sobre promoção da saúde no contexto da Atenção Básica.

Palavras chave: Educação em saúde, promoção da saúde, atenção primária, enfermagem.

ABSTRACT

The health promotion model of care seeks to intervene on the factors that have an impact on the process of the disease in the population, aiming to educate them and to promote their emancipation, in order that it is committed to the promotion of good health and improved quality of life. This study is designed to stimulate the thinking of professionals in the basic attention on the promotion of health in the process. A qualitative study of the types of action research, guided by the educational methodology of Paulo Freire. The research-action, focused through the identification of the problem, the development and implementation of an action plan and a discussion of the results. The study included eleven (11) professionals in the Family Health Strategy working in a primary Healthcare Unit in the municipality of Mossoró-RN, the stage of the researcher. These included the subjects in the full exercise of his functions, and acting in service for a period of up to three months. Excluded from the survey of professional away on vacation, maternity leave or a medical certificate for a period that is equal to or more than 15 days during the period from the execution of the data collection. The survey was in line with the precepts of ethical, legal, and, upon the approval by the Research Ethics Committee of the University of the State of Rio Grande do Norte, under Protocol no. 1.943.235 and signing the Terms of Free and informed Consent by the participants. The data were collected from May to July 2019, by means of semi-structured interviews and participant observation. The interviews were recorded on the mobile device, model LG-K 4 in 2017 and for the registration of the researcher during the participant observation, were used in the journal. It held three meetings with the industry, which have led to the questioning and reflection in regard to the concept of health and primary care, as well as a reflection on how to further develop the promotion of good health. As a result, the participants understand that the actions of health promotion are practices that are inherent to the primary health care, enabling, in this way, with the encouragement of professionals in the redesign, and strength. For the case of a local way of life, demonstrate the need for the extension of this study, as it recognizes their relevance to the production of knowledge about health promotion in the context of primary care.

Key words: health Education, health promotion, primary health care, and nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Detalhamento das fases da pesquisa	17
Quadro 2 - Características dos estudos analisados	18
Quadro 3 - Concepção dos profissionais sobre o conceito de saúde, a definição da atenção primária e seu respectivo papel e a compreensão sobre promoção da saúde	29
Quadro 4 - Como a promoção da saúde se insere no trabalho dos profissionais entrevistados e de sua equipe de trabalho	31
Quadro 5 - Concepção dos profissionais sobre o conceito de saúde e a definição da atenção primária e seu respectivo papel	37
Quadro 6 - A compreensão dos profissionais acerca da promoção da saúde	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PROMOÇÃO DA SAÚDE: REAVENDO CONCEITOS	18
3 ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	23
3.1 Resultados	30
4 A METODOLOGIA EDUCATIVA DE PAULO FREIRE E A SAÚDE	34
5 PERCURSO METODOLÓGICO	37
5.1 Tipo de Pesquisa	37
5.2 Lócus da pesquisa	37
5.3 População e amostra	38
5.4 Coleta de dados	39
5.5 Aspectos éticos	40
6 RESULTADOS	41
6.1 Percepção da realidade e definição de um problema	41
6.2 Elaborando o plano de ação	45
6.3 Execução do plano de ação	46
6.3.1 Primeira ação.....	46
6.3.2 Segunda ação.....	47
6.3.3 Terceira ação.....	48
6.4 Avaliação do processo	49
7 DISCUSSÃO	53
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	65

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Brasil como Atenção Básica à Saúde (ABS) durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), se constitui por um conjunto de práticas integrais de saúde, realizada com equipe multiprofissional, direcionada a população em território delimitado, responsabilizando-se sanitariamente por aquele território. Configura-se, portanto, como a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), por estar localizado mais próximo à comunidade (PORTELA, 2017; BRASIL, 2017). Um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de RAS e de APS foi o Relatório Dawson, produzido pelo Ministério de Saúde do Reino Unido no ano de 1920, que priorizava um serviço com acesso a toda população, ofertando cuidados preventivos e curativos, e que ocorresse de modo a atender às necessidades da população de forma eficiente (OLIVEIRA, 2016).

Outro marco de grande relevância para a APS deu-se durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, em 1978, onde a APS foi definida como instrumento de execução de um sistema de saúde que esteja voltado ao desenvolvimento social (NUNES; *et al*, 2018). A Organização Mundial da Saúde – OMS definiu que,

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 3).

A Declaração de Alma-Ata ratifica a incumbência dos líderes mundiais para com a saúde de seus povos através da adoção de medidas sanitárias e sociais, reforçando que a saúde é um direito essencial do ser humanos bem como uma das metas sociais, além de dar ênfase as ações de cuidados de saúde, sendo algumas destas: ações educativas, tratamento das doenças mais comuns, medicamentos essenciais, nutrição e saneamento básico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A Declaração propõe a ideia da universalidade na realidade de um sistema de saúde,

com articulações intersetoriais, fortalecimento da alimentação saudável e da nutrição, como também a participação popular e as ações de educação em saúde (FACHINNI, 2018).

No Brasil, no final dos anos 70, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), substituindo assim o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o INAMPS, acabou por fortalecer o vínculo entre o Estado e os segmentos privados, focando a assistência curativa ao âmbito privado e individual direcionada aos contribuintes, enquanto o Ministério da Saúde ocupava o papel secundário, sendo responsável pelas práticas sanitárias e preventivas (MAEYAMA; DOLNY; KNOLL, 2018). Neste sentido, as ações realizadas eram de cunho médico-assistencial-privatista, focadas apenas no corpo biológico, na cura de doenças pontuais, de queixas e sintomas, sem levar em consideração o indivíduo como um ser histórico-social, não respondendo, de tal modo, os problemas de saúde apresentados pela população, o que viria a culminar no seu declínio.

Em 1980, a Fundação Rockefeller patrocinou uma reunião na Itália, contando com a presença do Banco Mundial, da Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da Fundação Ford e do Centro de Pesquisas e Desenvolvimento Internacional do Canadá, onde foi proposta e conceituada a Atenção Primária à Saúde Seletiva (APSS) (SUMAR; FAUSTO, 2014). A atenção primária seletiva dava ênfase as ações tecnicistas, com baixo custo, com uma assistência voltada para a prevenção, seguindo a perspectiva de que a doença era um fenômeno apenas biológico e natural, sendo o serviço de saúde o principal ator na luta contra as doenças, ignorando o potencial do indivíduo e da comunidade sobre o autocuidado (CUETO, 2018).

Dado o fim do regime militar no Brasil, e mediante a crise que instaurou-se na saúde, o movimento sanitário, principal responsável pela reforma sanitária e criação do SUS, consegue em 1982, a institucionalização do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), visando o processo de universalização da assistência à saúde, sendo o primeiro passo para a elaboração da APS no Brasil (MAEYAMA; DOLNY; KNOLL, 2018). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, vem reforçar esse discurso de mudança e de garantia da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

A Reforma Sanitária brasileira introduziu a noção de saúde como direito social, ou seja, reconheceu a saúde como um direito fundamental de cidadania e a responsabilidade do Estado em provê-la mediante

políticas sociais e econômicas (KASHIWAKURA; GONÇALVES; SILVA, 2016, p.50).

“O Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi uma das estratégias criadas pelo governo federal com o objetivo de proporcionar a reorientação do modelo assistencial em saúde” (FERRO; *et al*, 2014, p.130). Essa estratégia pode ser considerada como uma alternativa às adotadas anteriormente, tendo o seu foco em reorganizar a ESF, baseando-se, de acordo com Brasil (2010), em outras experiências já vividas em alguns lugares do Brasil, surgindo na intenção de substituir os modelos tradicionais já existentes.

Conforme postulado por Brasil (2000), era necessário estabelecer uma interação diferente entre os profissionais de saúde e a comunidade, que fomenta o desenvolvimento de ações humanizadas, que deem conta das necessidades existentes, que se articulem intersetorialmente e que condigam com a realidade social dos usuários e comunidade.

No Brasil, optou-se pela adoção da expressão Atenção Básica, abandonando o conceito de atenção primária seletiva, por reconhecer que por ser uma atenção “seletiva” cuja a presunção é preventista, portanto, a mesma não daria conta de atuar diante de todas as necessidade de saúde da população, sem levar em consideração os determinantes sociais como gênese da doença (KASHIWAKURA; GONÇALVES; SILVA, 2016). Entretanto, em 2017, a nova portaria nº 2.436/2017, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em seu Artigo 1º, parágrafo único, explana que, “considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (BRASIL, 2017).

As intervenções envolvidas pela atenção básica, que devem ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional, tendo como público alvo a população do território definido, são: o conjunto de ações individuais, familiares e coletivas que englobam a promoção da saúde, a prevenção de doenças, proteção, diagnóstico, tratamento, redução de danos, reabilitação, vigilância em saúde, territorialização e responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A PNAB, explana a saúde da família como modelo preferível para reorganização da atenção básica no SUS (MACINKO; MENDONÇA, 2018). A ESF, tem como prioridade as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação da saúde, tendo o indivíduo, sua família e a comunidade em que está

inserido, como centro da assistência, sendo a principal ferramenta de consolidação e qualificação da Atenção Básica (FERRO, *et al*, 2014; BRASIL, 2017). Desse modo, a ESF permite maior aproximação e conhecimento sobre a realidade dos usuários e da comunidade, podendo atuar não somente no tratamento de doenças, mas na orientação sobre o autocuidado e promover ações diante dos determinantes do processo saúde/doença da população.

O conceito de promoção da saúde será melhor detalhado no segundo capítulo, mas de forma geral, a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para assim promover a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos.

Assim, a promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2017, p.8).

O maior entrave na efetividade das ações de promoção da saúde se relaciona diretamente ao fato de que na APS o foco das ações são direcionadas a projetos e programas afim de identificar, como aludido pelas autoras Mendes, Pezzato e Sarcado (2016, p. 1738) “os efeitos nocivos de determinados comportamentos e hábitos e, assim, atuar e normatizar os estilos de vida”. As autoras defendem a construções de ações, projetos ou programas que estimulem o fortalecimento dos indivíduos e da comunidade para que possam ser ativos no processo de melhoria da qualidade de vida (Mendes, Pezzato, Sarcado, 2016). Para tanto é necessário refletir sobre o trabalho realizado de forma coletiva.

Para qualificar as práticas da atenção básica, torna-se necessário o fortalecimento da relação e do diálogo entre os profissionais, pautado no respeito e confiança, e na reunião destes, (LOPES, *et al*, 2017). O encontro nesse sentido pode levar a troca e favorecer a potência de ações. É necessário reconhecer que no espaço da promoção da saúde existe a união entre os sujeitos, caminhando para além do caráter terapêutico e sanitário, tendo como consequência a inter-relação, podendo dessa forma construir o processo de trabalho, bem como as ações de promoção da saúde, (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Diante do supracitado, ocorrem os seguintes questionamentos: Como os profissionais da atenção básica compreendem a promoção da saúde? Como a promoção da saúde se insere nas ações cotidianas da Unidade Básica de Saúde?

Acredita-se que os profissionais da saúde não conseguem diferenciar a promoção da saúde da prevenção de doenças. Ademais, devido à sobrecarga de trabalho, os profissionais inclinam-se à burocratização do serviço, em detrimento às ações de promoção da saúde. Deste modo, este estudo motivou-se pela necessidade de propiciar encontros que levem à discussão e reflexão sobre as práticas de promoção da saúde, estimulando a participação ativa e valorizando a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo.

Assim, o trabalho tem como objetivo geral estimular a reflexão dos profissionais da atenção básica acerca das ações de promoção da saúde no seu processo de trabalho. Como objetivos específicos elencou-se: investigar a concepção dos profissionais da atenção primária a respeito da promoção da saúde e como ela se insere em suas práticas de trabalho; identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais da atenção primária para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde em suas práticas; discutir a promoção da saúde enquanto prática intrínseca ao processo de trabalho da atenção básica.

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE: REAVENDO CONCEITOS

O conceito de promoção da saúde é algo complexo que vem sendo construído ao longo dos anos. Neste sentido, não se tem a pretensão de esgotá-lo neste texto, mas de proporcionar uma discussão que promova o encontro de suas acepções, promovendo ao leitor, uma maior compreensão sobre o tema.

O médico Charles-Edward Winslow em 1920 definiu inicialmente a promoção da saúde como o empenho da comunidade de forma combinada para alcançar melhorias para a saúde da população, através da educação/capacitação para o autocuidado e manutenção da qualidade de vida; definição esta que se equipara a dada posteriormente por outro médico Henry Sigerist, em 1945, que pontuou a promoção da saúde como uma das quatro tarefas principais da medicina, podendo proporcionar melhorias nas condições de saúde e da vida do indivíduo (MOREIRA, 2017).

O debate da promoção da saúde fomentou-se através do primeiro documento oficial, em 1970, que ficou conhecido como o Informe Lalonde, que levantou o “questionamento do paradigma biomédico dominante, além da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde realizada em Alma-Ata” (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017). Posteriormente os conceitos e as atribuições da promoção da saúde vêm sendo justapostos ao longo das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, desde a aludida Conferência Internacional de Promoção da Saúde, de 1986 em Ottawa.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa no ano de 1986, foi o marco para disseminação do conceito de promoção da saúde (MOREIRA, 2017). A proposta da promoção da saúde contrapôs-se ao modelo já vigente na época, o paradigma flexeneriano, que tinha caráter tecnicista, focado no modelo biomédico, individual, que acabava por não reconhecer as questões sociais dos indivíduos e dos determinantes de saúde e doença. Conforme a Carta de Ottawa,

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade

exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986, p.1).

Após a primeira conferência, houveram outras iniciativas multinacionais e internacionais, sendo essas, a de Adelaide em 1988, Sundsvall em 1991, Jacarta em 1997, no México em 1999, em Bangkok em 2005 e em Nairóbi em 2009. E duas iniciativas de caráter sub-regional em Bogotá em 1992 e Port Of Spain em 1993. Cada uma delas vem desempenhando importante na manutenção da relevância do tema, bem como o desenvolvimento de campos de ação mais ampliados e abordagens mais efetivas (XAVIER, 2017; CALDAS; SANTOS, 2016).

Na Segunda Conferência ocorrida em Adelaide no ano de 1988, foram abordadas as políticas públicas saudáveis, tendo como papel chave a instersetorialidade como estratégia para sua fundamentação. As políticas públicas precisariam abordar a saúde da mulher, a alimentação e nutrição, uso de drogas e a criação de ambientes favoráveis. A Terceira Conferência, em Sundsvall em 1991, deu ênfase as justiça sociais, bem como a criação de ambientes favoráveis à saúde, que trouxe evidências da extrema pobreza e a dificuldade de acesso a saúde. Destacou-se a necessidade de reforçar ações comunitárias. Já durante a Quarta Conferência, em Jacarta, surge o debate a ação da promoção da saúde direcionada aos determinantes sociais de saúde, onde a pobreza é apresentada como maior ameaça à saúde (XAVIER, 2017; BRASIL, 2002).

Durante a Quinta Conferência Nacional de Promoção da Saúde, no México em 2000, objetivou analisar a efetividade das estratégias de promoção da saúde, bem como, o impacto dessas ações na fomentação de mudança na qualidade de vida das pessoas mais carentes, como centralização na equidade. Na Sexta Conferência, sendo essa a Conferência Mundial de Promoção à Saúde, em Bangkok em 2005, trouxe o debate acerca das mudanças no contexto de saúde mundial, resgata os efeitos da globalização, apontando medidas de enfrentamento para a pobreza e exclusão social, através do avanços tecnológicos e da facilidade de comunicação e troca de experiências (XAVIER, 2017; BRASIL, 2002).

A sétima conferência, em Nairóbi, reforçou as responsabilidades prioritárias dos que estavam comprometidos com a promoção da saúde, que são, conforme mencionado por Xavier (2017, p.4) “fortalecer a liderança em PS e os sistemas de saúde; empoderar as comunidades e indivíduos; colocar a PS como estratégia central

na agenda do desenvolvimento; fortalecer processos participativos [...]”. Vale destacar a importância dessas e também das demais conferências para definição do conceito de promoção da saúde, bem como, a ampliação da visão sobre saúde e seus determinantes.

Através da Reforma Sanitária Brasileira, numa ação coletiva em defesa do direito a saúde e da democracia, emergiu o SUS. Este buscou a reorganização da assistência à saúde-doença, por intermédio de ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação. De tal modo a promoção da saúde se insere nas pautas da Reforma Sanitária Brasileira (MAEYAMA; *et al*, 2015). Conforme postulado por Moreira (2017), a promoção da saúde no SUS, mantém consonância com os princípios pautados em Ottawa, sendo esses: autonomia, equidade, integralidade, instersetorialidade, cogestão no processo de trabalho e participação social.

Portanto, as políticas públicas vigentes no Brasil são pautadas num modelo assistencial sob a ótica da promoção da saúde, seguindo os preceitos apresentados em Ottawa, como é apontado Malta *et al* (2016, p.1684) “a Promoção da Saúde, compromisso constitucional do SUS, vincula-se à concepção expressa na Carta de Ottawa”. Isto é evidenciado com a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS que fomentou-se com o desenvolvimento do projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção” em 1999 pelo Ministério da Saúde. Esse modelo só veio a ser posto em debate e elaboração nos anos de 2003 e 2004 tendo sido aprovado em 2006 pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretárias de Saúde – CONASS e pelo Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASMS (MALTA, *et al*, 2016).

A PNPS reafirma o empenho do Estado brasileiro em acrescentar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços de saúde e no SUS, buscando garantir a melhora na qualidade de vida através de ações direcionadas aos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, reduzindo as vulnerabilidades e os riscos à saúde (BRASIL, 2014).

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle (CZERESNIA; FREITAS, 2009, p. 51).

O foco da promoção da saúde está na busca de estratégias direcionadas a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, bem como da comunidade, através de

políticas públicas, ações/intervenções, atuando mediante aos condicionantes do processo saúde/doença da população (OLIVEIRA; JAIME, 2016). Assim posto, é possível compreender que o real interesse da promoção da saúde é chegar aos determinantes sociais da gênese da doença, levando em consideração os aspectos socioeconômicos envolvidos neste processo, indo diretamente no que seria o foco do problema.

A promoção da saúde nos leva a discutir conceitos, como por exemplo o do que é saúde. Em 1946 a OMS definiu saúde como sendo o estado de completo bem-estar do indivíduo, isso envolvia o bem-estar físico, mental e social, e não somente o fato de não haver processo de adoecimento (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). Diz-se, portanto, que o conceito da saúde é amplo e envolve várias faces, sendo complexo e multável.

Ao falarmos em promoção da saúde, um outro conceito emerge, o da prevenção de doenças. A prevenção de doenças se fundamenta em intervenções orientadas no sentido de controlar ou evitar o surgimentos de processos patológicos específicos. Enquanto a promoção da saúde trabalha de forma mais ampla que a prevenção de doenças por não se debruçar diante de problemas pontuais como doenças, fazendo o contrário disso, buscando maior qualidade de vida e o bem estar geral. (CZERESNIA, 1999). Podemos dizer, portanto, que a promoção da saúde engloba também a prevenção de doenças em seu leque de ações.

São estratégias de implementação da promoção da saúde: territorialização, que tem como principal ferramenta a identificação das singularidades do território para assim sejam desenvolvidas programas e ações de promoção da saúde, contribuindo com o fortalecimento da identidade regional; a articulação e cooperação intra/intersectorial, visando socializar planos e metas, entre os diferentes setores e entre áreas distintas inseridas no mesmo setor; RAS, no sentido de articular as redes, com o intento de vincular a concepção ampliada da saúde, bem como a ação de promoção da saúde de forma verticalizada; ampliação da representatividade e inclusão do sujeitos na tomada de decisões que influenciem as vidas dos indivíduos e da comunidade; gestão que priorize a democracia e os processos participativos, efetuando monitoramento, avaliação e comunicação; educação e formação, com o incentivo a educação permanente, com um processo de aprendizagem pautados na problematização, diálogo, liberdade, empoderamento e reflexão (BRASIL, 2017).

Ainda são estratégias de concretização da promoção da saúde: a vigilância, monitoramento e avaliação, utilizando de diversos meios para a análise das informações de saúde para subsidiar ações e intervenções; produção e disseminação de conhecimentos e saberes, que visa estimular a reflexão sobre problemas e buscar resolutividade, e a partilha dos resultados com a coletividade; e por fim, a comunicação social e mídia, que propõe a utilização de diferentes meios comunicativos, formais e populares, para dar visibilidade e voz aos grupos envolvidos, que tragam desde o planejamento de ações aos seus resultados e benefícios (BRASIL, 2017).

É importante ainda ressaltar que ao contrário do que muitos consideram, a promoção da saúde não se reporta apenas a educação em saúde, apesar desta ser uma ferramenta utilizada tanto na promoção da saúde quanto na prevenção de doenças, e sua importância é de fato reconhecida. Deve-se considerar o indivíduo como um ser em busca de autonomia, que possui uma realidade socioeconômica e conhecimentos prévios, deste modo, é repreensível ações de educação em saúde de cunho hierárquico e unilateral, conforme a metodologia educativa de Paulo Freire que será detalhada de modo amplo no quarto capítulo.

Em síntese, a promoção da saúde é o modelo de atenção que tem seu foco em intervir mediante aos fatores que influenciam no processo de adoecimento da população, levando em conta o conceito positivo de saúde o completo bem estar do indivíduo, buscando orientar e emancipar a população, para que a mesma firme também um compromisso com a promoção de sua saúde e melhora da sua qualidade vida.

3 ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Buscando uma maior aproximação acerca das medidas adotadas para implementação da promoção da saúde na atenção primária, foi realizada uma revisão integrativa, sendo este o instrumento que permite a síntese a respeito dos conhecimentos relacionados a assuntos específicos, agregando os resultados alcançados em vários estudos ou pesquisas. A revisão integrativa deve-se transcorrer em fases distintas, sendo elas: a elaboração de uma questão problema, que norteará a pesquisa; a busca de literatura em base dados; posteriormente a adoção e aplicação de critérios de inclusão e exclusão; e por fim, a apreciação dos resultados (DAVID, 2018).

A revisão sucedeu-se com o intento de conhecer as estratégias que estão sendo aplicadas na atenção primária para a implementação e manutenção da promoção da saúde. Por isso a busca partiu do levantamento da seguinte problemática: Quais as estratégias aplicadas na atenção primária para a efetuação da promoção da saúde?

A procura pelos estudos foi realizada nas fontes de dados *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e PubMed. A escolha destas se justifica por se constituírem bases de dados com produção científica de grande relevância para área da saúde e para a enfermagem. Foram selecionados os descritores que melhor se adequavam a temática da pesquisa, estes foram consultados nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, e foram utilizados os termos em Português e Inglês para otimizar os resultados. Os descritores escolhidos foram: Promoção da Saúde/*Health promotion*, Atenção Primária/*Primary attention*, Educação em Saúde/*Health education* e Enfermagem/*Nursing*. A busca foi sistematizada pelo cruzamento da pesquisa, onde os descritores foram agrupados de dois modos: Promoção da saúde e Atenção Primária e Educação em Saúde/*Health Promotion and Primary Attention and Health Education*; e Promoção da Saúde e Atenção Primária e Enfermagem/*Health Promotion and Primary Attention and Nursing*.

Os critérios de inclusão antepostos para o estudo foram: artigos publicados de 01 de Janeiro de 2014 a 31 de Dezembro de 2018, nos idiomas português e inglês, que estejam disponíveis na íntegra eletronicamente de forma gratuita e que respondam a problemática norteadora. Portanto foram excluídos do estudo trabalhos

publicados a mais de 5 anos, que não estejam no idiomas português ou inglês, que não estejam disponíveis na íntegra eletronicamente e que não respondam a temática norteadora. Também serão exclusas revisões integrativas.

A busca foi realizada através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, um vez que é o meio disponibilizado “aos alunos de instituições públicas de ensino e por apresentar ferramentas de memorização das buscas, permitindo o armazenamento em um seção especial destinada ao usuário” (SCHUCK, 2014, p. 13).

Após a busca nas bases de dados, foi realizada a leitura inicial dos títulos, posteriormente efetuou-se a leitura dos resumos dos artigos, e por fim, a leitura dos textos na íntegra, afim de encontrar estudos que respondessem a pergunta problema da pesquisa, bem como a identificação de estudos repetidos. Foram encontrados 856 resultados num total, e foi realizada a leitura dos 856 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram inclusos 220 artigos. 168 artigos foram excluídos posteriormente, por serem revisões e por não responderem a problemática da pesquisa, e 39 artigos foram excluídos por serem repetidos e não darem conta da problemática da pesquisa. Por fim, foi realizada novamente a leitura dos 13 artigos que ficaram como amostra final.

No quadro 1, será esboçado como transcorreu o processamento da pesquisa:

Quadro 1: Detalhamento das fases da pesquisa.

BASE DE DADOS:	SciELO	PubMed	LILACS	TOTAL
Artigos Identificados:	140	555	161	856
Publicados nos últimos 5 anos:	76	180	45	301
Nos idiomas Inglês ou Português e disponíveis eletronicamente de forma gratuita:	75	101	44	220
Exclusão dos artigos: Revisões e artigos que não abordavam as estratégias de Promoção da Saúde na Atenção Primária:	50	81	37	168
Total de estudos selecionados para última análise:	25	20	07	52

Exclusão dos estudos no processo de seleção: repetidos e que não responderam à pergunta problema:	17	19	03	39
Estudos selecionados:	07	01	05	TOTAL= 13

Como facilitador para análise dos estudos, foi utilizado o instrumento de Ursi e Galvão (2006), que segundo as autoras, contempla a “identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados” (URSI; GALVÃO; 2006, p. 126). O instrumento será adaptado para contemplar as particularidades da pesquisa, assim sendo, serão apresentadas a seguir: a identificação do artigo original, as características metodológicas, as estratégias de promoção da saúde na atenção primárias, e os resultados alcançados.

Quadro 2. Caraterísticas dos estudos analisados.

AUTOR	ANO, PAÍS E PERIÓDICO	METODOLOGIA	ESTRATÉGIAS	RESULTADOS
1º QUEIROZ, M.V.O., <i>et al.</i>	2016, Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa.	Grupo com gestantes adolescentes.	A troca de experiências entre os indivíduos que vivenciam a mesma situação foi satisfatória, pela possibilidade de criação de vínculo e empoderamento dos indivíduos.

2º NEGRÃO , M.L.B., <i>et al.</i>	2018, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem.	Estudo qualitativo.	Ação educativa para pacientes com Hipertensão: Educação em Saúde no espaço da sala de espera.	Favoreceu a atenção, o interesse, a orientação, o aprendizado e o prazer.
3º TEIXEIR A, M.B., <i>et al.</i>	2014, Brasil. Saúde Debate.	Trata-se de um estudo descritivo exploratório.	Estratégias adotadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB Abordagem territorial: características da territorializaçã o das equipes, ações específicas para grupos vulneráveis e prioritários, Programa Bolsa Família, Programa Saúde na Escola, práticas integrativas, atividade física.	Práticas são fragmentadas e focalizadas. É necessário integrar, equilibradam ente, cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde.
4º LIMA, K.M.S.V., SILVA, K.L., TESSER, C.D.	2014, Brasil. Interface – Comunicação Saúde Educação.	Trata-se de um estudo transversal.	Práticas Integrativas e Complementar es: homeopatia, acupuntura, oficina de memória, dança sênior e relaxamento	As práticas contribuíram para o empoderame nto do indivíduo, mas o estudo faz pouca menção as abordagens coletivas que apontassem

				para participação social e política ou que vislumbresse o empoderamento comunitário.
5º HEIDEM ANN, I.T.S.B., <i>et al.</i>	2018, Brasil. Caderno de Saúde Pública.	Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho comparativo.	Estratégias adotadas em cidades do Brasil e do Canadá: Grupos de educação em saúde; palestras; ações multidisciplinares; orientação em consultório; territorialização; parcerias com escolas, lares de idosos e organizações não governamentais, assistência social, empresas.	As práticas são muito direcionadas para atividade de grupos e ações educativas, reforçando a culpabilização dos indivíduos que os instiga a mudança de estilo de vida
6º CASTRO , A.P.R., <i>et al.</i>	2018, Brasil. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.	Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa.	Grupo de saúde para pessoa idosa: caminhadas e prevenção de acidentes, além de atividades recreativas e de lazer. Sala de espera.	Potencializa a manutenção da saúde do indivíduo e da comunidade.
7º KESSLE R, M., <i>et al.</i>	2018, Brasil. Epidemiologia Serviço e Saúde.	Trata-se de um estudo transversal.	Estratégias adotadas pelo Programa de Melhoria do	Não faz menção as questões sociais e políticas. É

			Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB: Ações educativas, educação em saúde, mas com enfoque maior na prevenção.	preciso ter em vista o perfil epidemiológico, as necessidades de saúde da população local e uma atenção integral ao ofertar ações educativas e de promoção da saúde; para melhor desempenho e resolutividade, atividades intersetoriais são indispensáveis.
8º SOARES, C.F., <i>et al.</i>	2018, Brasil. Cogitare Enfermagem.	Trata-se de um estudo qualitativo.	Prática educativa grupal sobre a lesão por pressão.	As ações educativas levaram a reflexão entre os participantes da pesquisa, induzindo assim renovação da prática, a partir do envolvimento dos atores na pesquisa.
9º BOTELHO, F.C., <i>et al.</i>	2016, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva.	Trata-se de um estudo qualitativo.	Grupo educativo com o tema nutrição e alimentação roda de conversa, palestra, consulta coletiva, oficinas, as práticas	O presente estudo possibilitou o reconhecimento de elementos que ajudam a compreender as representações sociais

			físicas, dinâmicas e jogos.	que influenciam na escolha de melhor estratégia para a educação em saúde.
10º PEUKER, A.C., <i>et al.</i>	2017, Brasil. Estudos Interdisciplinares em Psicologia.	Elaboração de material educativo sobre o Câncer de Colo de Útero.	Material educativo sobre o câncer do colo de útero: cartilha.	O material educativo foi inovador por ter sido construído a partir de resultado de pesquisa empírica com a população alvo, houve a participação ativa das mulheres e dos profissionais da saúde na construção do mesmo, mostrando assim a importância e a aplicabilidade do material.
11º MENDONÇA, R.D., TOLED, M.T.T., LOPES, A.C.S.	2015, Brasil. Escola de Enfermagem Anna Nery.	Trata-se de um estudo de intervenção, descritivo de abordagem quantitativa.	Estratégias utilizadas por profissionais da Atenção Primária: Oficina de culinária, escalda pés, jogos educativos, prática de <i>Liang Gonge</i> roda de conversa, técnica de teatro, prática	Efeito positivo, promovendo o aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, podendo controlar e prevenir doenças, bem como promover saúde de forma

			de relaxamento.	equânime e integral.
12º CYPRIA NO, A.S.	2017, Brasil. Escola de Enfermagem Anna Nery.	Abordagem metodológica a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).	Estratégias promotoras de saúde a homens frente ao câncer de mama masculino: Capacitação e conscientizaçã o dos profissionais, palestras sobre o tema com destaque no diagnóstico precoce, orientar mulheres sobre a possibilidade o câncer de mama masculino, aproveitar a ida do homem as unidade de saúde, informação e orientação itinerante.	Não especificado.
13º WILLIAM S, C.P., <i>et al.</i>	2019, Austrália. Journal of Public Health Research.	Estudo de métodos mistos.	Sala de Espera: Tonic Direct TV, folheto informativo para saúde e revistas de saúde.	Os pacientes fizeram uso de todos os instrumentos utilizados da sala de espera, de modo que se acredita que esse método ainda consegue ser eficaz.

FONTE: informações obtidas a partir dos artigos encontrados na base de dados.

3.1 Resultados

A base de dados com maior número de resultados foi a SciELO, com 07 artigos (54%) encontrados, em seguida vem a LILACS com 05 artigos (38%) encontrados e a PubMed com 01 artigo (8%). Com relação ao país de publicação, 12 dos foram publicados no Brasil (92%) e 01 estudo foi publicado na Austrália (8%). Sobre os idiomas dos estudos, 12 publicações (92,3%) estavam disponíveis em português, e 01 publicação (8%) estava disponível em inglês.

No tocante ao ano de publicação, é percebido que 04 artigos (31%) foram publicados no ano de 2018, 03 dos estudos (23%) foram publicados no ano de 2016, enquanto 02 artigos (15%) foram publicados no ano de 2014, e outros 02 artigos (15%) foram publicados no ano de 2017, e 1 dos artigos (8%) teve sua publicação em 2019 e 1 artigo (8%) em 2015.

No que tange a metodologia utilizada para o estudo, 06 dos artigos (46%) tinham o delineamento qualitativo, enquanto 01 estudo (8%) apresentava pesquisa quantitativa. Dois estudos (15%) tinham abordagem transversal e 01 (8%) artigo tinha abordagem descritiva. 01 dos estudos (8%) apresentava como delineamento a elaboração de um material educativo, 01 estudo (8%) apresentava abordagem de métodos mistos, e 01 dos estudos (8%) tinha delineamento de pesquisa convergente assistencial.

É possível perceber que na obtenção dos resultados, a pesquisa com delineamento de pesquisa convergente assistencial não apresentou os resultados. Enquanto os demais estudos obtiveram resultados e em alguns casos, foram apresentadas propostas de melhoria das estratégias que estavam sendo utilizadas.

Percebe-se que os estudos inclusos na pesquisa, 05 (38%) foram publicados em periódicos de enfermagem, 01 (8%) foi oriundo de periódicos específicos de psicologia e 01 (8%) de periódicos específicos de gerontologia. Os demais estudos, equivalente a 06 (46%) foram publicados por periódicos de saúde pública e/ou saúde coletiva.

Mediante a comparação dos artigos com a questão norteadora desta revisão, as estratégias de promoção da saúde encontradas abrangem atividades de estimulação a alimentação saudável, seja através de oficinas culinárias, jogos educativos ou grupos educativos. Também são apontadas práticas integrativas complementares em saúde, sendo elas escalda pés, musicoterapia, prática de *Liang Gong* e relaxamento, estimulando respectivamente a melhoria da qualidade de vida, a atividade física e relaxamento.

A prática educativa (educação em saúde) é apontada por um maior número de vezes como estratégia de promoção da saúde, sendo utilizada das mais diversas formas, seja em forma de palestra, rodas de conversa, origami em forma de flor com perguntas e respostas como material educativo para estimular o pensamento, o autoconhecimento sob seu corpo, manutenção da saúde e a prevenção do câncer do colo uterino, cartazes e panfletos, também são citadas consultas coletivas como estratégia de promover saúde. Os grupos de educação em saúde, bem como os grupos que direcionados à públicos específicos (grupo de idosos, grupo de gestantes adolescentes).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB aparece duas vezes na revisão, apresentando como estratégia de promoção da saúde, além das já citadas aqui, o planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, saúde do homem, bem abordagem voltada para doenças específicas como hanseníase e tuberculose. O processo de territorialização é apontado como forma de estratégia, possibilitando a organização do território, para o levantamento de informações determinantes no processo saúde/doença da população. Para a implementação da promoção da saúde, também foi citada a parceria com os equipamentos sociais, bem como outros setores da sociedade (escolas, lares de idosos, organizações não governamentais, assistência social, empresas, setor de habitação, contabilidade, farmácia), que auxiliam na chegada do serviço e da promoção da saúde à comunidade.

Conforme supracitado, a educação em saúde emergiu o maior número de vezes nos estudos desta revisão, quer seja através de orientações prestadas nos momentos de consulta individual e/ou coletiva ou nas formas mais dinâmicas possíveis. A educação em saúde como ferramenta de promoção da saúde, pode potencializar a percepção de saúde, promover saúde e prevenir os agravos (MALLMANN; *et al*, 2015). A educação em saúde é, portanto, um dos principais dispositivos que viabilizam a promoção da saúde nos serviços, por possibilitar o desenvolvimento da responsabilidade do indivíduo, bem como na prevenção de doenças (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

A educação em saúde é válida e de suma importância, mas é imprescindível que o profissional use de meio acessíveis a população e que utilize uma linguagem de fácil compreensão, que compactue o cuidado do indivíduo no sentido de uma responsabilização mútua, sem culpa-lo ou constrangê-lo.

As práticas integrativas e complementares em saúde merecem também a nossa atenção, por serem práticas inovadoras e de grande relevância no âmbito da promoção da saúde, visto que tais práticas tem como enfoque “está na saúde e na busca de equilíbrio do indivíduo com seu meio natural e social, valorizando as singularidades do cuidado, a prevenção e a promoção da saúde” (AZEVEDO, *et al*, 2019, p.02).

Como já citado anteriormente, a territorialização se constitui também como peça chave para o planejamento de ações de saúde eficazes, por permitir o reconhecimento dos aspectos ambientais, sociais, facilitando o reconhecimento dos problemas de saúde da população de uma área específica. A territorialização como ação de promoção da saúde, conforme enunciado pelas autoras Moysés e Sá (2014, p. 4325),

Trata-se de ampliar a compreensão das relações humanas com o espaço local ocupado, sua complexidade e historicidade definidos na interação tempo-espaço. A produção social do contexto local está, desta forma, intimamente relacionada ao cotidiano da população e às relações sociais dinâmicas, muitas vezes influenciadas por relações de poder de dominação e apropriação deste espaço. Assim, princípios e valores da promoção da saúde ligados, por exemplo, ao empoderamento comunitário e ao favorecimento da participação, bem como o desenvolvimento de ações intersetoriais focadas na equidade, devem ser contextualizados na dinamicidade das relações vividas no espaço local.

Em síntese, a revisão deu conta de responder à questão/problema que a norteou, emergiu uma série de dispositivos que são utilizados como estratégia de promoção da saúde, sendo estas, de modo geral, as práticas de educação em saúde, as práticas integrativas e complementares em saúde, a territorialização e os equipamentos sociais. Porém, é necessário uma reavaliação destas estratégias, para garantir que as mesmas deem conta das pluralidades sociais, bem como dos espaços singulares que os indivíduos ocupam, além da necessidade de utilizar meios que facilitem o acesso e a compreensão do usuário as informações prestadas.

4 A METODOLOGIA EDUCATIVA DE PAULO FREIRE E A SAÚDE

Conhecido internacionalmente por sua trajetória intelectual, o educador, escritor e filósofo, Paulo Freire (1921-1997), natural de Recife, Pernambuco, cursou direito na Faculdade de Recife, mas apesar disso, não demonstrou interesse em atuar como advogado, continuou dedicando-se a ser um educador, dando aulas de letras e filosofia (NETO, 2018; FREIRE, 2019).

Enquanto educador, Freire defendia a igualdade entre docentes e discentes desde os seus primeiros trabalhos, por acreditar que não deveria haver a ideia de domínio ou superioridade na educação (KOHAN, 2018). Freire conseguiu reconhecer a imperícia das pessoas em assentirem-se como atores de suas próprias histórias o que fazia com que estes não conseguissem vislumbrar possibilidades de mudança da realidade na qual estavam inseridos (HEIDEMANN; *et al*, 2017).

“Em sua obra e pensamento, Freire trabalha principalmente com os conceitos de homem, diálogo, cultura, conscientização, transformação, práxis, opressor/oprimido, educação bancária/libertadora, emancipação [...]” Conforme aludido por Heidemann *et al* (2017, p.3). Cabendo ao educador reforçar a criticidade, aguçar a curiosidade e o sentimento de insubmissão dos educandos. Para que assim, o sujeito consiga produzir a criticidade necessária para mudar a sua realidade (FREIRE, 1996).

O pensamento freiriano se opõe a imposição do saber do educador, bem como ao simples repasse de informações aos educandos, nesse caso, os educandos tornar-se-iam “hospedaria” de convicções de outrem, sem a realização de uma reflexão crítica a respeito do assunto, o que se caracteriza como educação “bancária” que dar-se pela verticalização do ensino, onde o professor detém o saber e o repassa de forma impositiva para o educando (FREIRE, 1987).

É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem forrar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina, ensina alguma coisa a alguém. (FREIRE, 1996, p.13).

A prática educativa faz-se de ações, técnicas, propósitos, esperança, frustrações e tensões no que tange a teoria e a prática, mas principalmente, implica ainda que seja contrária ao autoritarismo, pautada na liberdade (FREIRE, 1997). A

educação libertadora se principia com o diálogo, a problematização e reflexão, principalmente com liberdade do educando de participar criticamente desse processo (GONÇALVES; DAL-FARRA, 2018).

A partir da ideologia de Paulo Freire, desenvolve-se a educação popular em saúde no Brasil, mediante a necessidade de adoção de práticas educativas em saúde para promoção da saúde e prevenção de doenças, que tenham foco no diálogo horizontal, que facilite a comunicação entre profissionais da saúde e comunidade (SEVALHO, 2018). “Assim, o processo educativo passa a estar vinculado principalmente a elementos como a abertura, a disponibilidade e a curiosidade dos sujeitos de explorar novos saberes e conhecimentos” (DIAS; FERREIRA, 2015, p.250).

A educação popular em saúde refere-se à apreciação de saberes e iniciativas dos educandos em seu processo educativo, pautada na construção coletiva do conhecimento, engajando-se na construção de uma sociedade justa, solidária e democrática, direcionando-se não somente para a educação da comunidade, mas também dos profissionais de saúde (VASCONCELOS; CRUZ; PRADO, 2016).

Apesar da disseminação do ideário de Freire e do conceito de educação popular em saúde, vê-se ainda práticas educativas centradas na postura autoritária dos profissionais de saúde ao repassarem informações e condutas, sem preocupar-se com a mudança dessa abordagem. Diz-se práticas “bancárias” justamente essas, em que os profissionais e gestores se enxergam como portadores do saber, e que esse saber precisa ser repassado de forma generalizada à população de forma hierarquizada. “São práticas pedagógicas que se reproduzem a partir da falta de investimento no estudo crítico dos desafios pedagógicos presentes no trabalho em saúde” (VASCONCELOS; CRUZ; PRADO, 2016, p.835).

Então, se revisitarmos a proposta freiriana, encontraremos nela uma possibilidade de ação na contramão ao que está petrificado no ensino acadêmico da saúde, na educação em saúde, na relação paciente-profissional, pois se apresenta carregada de reflexão e de crítica, onde não mais se faz saúde, nem tampouco se ensina saúde. Por meio de tal prática, os homens se ensinam em sentido de comunhão. Por meio dela é possível fazer valer a participação social, fato que possibilita um (re)engajamento político e social daqueles que encontram-se mecanizados nas rotinas de suas profissões no âmbito do SUS (EMMERICH, FAGUNDES, 2016, p.07).

A metodologia educativa freiriana considera, conforme postulado por Galiza (2014, p.7-8), “o lado biológico, psicólogo, social e espiritual do ser humano, pois ao

considerar apenas um dessas partes, estaria se reduzindo a grandeza do homem a apenas uma de suas partes”.

Em síntese, a prática metodológica popular em saúde apoiada na metodologia de Paulo Freire vem realçar justamente a importância das experiências de vida trazidas pelos sujeitos, reconhecendo a história e cultura dos indivíduos como o principal influenciador no modo de agir, pensar e aprender no mundo, tornando-se parte fundamental para o presente estudo, que visa conhecer e construir coletivamente o conhecimento dos profissionais acerca da promoção da saúde.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem de pesquisa-ação, orientada pela metodologia educativa de Paulo Freire, submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sob o Protocolo nº 1.943.235.

A pesquisa qualitativa dedica-se a compreensão dos sentidos construídos nas expressões subjetivas da comunicação (MACHADO; MODENA; LUIZ, 2019). Na pesquisa qualitativa compreende-se a necessidade de uma abordagem que englobe “um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” Minayo (2002, p. 22). De tal modo, a pesquisa qualitativa, busca compreender o contexto das falas, assim como, suas subjetividades.

Segundo Franco (2016), um estudo com abordagem de pesquisa-ação parte da ideia de que os processos investigar e agir se interligam quando se tem a intenção de transformar a prática. Para o presente estudo utilizou-se o conceito de pesquisa-ação crítica, que se sustenta partindo da valorização da construção de saberes, levando uma reflexão crítica coletiva, tendo como prioridade a emancipação dos sujeitos.

A perspectiva de emancipação dos sujeitos tem consonância com os ideias postulados por Paulo Freire, partindo disso, o presente estudo é norteado pelo referencial teórico-metodológico de Freire, que assente a relevância da reflexão crítica dos indivíduos sobre suas práticas, buscando a elaboração de ações para superar problemas encontrados na realidade (FRANCO, 2016; SAUL; GIOVEDI, 2016).

5.2 Lócus da pesquisa

A pesquisa teve como cenário a UBS Dr. José Fernandes de Melo, localizada na rua Delfino Freire, nº 25, no bairro Lagoa do Mato, em Mossoró-RN. A referida UBS conta com duas equipes de ESF, sendo essas a equipe 116 e 117.

A equipe de ESF da área 116 é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário e sete

agentes comunitários de saúde. A equipe da ESF da área 117 é composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e 6 agentes comunitários de saúde. Além disso, constituem o quadro de funcionários uma assistente social, uma gerente, uma técnica de enfermagem de apoio, 4 auxiliares administrativo e 3 auxiliares de serviços gerais.

A UBS em questão é campo de prática de acadêmicos dos cursos de enfermagem e de medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, bem como acadêmicos de instituições de ensino superior e profissionalizante privadas. Além disso, existem dois programas de residências na UBS, sendo esses a Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade e a Residência em Medicina de Família e Comunidade.

A pesquisa será realizada com os profissionais que atuam na ESF da área 116 e como quadro de funcionários da UBS, referidos anteriormente. A escolha do cenário deu-se pelo fato de a aluna pesquisadora está inserida na equipe de ESF da área 116, em seu estágio supervisionado, o que possibilitou a aproximação e interação entre a pesquisadora e os participantes, facilitando a definição dos problemas encontrados na realidade e na definição de respostas para os problemas encontrados.

5.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pela totalidade de profissionais que atuam na equipe de Estratégia Saúde da Família da área 116 da UBS Dr. José Fernandes de Melo, o que corresponde a vinte e dois profissionais.

Após a aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão, assim sendo, foram excluídos da pesquisa os profissionais que estiveram afastados do serviço por motivo de férias, licença maternidade ou atestado médico por mais de 15 dias durante o transcorrer da pesquisa. Foram inclusos os profissionais que estavam em exercício pleno de suas funções, que atuam no serviço por um período mais que três meses e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Desse modo, constituíram a amostra do estudo um total de 11 (onze) participantes. Para endossar a proteção a identidade dos participantes, e seu anonimato, utilizaremos aqui pseudônimos. Escolhemos como pseudônimos o uso dos nomes das cidades cedentes das conferências que tiveram grande influência na elaboração do conceito de promoção da saúde e da atenção primária, que foram sendo atribuídos aos

participantes através de sorteio, a saber: Ottawa, México, Adelaide, Sundsvall, Jacarta, Bogotá, Fort Of Spain e Alma-Ata.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas e da observação participante que aconteceu no período de maio a julho de 2019, na infraestrutura da UBS, onde foi realizada a observação participante durante os encontros educativos.

A entrevista semiestruturada (Apêndice 2), dá-se, como a própria nomenclatura já esboça, seguindo uma ou mais questões norteadoras, podendo o pesquisador realizar outras indagações, para fazer com que flua a narrativa, seguindo sempre o objetivo central da investigação (MORÉ, 2015). A observação participante (Apêndice 1), consiste na observação calcada nos valores culturais, morais dos sujeitos envolvidos nesse processo, onde o observador participa ativamente nas ações, podendo aspirar dados que com uma simples entrevista não seria possível, como por exemplo a expressão de sentimentos através do comportamento do sujeito (MÓNICO, *et al*, 2017).

As entrevistas foram gravadas em áudio em aparelho celular modelo LG K4 2017 com a permissão prévia dos participantes e após a assinatura do TCLE (Apêndice 4), também foi repassado aos participantes os esclarecimentos sobre os objetivos do presente estudo.

Após da aplicação das entrevistas semiestruturadas, foram realizados 3 encontros educativos, mediados pela aluna pesquisadora, que serão melhor aludidos adiante. Foi realizada a observação participante durante os encontros e foi registrado em um diário de campo as impressões à medida do que foram sendo percebidas pela aluna pesquisadora, foi observado o ambiente, a participação dos profissionais nas ações, bem como, a postura, expressão de ideias e de sentimentos dos participantes. Foi realizada ainda uma entrevista final (Apêndice 3), com o intuito de avaliar os resultados deste processo.

5.5 Aspectos éticos

O presente estudo fundamentou-se nos preceitos éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos, mais precisamente na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Garantiu-se o compromisso por parte da pesquisadora em trabalhar e resguardar as informações de maneira ética. Conforme já aludido posteriormente, para garantir a privacidade dos participantes lhes foram atribuídos pseudônimos.

6 RESULTADOS

Conforme dito pelos autores, Tanajura e Bezerra (2015, p.16), a pesquisa-ação “consiste em tentar elucidar, de forma eficiente e eficaz, problemáticas as quais os métodos tradicionais de pesquisa efetivamente não conseguem contemplar”. Busca, portanto, elaborar ações resolutivas para as problemáticas encontradas, acompanhando seus resultados, e elaborando novas ações, conforme seja necessário (LODI, 2016).

Não existe uma fórmula concreta para a implementação de uma pesquisa-ação, mas para fins de melhor execução, conforme aludido por Lodi, Thiollent e Sauerbronn (2018), faz-se necessário seguir uma lógica de direcionamento, que deve se dar de forma contínua. O percurso metodológico da pesquisa ação, tende a ser direcionado de tal modo: a identificação do problema através da investigação, a elaboração de um plano de ação, execução do plano de ação e a reflexão acerca dos resultados (TEIXEIRA; NETO, 2018; LODI; THIOLENT; SAUERBRONN, 2018). Os resultados serão apresentados a seguir, conforme o ciclo de uma pesquisa-ação, conforme foi apresentado.

6.1 Percepção da realidade e definição de um problema

Esse momento deu-se de forma exploratória/investigativa, pois nessa fase, visa-se identificação/compreensão de problemas ou necessidades apontadas pelo grupo, chamados aqui de temas geradores, em consonância ao pensamento de Paulo Freire.

Para o levantamento das problemáticas, os participantes foram submetidos a uma entrevista inicial. É nessa fase em que se realiza a investigação dos temas geradores, utilizados por Freire para o reconhecimento do universo temático, para tanto investiga-se os pensamentos e linguagens dos sujeitos, buscando reconhecer os níveis de percepção e suas aspirações sobre a realidade, a ação deve partir do levantamento dos temas geradores apontados pelos sujeitos envolvidos na pesquisa (EMMERICH; FAGUNDES, 2016).

A entrevista seguiu um roteiro semiestruturado (Apêndice 2), que teve como objetivo a definição do conceito de saúde a partir da compreensão de cada participante, o que cada um entendia por atenção primária e qual seria o seu papel, a

compreensão acerca da promoção da saúde, qual o olhar sobre o trabalho que cada um realiza e de que forma a promoção da saúde está inserida em seu trabalho, bem como observar de que forma a promoção da saúde se insere na equipe de trabalho que cada profissional está inserido.

No que diz respeito ao conceito de saúde, os participantes de modo geral demonstraram ter domínio ao pensamento positivo e amplo de saúde, associando-o ao completo bem estar, desassociando-a exclusivamente a ausência de algum processo patológico. A respeito do entendimento dos indivíduos sobre atenção primária e o seu papel, alguns deles definiram a atenção básica como a base do SUS, como o contato primário a assistência sendo denominada como porta de entrada do serviço. Pouco se foi dito sobre o papel deste nível de atenção, a maioria dos profissionais associaram-no ao acolhimento da população, com a mudança do olhar curativo, com a prevenção de doenças e com o estímulo a participação da comunidade (Quadro 3).

Na maior parte das falas os participantes demonstraram ter dificuldade para expressar sua compreensão sobre o que é promoção da saúde, associando-a na maioria das vezes a prevenção de doenças, a criação de programas e a figura do médico (Quadro 3).

Quadro 3. Concepção dos profissionais sobre o conceito de saúde, a definição da atenção primária e seu respectivo papel e a compreensão sobre promoção da saúde.

Definição do conceito de saúde	A atenção primária e o seu papel	Compreensão sobre a promoção da saúde
“[...] Não é só ausência de doença, mas é um bem estar emocional físico, na verdade é um... Eu acho que a gente tem saúde quando a gente tem atendida todas as nossas necessidade. Não é só não está	“A atenção primária é a atenção que acolhe. A importância é porque... Ela muda a visão curativista pra prevenção da saúde das pessoas, diminui a questão das doenças” [Bogodá]. “É a porta de entrada ao sistema único de saúde	“Ah, promover saúde é por exemplo sempre se cria um programa novo, sempre que de cria um programa novo, eu acho que tá melhorando a saúde [Jacarta]. “É que todos tem o direito a todas as áreas da saúde. Que tenha acesso a um clínico geral, a um

<p>doente fisicamente ou mentalmente” [Ottawa].</p> <p>“Saúde é um bem estar físico, mental e social” [Jacarta].</p> <p>“Saúde é tudo, é o bem-estar da pessoa. Sem saúde a gente não faz nada, nada, nada” [Sundvall].</p>	<p>que é o SUS. [...] Eu acho que a atenção primária é a base, é o mais importante, né? Porque ela vai impedir os agravos a saúde dos usuários, que eles adoçam mais. [...] só os profissionais que compõem a unidade, eles não podem fazer o trabalho sozinho, tem que ter uma contra partida da unidade e dos usuários” [México].</p> <p>“São os primeiros atendimentos, os primeiros cuidados da saúde, os cuidados básicos com a população” [Alma-Ata].</p>	<p>ginecologista, um pediatra, que é uma coisa que tem muita escassez” [Fort of Spain].</p> <p>“A promoção da Saúde, ela tá ligada a fornecer meios básicos para que o cidadão, a pessoa comum, as pessoas que tem menos condições financeiras, ela é colocada justamente para evitar que essa pessoa venha a adoecer, a precisar da parte curativa, da parte hospitalar, né?” [Adelaide].</p>
---	---	--

FONTE: recortes das falas dos participantes da pesquisa.

De modo geral os participantes referiram que a inserção da promoção de saúde em seu trabalho em formas de ações de prevenção de doenças, onde foram citadas as reuniões de calçada, aferição de pressão arterial, de nível glicêmicos, de combate à dengue, e também foi associada ao repasse de informações sobre doenças específicas (Quadro 4).

No que se refere as ações de promoção da saúde realizada pela equipe de trabalho, os profissionais expuseram que a promoção da saúde se insere nas consultas de Crescimento e Desenvolvimento - CeD coletivo, nas ações com o grupo de idosos no qual são realizadas atividades físicas, salas de espera sobre diversos assuntos mas com um olhar direcionado a prevenção de doenças. Também foram citadas as consultas individuais, bem como atividades realizadas somente por

determinado profissional, como por exemplo o grupos realizados pelo fisioterapeuta e a nutricionista, fugindo da ideia da coletividade e do trabalho em equipe (Quadro 4).

Quadro 4. Como a promoção da saúde se insere no trabalho dos profissionais entrevistados e de sua equipe de trabalho.

O modo como a promoção da saúde se insere no trabalho dos profissionais	As ações de promoção da saúde realizadas pela equipe de trabalho dos profissionais
<p>“Nós temos várias atividades que trabalham essa questão da promoção da Saúde, a gente trabalha muito em cima da prevenção, como os trabalhos de prevenção do colo do útero, prevenção de mama. [...] exames preventivos também que trabalha justamente em cima disso daí, acompanhando paciente anualmente ou dependendo da necessidade do usuário para prevenir a existência de algumas doenças” [Adelaide].</p>	<p>“Nas ações em salas de espera, no próprio CeD coletivo e nas consultas individuais” [Ottawa].</p> <p>“Vou falar dos residentes, no caso eles, eles tem um trabalho muito bom. (Nome do fisioterapeuta residente) ele tem esse trabalho com os usuários, que tem chamado muita atenção do usuário. Você vê que nas quartas a sala dele tá cheia. [...] Porque nós temos psicólogo, temos nutricionista, isso fez bastante diferença” [Jacarta].</p>
<p>“Com as educações, nas reuniões de calçada, [...] quando a gente faz uma ação pra verificação da pressão, quando faz o controle glicêmico, [...] quando a gente dar uma informação sobre como lavar o seu tanque, como usar o hipoclorito eu tô dando a informação, [...] quando eu entro na casa e converso com ela,</p>	<p>“São os idosos que abrange muito, o CeD das crianças que são coletivos” [Fort of Spain].</p> <p>“Tem a questão do CeD da criança, onde a gente tá fazendo um acompanhamento sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança, orientando sobre a alimentação, sobre o desenvolvimento dela num geral.</p>

incentivo a fazer exames anuais”. [Bogotá].	Temos o grupo de idoso onde procuramos fazer atividades física, uma atividade integrativa. Fazemos orientações em sala de espera sobre problemas sociais, orientações sobre o câncer de útero entre outros” [Alma-Ata].
--	---

FONTE: recortes das falas dos participantes da pesquisa.

Mediante a análise das falas dos participantes entrevistados, foram sendo extraídas as problemáticas encontradas para a formulação dos temas geradores. Após a análise minuciosa das falas, surgiram 5 temas geradores, estes são: saúde e seus determinantes sociais, atenção primária e suas competências, a prevenção de doenças, conceituação da promoção da saúde e as estratégias para a implementação da promoção da saúde.

Freire (1996), afirma que para a prática educativa é necessário que seja levado em consideração a autonomia do educando, seguindo um preceito ético, é por tanto uma obrigação por parte do professor. O autor ainda relata que ao sabermos de tal obrigação, devemos pô-la em prática.

Partindo do pensamento freiriano, foi apresentado aos participantes os temas geradores encontrados, afim de saber a opinião e sugestões de cada um. Os participantes acharam os temas geradores relevantes, deram como sugestão que os temas geradores fossem sendo associados durante as discussões, de modo que ficou acordado com eles que teríamos 3 encontros, para que tentássemos vencer todos os temas geradores.

6.2 Elaborando o plano de ação

O desenvolvimento de um plano de ação implica no desenvolvimento de intervenções, onde os principais atores são os sujeitos participantes que estão sob observação (THIOLLENT, 1986). Para o planejamento dos encontros educativos, efetuou-se leitura de diversos materiais que deram suporte no aporte teórico, facilitando a abordagem de cada campo temático. Pensou-se inicialmente a elaboração de três encontros educativos, onde no primeiro encontro seriam

abordadas as seguintes temáticas: a saúde e seus determinantes sociais, a atenção primária e suas competências. No segundo momento, abordaríamos os conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde. Para o terceiro encontro, havia sido pensado o apontamento das estratégias para a implementação da promoção da saúde na atenção primária.

O plano de ação foi apresentado aos profissionais participantes, onde foi acordado com os mesmos que as ações seriam desenvolvidas nas sextas-feiras, por ser o dia direcionado à realização de planejamento, e reuniões da equipe, para que os profissionais estivessem com uma carga menor de tarefas, possibilitando a participação nos encontros educativos.

6.3 Execução do plano de ação

Esta etapa se caracteriza pela execução/implementação das ações em conjunto com os participantes, onde paralelamente deu-se a observação e registro do que reputou-se ser relevante nos encontros. Sobreleva-se que a metodologia “principal” escolhida foi a metodologia da “Roda de Conversa. A escolha desta metodologia grupal justifica-se por ser um instrumento que possibilita aos sujeitos envolvidos no processo ensino/aprendizagem a ampliação de suas percepções, compreendendo e respeitando os espaços de diálogos estabelecidos (GUARDA, *et al*, 2018), assim sendo, a metodologia de roda de conversa converge com a metodologia de Paulo Freire.

6.3.1 Primeira ação

O primeiro momento teve duração de uma hora, e teve como temática “O conceito de saúde e seus determinantes sociais” e posteriormente foi abordada a temática da “Atenção Primária e seu papel”, participaram deste momento o total de oito profissionais. Ao iniciar a reunião com os participantes novamente foram expostos os objetivos do estudo, bem como deixando a livre escolha dos participantes sua presença nos encontros. No sentido de estimular a interação do grupo, lhes foi proposto que se dividissem em duplas, e que cada dupla falasse entre si sobre suas preferências pessoais e no trabalho, após isso, os participantes socializaram os pontos em comum, o que culminou em uma maior interação entre eles.

Em seguida, principiou-se a roda de conversa, tendo como debate inicial o conceito de saúde e seus determinantes da saúde, sendo estes, “as condições materiais necessárias à subsistência, relacionadas à nutrição, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente” (GARCIA; *et al*, 2015, p.19). No transcorrer o encontro, surgiram falas que responsabilizavam os usuários pela pouca adesão às ações realizadas pelos profissionais da unidade para a população e a procura ao tratamento medicamentoso, em resposta a isso, outros profissionais ponderaram a respeito do baixo grau de escolaridade da maioria da população assistida na UBS e na hierarquização existentes nas ações efetuadas na unidade, o que dificulta a compreensão e realização das ações educativas.

Na sequência, a pesquisadora mediou o início da discussão acerca da PNAB (BRASIL, 2017). Após discutirmos sobre os princípios e diretrizes da PNAB, pedimos para que os participantes expusessem a medida do que conhecem, quais são suas atribuições enquanto profissionais da atenção básica, conforme fossem se sentindo confortáveis para falar, esse momento foi bastante rico, pois os profissionais mostraram ter domínio sobre quais são suas atribuições, bem como demonstraram ter interesse pela temática. Não foi observado sinais de hostilidade. Os profissionais de forma geral participaram das discussões, e foi notado bastante entrosamento entre o grupo.

6.3.2 Segunda ação

O segundo encontro teve como temática “Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde”, participaram os mesmos profissionais do primeiro encontro. A roda de conversa teve como temática a prevenção de doenças e o conceito de promoção da saúde. Ao iniciarmos a reunião, a pesquisadora levantou o seguinte questionamento: o que é prevenção de doenças? Como resposta, os participantes trouxeram como exemplo, as ações realizadas na UBS e no território sobre combate à dengue, as campanhas de vacinação contra a H1N1, ações sobre o câncer de colo de útero, entre outros. Após isso, seguiu o debate sobre a temática, e os participantes começaram a expor as dificuldades para a implementação de ações de prevenção da saúde de forma efetiva. Os profissionais referiram que há uma grande dificuldade de trabalhar ações educativas na área, porque a população atém-se muito ao modelo curativo, centrado na figura do médico. Partindo desta problemática, foi solicitado aos

participantes que pensassem formas de enfrentamento a esse entrave encontrado para efetuar as ações educativas, para que discutíssemos essas formas no encontro seguinte.

A posteriori, foi apresentado ao grupo um breve resgate histórico da promoção da saúde, e em sequência levou-se a discussão sobre o conceito da promoção da saúde. Os profissionais mostraram bastantes confusos ao tentarem dissociar as ações preventivas da promoção da saúde, e aos poucos fomos conseguindo construir de forma coletiva o resgate deste conceito. Os participantes trouxeram para o debate a questão da necessidade de reconhecer o território e a comunidade. Encontrando aí a possível causa da dificuldade em trabalhar educação em saúde com população. Alguns participantes trouxeram exemplos de ações com profissionais que usavam linguagem bastante técnica e científica, o que dificultava a compreensão dos usuários e evasão dos mesmos durante as ações. Referiram também a postura autoritária por parte dos profissionais ao repassar orientações, e nesse momento retomou o debate gerado no encontro anterior, sobre a carência de conhecimento sobre o processo saúde/doença que os usuários apresentam. Ressaltou-se a importância da participação comunitária.

Os participantes mostraram reconhecer a importância de ações educativas para prevenir doenças. Reconheceram a importância de trabalhar de forma bem orientada as intervenções, para diminuir a prevalência de doenças específicas na comunidade. Os profissionais mostraram interesse na temática de promoção da saúde, e dispostos a aprender ainda mais sobre esta estratégia de saúde. Conseguiram resgatar saberes prévios ao estudo, bem como retomar a discussão que se deu em outra ação, percebendo portanto que as temáticas abordadas, apesar de subdivididas por motivos de logística, se integram na totalidade da atenção primária a saúde.

6.3.3 Terceira ação

No terceiro encontro a temática abordada foi “Estratégias de implementação da promoção da saúde na atenção primária”. Fizeram-se presentes os mesmos profissionais que compareceram nos outros dois momentos. O encontro foi mediado pela aluna pesquisadora. Ao iniciarmos a roda de conversa, foi questionado sobre as formas de enfrentamento aos entraves para a aplicação de ações educativas na UBS,

conforme tinha ficado acordado no encontro anterior. Os profissionais trouxeram como estratégia de enfrentamento capacitações profissionais, no sentido de melhor prepará-los para atuar em cima dessas necessidades, outra estratégia apontada por eles foi a ação conjunta de toda a equipe, para assim atender de forma holística o usuário.

Vencido o debate levantado na ação anterior, inicia-se a discussão acerca das estratégias de implementação da saúde. Iniciou-se falando da importância da relação da gestão com os outros setores da sociedade, incluindo os equipamentos sociais, que são poderosos aliados nesse processo, a importância de estimular a participação comunitária, criando um vínculo entre a unidade e os usuários; promover hábitos saudáveis através da orientação aos pacientes acerca do que são hábitos comportamentais que podem influenciar no seu adoecimento, partindo disso, houveram falas que levantaram importância do combate ao uso de drogas como uma das estratégias de promoção da saúde, o estímulo a atividade física; salientou-se a importância do processo de territorialização como instrumento para promover ambientes saudáveis. Os profissionais reconheceram a importância de levar ao usuário o conceito positivo de saúde e da responsabilização mútua no processo de promover saúde, sendo um compromisso não só do profissional de saúde, mas também do usuário.

No final do encontro, alguns participantes solicitaram que a pesquisadora repassasse para eles o material utilizado como referencial para as discussões, o que evidencia o interesse em permanecer estudando as temáticas trabalhadas. De modo geral, os participantes se mantiveram assíduos e participativos durante todo este processo.

6.4 Avaliação do processo

Considera-se que o número de participantes que estiveram presentes nos encontros educativos pode ser considerado satisfatório, visto que apenas 03 dos profissionais entrevistados no momento não compareceram nas ações educativas apresentadas anteriormente.

Após o término das ações educativas, os partícipes foram convidados a participar de uma entrevista final (Apêndice 3). A entrevista se organizava de forma semiestruturada, com as mesmas questões estabelecidas na entrevista inicial, e mais três questões que buscavam levar a reflexão do profissional acerca de sua

participação nesse estudo, a relevância do estudo para o trabalho que desenvolve na UBS e para a equipe de trabalho a qual está inserido.

Pudemos constatar o contentamento dos profissionais em participarem deste momento coletivo, considerando que o mesmo possibilitou a discussão, o resgate de conceitos, a ampliação dos conhecimentos sobre as temáticas, afirmando ainda que estes momentos trouxeram contribuições para o trabalho que realiza e para a equipe no qual está inserido.

No que tange a temática do conceito positivo da saúde e os determinantes sociais envolvidos nesse processo, pode-se afirmar que diante das elocuições dos partícipes, houve um aprimoramento do conceito apresentado inicialmente. Os participantes deram conta de reconhecer as multifaces que determinam este processo (Quadro 5). No tocante a atenção primária e o seu papel, os profissionais demonstraram ter feito a reflexão crítica sobre os conhecimentos já adquiridos à respeito da temática e expuseram de forma mais concisa o conceito desta, observou-se que os participantes trouxeram a definição do papel da atenção primária de forma mais clara (Quadro 5).

Quadro 5. Concepção dos profissionais sobre o conceito de saúde e a definição da atenção primária e seu respectivo papel.

Definição do conceito de saúde	A atenção primária e o seu papel
<p>“Saúde é ter comida na mesa, andar em liberdade com segurança, ter direito à educação e lazer. Quando o indivíduo tem seus direitos garantidos ele goza de bem estar físico, mental e social” [Adelaide].</p> <p>"Saúde é o bem estar físico, econômico, metal, social, não somente a ausência de doenças" [Alma-Ata].</p> <p>“Saúde é o bem estar da pessoa, é você ter todas as suas necessidades atendidas, não necessariamente a ausência de alguma doença” [Fort of Sapin].</p>	<p>“A atenção primária são serviços de saúde oferecidos a população em lócus, no seu território, onde esse indivíduo está contextualizado [...].O papel da atenção primária é evitar que algumas doenças, algumas situações, alguns condicionantes se agravem ao ponto de chegar a uma atenção secundária ou terciária, e eu acho que de favorecer o pensamento da questão do que é saúde, fazer com o usuário tenha não só ausência de doença mas esse completo bem estar, pensando em saúde não só</p>

	<p>como o curativo, mas de modo mais abrangente, né? De promoção” [Ottawa].</p> <p>“É uma das portas de entrada as redes de atenção à saúde, e talvez a de acesso mais rápido por estar inserida no território. O seu papel é trabalhar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, entre outras coisas, para ajudar a população a mudar de quadro, você me entende?” [México].</p>
--	---

FONTE: recortes de falas dos participantes.

De modo geral, os participantes conseguiram compreender a diferença entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças, e conseguiram reconhecer a importância da promoção da saúde como peça fundamental na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade, desassociado essa estratégia de prevenção de doenças (Quadro 6).

Quadro 6. A compreensão dos profissionais acerca da promoção da saúde.

Compreensão acerca da promoção da saúde	
<p>“A promoção eu acho que é esse conjunto de ações, de atitudes, de envolvimento, que na verdade tem como objetivo alcançar este estado de saúde [...]. Não é só algo no âmbito individual, mas acho que no pensamento mais macro de ações, de atitudes, de condições pra que a comunidade, o território, ela possa realmente ter melhoramentos ou situações que possam ajudar na resolução de alguma situação e eu acho que ela está</p>	<p>“A promoção da saúde é levar as pessoas a orientação para que elas possam cuidar de sua saúde, e cabe aos profissionais de saúde fazer chegar esse conhecimento até a população” [Fort of Spain].</p> <p>“Existe essa confusão entre promoção e prevenção... quando você leva pra área informações sobre alimentação saudável, a prática de exercícios físico, e diz que isso está totalmente relacionado</p>

extremamente atrelada a atenção a melhoria da qualidade de vida e com o primária” [Ottawa]. controle de doenças, eu acho que isso é

promoção” [México].

“Promover saúde é levar informação para os indivíduos, para que esses fiquem bem informados, que tentem viver melhor, mudando principalmente os hábitos de vida” [Sundsvall].

Fonte: Recorte das falas dos participantes.

7 DISCUSSÃO

O pensamento em torno do processo saúde/doença resulta das mudanças históricas que ocorreram, sabe-se que durante séculos esse processo foi relacionado aos preceitos religiosos, sendo associado ao castigo divino, ou a feitiçaria, conforme aludido por Araújo e Xavier (2014, p.4) “O poder e o domínio sobre as enfermidades eram atribuídas às entidades mágico-religiosas e aos fenômenos naturais, a doença era compreendida como uma forma de controle e punição divina”. Somente com descoberta da existência de microrganismos, conforme dito por Neves, Porcaro e Carpo (2017, p.628) “a origem e as razões para o sofrimento humano passam a ser atribuídas cada vez mais às alterações neurofisiológicas e/ou genéticas, e os avanços tecnológicos da medicina implicam cada vez mais em um discurso medicamentoso”.

Com o desenvolvimento dos estudos sobre a anatomia humana, focou-se na busca por doenças no corpo, e somente posteriormente surgem questionamentos sobre as causas externas a essas doenças. Conseqüentemente os hospitais se tornam o lugar ideal para o estudo e tratamento das doenças, o que fomentou o modelo centrado no médico, e a ideia de que saúde é a ausência de doenças. O conceito positivo da saúde, divulgado pela OMS surge apenas em meados dos anos 40 do século passado e refletia a ascensão do socialismo, a partir disso, a saúde passa a ser vista como o pleno bem estar do indivíduo, não estando associada apenas a ausência de doenças (SCLIAR, 2007; ARAÚJO, XAVIER, 2014).

Constatou-se que os participantes do estudo possuíam o conhecimento sobre o conceito positivo de saúde, e que conseguiam perceber a influência dos diversos âmbitos da vida (social, emocional, econômico, ambiental) no processo de adoecimento da comunidade.

Apesar de conhecerem esse conceito, os participantes tiveram dificuldade em exprimir inicialmente qual seria o papel da APS, que em sumula tem como principal encargo, conforme postulado por Mendes (2015), agir diante dos determinantes sociais para assim, promover, prevenir, curar, cuidar e reabilitar.

Muitos se confundem ao conceituar a promoção da saúde com a prevenção de doenças, a prevenção de doenças tem como base a prevalência de doenças em determinada região e busca evitá-las, para isso, o indivíduo é posto como alvo das ações, tendo um enfoque apenas nos riscos. Já a promoção da saúde possui uma abordagem mais ampla, não focando somente na doença, indo ao gênese do

processo de adoecimento, buscando sua natureza e a dimensão histórico-social envolvida nesse processo, capacitando a comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, fazendo com os indivíduos se enxerguem como atores destes processos (CARVALHO, COHEN, AKERMAN, 2017).

Conforme elucidado anteriormente, a priori os participantes expuseram que as ações de promoção da saúde existentes na UBS se limitavam a ações de educação em saúde (palestras, salas de espera), seguindo o modelo retrógrado de imposição de conhecimento, repassadas de forma verticalizadas e sem dar importância a autonomia dos sujeitos, focadas exclusivamente na prevenção de doenças e não na estimulação da capacidade do indivíduo melhorar sua qualidade de vida e de saúde (CARNEIRO; *et al*, 2016; LOPES; *et al*, 2017). O principal problema na realização dessas ações está associado ao fato de muitos profissionais ainda utilizarem a educação bancária como norteadora de sua prática, depositando nos sujeitos suas concepções, suas verdades, acabando por não reconhecer os indivíduos como seres históricos, ricos de cultura e conhecimentos próprios.

Para Freire (1994) o educador deve respeitar os saberes socialmente construídos dentro das vivências da comunidade, buscando estabelecer a relação entre os “saberes curriculares” e a realidade social vivida pelo indivíduo.

Porque não aproveitar a experiência que têm os alunos de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder público para discutir, por exemplo, a poluição dos riachos e dos córregos e os baixos níveis de bem estar das populações, os lixões e os riscos que oferecem à saúde das gestes. (FREIRE, 1996, p.15).

É importante que as ações de educação em saúde sejam construídas tendo como norte a realidade da comunidade, ultrapassando a relação de ensino/aprendizagem, possibilitando a cultivo de comportamentos saudáveis, pautada no diálogo de forma horizontal (BRASIL, 2007). O educador deve portanto estar apto a absorver a realidade do educando, para assim atuar de forma mais efetiva.

Outra discussão necessária para esse processo gira em torno de como está se dando a formação em saúde. Apesar dos muitos avanços com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na área da educação na saúde, requer ainda,

Esforços de articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, numa perspectiva dialógica e compartilhada. A aposta é de fortalecer a EPS como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o processo de trabalho e a construção de atividades de aprendizagem colaborativa e significativa, favorecendo o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-

aprendizagem, para o alcance dos objetivos estratégicos do SUS (BRASIL,2018, p.10)

Para a formação de um profissional generalista carece que o aluno seja preparado para atuar de forma reflexiva para que construa uma visão crítica, tendo com alicerce a promoção da saúde (TAVARES, et al, 2016). Nesse sentido, a promoção da saúde deve ser vista com mais frequência durante a formação, para potencializar a capacidade do profissional em mudar a realidade do local onde está inserido. Diante das inúmeras e constantes mudanças, “o processo de formação profissional em saúde no cenário nacional precisa incrementar pesquisas e práticas de forma a levar os alunos à reflexão crítica de suas ações durante o aprendizado no curso, aplicado à futura vida profissional” (FARIAS, et al, 2016, p.81).

É imprescindível que levantemos aqui a seguinte questão: Como uma UBS que recebe acadêmicos para práticas e estágios supervisionados, que recebe profissionais de residência multiprofissional, a um tempo considerável, continua reproduzindo práticas educativas bancárias? Qual seria o papel das Instituições de Ensino Superior (IES) na fomentação de mudanças nessas práticas para a produção do cuidado?

A dicotomia entre educação e saúde ainda é vista em decorrência dos gestores e trabalhadores da educação, estabelecerem metas, sem levar em consideração as IES de cursos da saúde (VENDRUSCOLO; et al, 2016). É importante que se invista numa educação permanente que esteja apoiada ao conceito de ensino problematizador, que seja inserida na realidade de acordo com as necessidades que ela apresenta, ou seja, o ensino/aprendizagem que responda a problemática pertencente ao universo de experiências do educando, e que leve a reflexão e surgimento de novos questionamentos (CARVALHO; TEODORO, 2019).

Produzir a mudança efetiva na formação de profissionais atuantes na área da saúde implica a transformação das práticas antidemocráticas e não integradoras ainda hegemônicas no processo formal de ensino e na atenção à saúde, por concepções que visam a incorporação dos princípios da integralidade, em seus mais diversos sentidos: pessoal/profissional, de organização dos serviços e do desenvolvimento efetivo de políticas e programas nessa direção, a fim de garantir a construção de linhas de cuidado integral, a partir das necessidades dos usuários (VENDRUSCOLO; et al, 2016, p.1016).

Assim sendo, podemos considerar como positivo o trabalho, visto que através de encontros educativos, possibilitou-se a reflexão dos participantes do estudo sobre o que é a promoção da saúde, e como essa se insere em seu processo de trabalho,

e o reconhecimento dos determinantes que influenciam na manutenção da saúde dos indivíduos e da comunidade, bem como o conhecimento sobre qual o papel da APS após o término dos encontros educativos, para que assim possam ter um olhar crítico sobre a realidade e que assim possam elaborar ações educativas efetivas para solucionar os problemas encontrados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fundamentado nas falas dos profissionais acerca da temática discutida neste trabalho, formulou-se coletivamente, estratégias de enfrentamento as dificuldades apontadas e incentivo as potencialidades encontradas, arquitetamos encontros educativos, pautados sob o diálogo, a democracia e principalmente ao respeito dos saberes dos profissionais, para que estes sentissem-se valorizados.

Os encontros propiciaram aos profissionais a problematização e reflexão à respeito do conceito de saúde, atenção primária, bem como refletir o modo como estão sendo realizadas as ações de promoção da saúde, permitindo que esses pudessem pensar as ações de promoção da saúde enquanto uma prática inerente a atenção primária, possibilitando dessa forma reformulação e o fortalecimento dessas práticas.

Percebe-se a necessidade de mudança de práticas, para que as ações de educação popular possam trazer transformações significativas para as vidas dos sujeitos, e ao tratar desse ponto, é relevante explanar a importância de investir na interação e articulação entre serviço de saúde e as instituições de ensino superior, bem como o estímulo para que ambos almejem a mesma coisa, a melhoria da assistência prestada a comunidade.

Por tratar de uma realidade singular, o estudo limita-se ao risco de generalizações. Todavia, o estudo é de suma importância para a produção de saberes acerca da promoção da saúde dentro do espaço de formações. Ressalta-se ainda a importância de elaborar esse estudo em outras realidades, para possibilitar a reflexão dos profissionais da atenção primária sobre as práticas de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.S., XAVIER, M.P. **O CONCEITO DE SAÚDE E OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA: CONSIDERAÇÕES E PERSPECTIVAS EM MUDANÇA.** Teresina: Revista Saúde em Foco, v.1, n.1, p. 137-149, Jan., 2014. p.140.

AZEVEDO, C. *et al.* **Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial.** Belo Horizonte: Esc. Anna Nery [online], v.23, n.2, p. 1414-8145, abril, 2019. p.2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0389>. Acesso em 14 de Julho de 2019.

BOTELHO, F.C., *et al.* **Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha.** Ciênc. saúde coletiva [online], vol.21, n.6, p.1889-1898, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08862016>. Acesso em 10 de Julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p.10.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas**

sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p.8.

CALDAS, J.M.P., SANTOS, Z.M.S.A. Health and equity [editorial]. São Paulo: Revista Escola de Enfermagem da USP, v.50, n.4, p.540-541, 2016 2016;50(4)540-541. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500001>. Acesso em 02 de setembro de 2019.

CARNEIRO, L.M.R., *et al.* **Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica.** Fortaleza: Revista Brasileira de Promoção da Saúde, v.29, n.4, p.554-563, out, 2016.

CARRAPATO, P., CORREIA, P., GARCIA, B. **Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde.** São Paulo: Saúde Sociedade, v.26, n.3, p.676-689, 2017.

CARVALHO, F.F.B., COHEN, S.C, AKERMAN, M. **Refletindo sobre o instituído Na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'.** Rio de Janeiro: Saúde Debate, v.41, n.3, p.265-276, 2017.

CARVALHO, W.M..E.S., TEODORO, M.D.A. Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de Aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, vol.24, n.6, p.2193-2201, 2019.

CASTRO, A.P.R., *et al.* **Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde.** Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.21, n.2, p.158-167, 2018.

CUETO, M. **O legado de Alma-Ata, 40 anos depois.** Rio Janeiro: Trabalho, Educação e Saúde (online), v. 16, N.3, p. 845-848, 2018. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00169>. Acesso em 25 de julho de 2019.

CYPRIANO, A.S. **Ações promotoras de saúde frente ao câncer da mama masculina: subsídios ao gerenciamento do cuidado de Enfermagem na Atenção Básica.** 2017. 114. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2017.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** Cad. Saúde Pública [online], vol.15, n.4, p.701-709, 1999.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.51.

DAVID, H.M.S.L., *et al.* **Revisão Integrativa.** Acta Paul Enfermagem, v.31, n.1, p.108-115, 2018.

DIAS, J.V.S., FERREIRA, J. **Contribuições da antropologia para o campo da educação em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Trabalho, Educação e Saúde, v.13, n.2, p.283-299, ago, 2015. p.290.

EMMERICH, A.O., FAGUNDES, D.Q. **Paulo Freire e Saúde: Revisitando “Velhos” Escritos Para uma Saúde do Futuro.** Florianópolis: Saúde & Transformação Social, v.6, n.2, p.1-8, 2016. p.7.

FACHINNI, L.A. **A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos.** Fundação FIOCRUZ: 14 set 2018. Entrevista concedida a Fundação FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

FARIAS, C.M.L., *et al.* **Pensamento crítico e a formação de profissionais em Odontologia: uma revisão narrativa da literatura.** Revista da ABENO, v.16, n.1, p73-87, 2016. p.81.

FERRO, L. F., *et al.* **Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios.** São Paulo: O Mundo da Saúde, v.38, n.2, p.129-138, 2014. p.130.

FRANCO, M.A.S. **PESQUISA AÇÃO-PEDAGÓGICA: PRÁTICAS DE EMPODERAMENTO E PARTICIPAÇÃO.** Campinas: Educação Temática Digital, v.18, n.2, p.511-530, jun, 2016.

FREIRE, D. **PALAVRA ABERTA – O LEGADO DA OBRA DE PAULO FREIRE PARA EDUCAÇÃO GLOBAL CONTRA-HEGEMÔNICA.** *In:* DOSSIÊ – PAULO FREIRE: O LEGADO GLOBAL. Belo Horizonte: Educação em Revista, v.35, p.1-10, fev, 2019.

FREIRE, P. Cartas à Cristina. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. p.13-15.

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

_____. Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho D'Água, 1997.

GALIZA, C.J.R.B. **PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE E AS PRÁTICAS EDUCATIVAS POPULARES EM SAÚDE: um diálogo profícuo.** CINTEDI, 2014. p.78.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H.M. **ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: SELETIVA OU COORDENADORA DOS CUIDADOS?** 1 ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GONÇALVES, F.C.L., DAL-FARRA, R.A. **A educação libertadora de Paulo Freire e o teatro na educação em saúde: experiências em uma escola pública no Brasil.** Pro.posições, v.29, n.3, p.401-422, dez, 2018.

GUARDA, G.N. **A RODA DE CONVERSA COMO METODOLOGIA EDUCATIVA: O DIÁLOGO E O BRINCAR OPORTUNIZANDO O PROTAGONISMO INFANTIL NA SALA DE AULA.** In: IV Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação, 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B., *et al.* **Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá.** Florianópolis: Cadernos de Saúde Pública, v.34, n.4, p.1-13, abr, 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B., *et al.* **REFLEXÕES SOBRE O ITINERÁRIO DE PESQUISA DE PAULO FREIRE: CONTRIBUIÇÕES PARA SAÚDE.** Texto e Contexto Enfermagem, v.26, n.4, p.1-8, nov, 2017. p.3.

JANINI, J.P., BESSLER, D., VARGAS, A.B. **Educação em saúde e promoção da saúde:** impacto na qualidade de vida do idoso. Rio de Janeiro: Saúde Debate, v.39, n.105, jun, 2015.

KASHIWAKURA, H.K., GONCALVES, A.O., SILVA, R.M.P. **Atenção Primária à Saúde:** elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. Rio de Janeiro: Saúde debate [online], v.40, n.111, p.49-62, 2016. p.50. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611104>.

KESSLER, M., *et al.* **Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil.** Brasília: Epidemiologia Serviço Saúde, v.27, n.2, p. 1-12, jun, 2018.

KOHAN, W.O. **PAULO FREIRE: OUTRAS INFÂNCIAS PARA A INFÂNCIA.** Belo Horizonte: Educação em Revista, v.34, p.1-33, jul, 2018.

LIMA, K.M.S.V., SILVA, K.S., TESSER, C.D. **Práticas integrativas e complementares e a relação com promoção da saúde:** experiência de um serviço municipal de saúde. Botucatu: Interface Comunicação Saúde Educação, v.18, n.49, p.261-278, 2014.

LODI, M.D.F. **Pesquisa-ação:** uma alternativa metodológica nos Estudos do Consumo. Rio de Janeiro: XVII Congresso Nacional de Administração e Contabilidade, 2016.

LODI, M.D.F., THIOLENT, M.J., SAUERBRONN, J.F.R. **Uma Discussão Acerca do Uso da Pesquisa-ação em Administração e Ciências Contábeis.** Rio de Janeiro: Sociedade, Contabilidade e Gestão, v.13, n.1, abr, 2018.

LOPES, C.R. *et al.* **Educação e Cultura em Saúde à Luz de Paulo Freire.** Recife: Revista de Enfermagem UFPE, v.11, n.12, p.5122-5128, dez, 2017.

MACHADO, A.R., MODENA, C.M., LUIZ, Z.M.P. **O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência.** Botucatu: Interface, v.24, p.1-15, set, 2019.

MACINKO, J., MENDONÇA, C.S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Rio de Janeiro: Saúde Debate, v.42, n.1, p.18-37, set, 2018.

MAEYAMA, M.A., DOLNY, L.L., KNOLL, R.K (Org.). **Atenção básica à saúde [recurso eletrônico]: aproximando teoria e prática**. 1 ed. Itajaí: UNIVALI, 2018. Disponível em: telessaude.sc.gov.br.

MAEYAMA, M.A., *et al.* **Promoção da saúde como tecnologia para transformação social**. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, v.2, n.2, 2015.

MALLMANN, D.G., *et al.* **Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso**. Ciência & Saúde Coletiva [online], v.20, n.6, p.1763-1772, 2015.

MALTA, D.C., *et al.* **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.6, p.1683-1694, jun, 2016. p.1684.

MENDES, E.V. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. 1 ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015.

MENDES, R., PEZZATO, L.M., SACARDO, D.P. **Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.6, p.1737-1747, jun, 2016. p.1738.

MENDONÇA, R.D., TOLED, M.T.T., LOPES, A.C.S. **Incentivo à prática de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Revista de Enfermagem, v.19, n.1, p. 140-146, mar, 2015.

MINAYO, M.C.S., *et al.* (Org). **PESQUISA SOCIAL: TEORIA, MÉTODO E CRIATIVIDADE**. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p.22.

MÓNICO, L.S., *et al.* **A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa**. Atas – Investigação Qualitativa em Ciências Sociais, v.3, p.724-723, Jul, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1447/1404>. Acesso em 17 de Julho de 2019.

MORÉ, C.L.O.O. **A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação**. Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa, v.3, p.126-131, 2015.

MOREIRA, C.S. **PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. 2017. 31. Monografia (Especialização) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Belo Horizonte, 2017.

MOYSÉS, S.T., SÁ, R.F. **Planos locais de promoção da saúde:** instersetorialidade(s) construída(s) no território. Curitiba: Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.11, p.4323-4329, ago, 2014. p.4325.

NEGRÃO, M.L.B., *et al.* **Sala de espera:** potencial para a aprendizagem de pessoas com hipertensão arterial. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem [Internet], v.71, n.6, p.2930-2937, nov, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0696>.

NETO, J.C.M. Paulo Freire e Orlando Fals Borda na genealogia da pedagogia decolonial latino-americana. FOLIOS, v.2, n.48, p.3-13, 2018.

NEVES, T.I., PORCARO, L.A., CURVO, D.R. **Saúde é colocar-se em risco:** normatividade vital em Georges Canguilhem. São Paulo: Saúde Sociedade, v.26, n.3, p.626-637, 2017. p.628.

NUNES, L.O., *et al.* **Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata.** Revista Panam Salud Publica, vol.42, n.175, p.1-9, 2018.

OLIVEIRA, N.R.C. **Redes de Atenção à Saúde:** a atenção à saúde organizada em redes. 1 ed. São Luís: EDUFMA, 2016.

OLIVEIRA, N.R.F., JAIME, P.C. **O encontro entre o desenvolvimento rural sustentável e a promoção da saúde no Guia Alimentar para a População Brasileira.** São Paulo: Saúde e Sociedade. v.25, n.4, p.1108-121, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **CARTA DE OTTAWA.** Ottawa: OMS, 1986. p.1.

_____. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários.** Alma-Ata: OMS, 1978. p.3.

PEUKER, A.C., *et al.* **CONSTRUÇÃO DE UM MATERIAL EDUCATIVO PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.** Londrina: Estudos Interdisciplinares em Psicologia, v.8, n.2, p.146-160, 2017.

PORTELA, A.Z. **Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais.** Rio de Janeiro: Revista de Saúde Coletiva, v.21, n.2, p.255-276, set, 2017.

QUEIROZ, M.V.O., *et al.* **Grupo de gestantes adolescentes:** contribuições para o cuidado no pré-natal. Porto Alegre: Revista Gaúcha de Enfermagem, v.37, n.1, p.1-7, jun, 2016.

SAUL, A., GIOVEDIM V.M. **A PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE COMO REFERÊNCIA TEÓRICO-METODOLÓGICA [...].** São Paulo: Revista e-Curriculum, v.14, n.01, p.211-233, mar, 2016.

SCHUCK, S.O.P. **Implicações biológicas e psicossociais da velhice para a mulher**: uma revisão integrativa. 2014. 58 f. Monografia (Escola de Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. p.13.

SEVALHO, G. **O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire**. Botucatu: Interface, v.22, n.64, p.177-188, mai, 2018.

SOARES, C.F., *et al.* **Prática educativa com enfermeiros na atenção primária: não à lesão por pressão**. Curitiba: Cogitare Enfermagem, v.23, n.3, abr, 2018.

SUMAR, N., FAUSTO, M.C.R. **Atenção Primária à Saúde**: a construção de um conceito ampliado. JMPHC, v.5, n.2, jul, 2014. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/217>. Acesso em 25 de agosto de 2019.

TANAJURA, L.L.C., BEZERRA, A.A.C. **PESQUISA-AÇÃO SOB A ÓTICA DE RENÉ BARBIER E MICHEL THOLLENT**: APROXIMAÇÕES E ESPECIFICIDADES METODOLÓGICAS. Santos: Revista Eletrônica Pesquiseduca, v.7, n.13, p.10-23, jun, 2015. p.16.

TAVARES, M.F.L., *et al.* **A promoção da saúde no ensino profissional**: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v.21, n.6, p.1799-1808, mar, 2016.

TEIXEIRA, M.B., *et al.* **Avaliação das práticas de promoção da saúde**: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Rio de Janeiro: Saúde Debate, v.38, n.1, p.52-68, 2014.

TEIXEIRA, P.M.M., NETO, J.M. **Sobre a Pesquisa-Ação nas Dissertações e Teses em Ensino de Biologia (1972-2011)**. Florianópolis: Revista de Educação em Ciência e Tecnologia, v.11, n.1, p.283-308, mai, 2018.

THOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

URSI, E.S., GALVÃO, C.M. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. Revista Latino-Americana, v.14, n.1, p.124-131, 2006.

VASCONCELOS, E.M., CRUZ, P.J.S.C., PRADO, E.V. **A contribuição da Educação Popular a formação social em saúde**. Botucatu: Interface, v.20, n.59, dez, 2016.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* **Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde**. Botucatu: Interface [online], v.20, n.59, p.1015-1025, jun, 2016. p.1016.

WILLIAMS, C.P., *et al.* **Patient and clinician engagement rith health information in the primay care waiting room: A mixed methods case study**. Austrália: *Journal of Public Health Research*. v.8, n.1, p.19-25, mar, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- INSTRUMENTOS PARA DE COLETA DE DADOS UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN FACULDADE DE ENFERMAGEM - FAEN

TÍTULO DA PESQUISA: **REFLEXÃO DA PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DE PAULO FREIRE.**

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Data: _____/_____/_____

Observe o grupo durante os encontros realizados e anote suas impressões à medida que for percebendo e sentindo os aspectos seguintes:

1. Ambiente do encontro:

- Agradável
- Interessante e produtivo
- Sinais de tensão ou hostilidade
- Desinteresse
- Indícios de frustração por parte dos participantes

2. Participação dos profissionais:

- Participação nas discussões
- Conteúdo das discussões
- Tempo de permanência nos encontros
- Dominação das discussões por um ou mais participantes
- Aproveitamento do tempo

3. Postura, expressão de ideias e sentimentos

- Concordância e/ou discordância em relação ao conteúdo da discussão
- Atitudes dos participantes frente as discussões realizadas

- Entrosamento entre os participantes
- Cordialidade para com os demais participantes
- Agressividade para com os demais participantes
- Constrangimento para expressar ideias e sentimentos
- Superficialidade nas discussões realizadas
- Exposição de diferentes pontos de vista
- Ampla troca de ideias
- Sinceridade e confiança nas manifestações pessoais.

APÊNDICE – 2 ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURA**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
FACULDADE DE ENFERMAGEM - FAEN
PARTE I – ENTREVISTA INICIAL**

Iniciais do participante: _____ Data: ____/____/____

- 1- O que significa saúde pra você?
- 2- O que você entende por Atenção Primária a Saúde (APS)? Qual o papel da APS?
- 3- Qual a sua compreensão sobre a promoção da saúde?
- 4- Como você descreve o trabalho que você realiza na unidade básica de saúde?
- 5- Como a promoção da saúde se insere no seu trabalho?
- 6- Existem fatores que facilitam o desenvolvimento da promoção da saúde no seu trabalho? Se sim, quais?
- 7- Existem fatores que dificultam o desenvolvimento da promoção da saúde no seu trabalho? Se sim, quais?
- 8- Como a promoção da saúde se insere nas ações/atividades desenvolvidas pela sua equipe de trabalho?

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
FACULDADE DE ENFERMAGEM - FAEN
PARTE II – ENTREVISTA FINAL

Iniciais do participante: _____ Data: ____/____/____

- 1- O que significa saúde pra você?
- 2- O que você entende por Atenção Primária a Saúde (APS)? Qual o papel da APS?
- 3- Qual a sua compreensão sobre a promoção da saúde?
- 4- Como você descreve o trabalho que você realiza na unidade básica de saúde?
- 5- Como a promoção da saúde se insere no seu trabalho?
- 6- Existem fatores que facilitam o desenvolvimento da promoção da saúde no seu trabalho? Se sim, quais?
- 7- Existem fatores que dificultam o desenvolvimento da promoção da saúde no seu trabalho? Se sim, quais?
- 8- Como a promoção da saúde se insere nas ações/atividades desenvolvidas pela sua equipe de trabalho?
- 9- Como você avalia sua participação nos encontros realizados?
- 10- Você considera que a participação neste estudo trouxe contribuições para o seu trabalho? Se sim, quais?
- 11- Você considera que a realização deste estudo trouxe contribuições para a sua equipe de trabalho? Se sim, quais?

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
FACULDADE DE ENFERMAGEM – FAEN
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DEN
CURSO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **A PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DE PAULO FREIRE** que é coordenada por **Francisca Patrícia Barreto de Carvalho** e que segue as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento ou recusar-se a participar da pesquisa, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa se justifica por **se observar que a maior parte dos projetos e programas de promoção da saúde refletem a divisão do conhecimento das diferentes especialidades, assim é fundamental a formação de grupos de discussão que envolvam os profissionais de saúde de diferentes categorias e possibilitem um processo de ensino-aprendizagem que permita dialogar sobre às práticas de promoção da saúde e tem por objetivo estimular a reflexão crítica dos profissionais da atenção primária sobre as ações de promoção da saúde no seu processo de trabalho, possibilitando um espaço de recriação e fortalecimento das práticas de promoção da saúde.** Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimento(s): **aplicação de duas entrevistas semiestruturadas e participação em rodas de conversa onde serão realizadas discussões sobre promoção da saúde e será feita observação participante.**

Os riscos envolvidos com sua participação são: **constrangimento e desconforto durante a aplicação da entrevista e invasão de sua privacidade,** que serão minimizados através das seguintes providências: **utilização de instrumentos de**

coleta de dados que não proporcionem conotações negativas de caráter pessoal e realização da coleta de dados em uma sala fechada, garantindo-se ainda um local seguro para o armazenamento de todas as informações.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: **possibilidade de desenvolver um pensamento crítico e libertador a respeito de seu processo de trabalho enquanto profissional da atenção primária e a tomada de decisões que contribuam para transformação de suas práticas, reconhecendo a promoção da saúde como estratégia norteadora do seu trabalho.**

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhuma fase/etapa desta pesquisa. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Garanto que os dados obtidos a partir de sua participação na pesquisa não serão utilizados para outros fins além dos previstos neste termo.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido.

Se você sofrer algum dano, que seja comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma via deste Termo, que deverá ser rubricada e assinada em cada página e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para **Francisca Patrícia Barreto de Carvalho**, no endereço **Rua Dionísio Filgueira, 383, Centro, Mossoró/RN** ou pelo telefone **3315-2152**.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERN no endereço **Campus Universitário Central, Avenida Professor Antônio Campos, s/n, BR 110, Km 48, Costa e Silva, Mossoró/RN** ou pelo telefone **33127032**.

Consentimento Livre e Esclarecido

Estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, ao(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de minha participação. Foram-me garantidos esclarecimentos que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou de minha família. (Caso

minha participação na pesquisa implique em algum gasto, serei ressarcido e caso sofra algum dano, serei indenizado. Autorizo assim a publicação dos dados desta pesquisa sendo-me garantido o meu anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação).

Participante da pesquisa ou responsável legal:



Pesquisador responsável:
