



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EMPODERAMENTO DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HEALTH EDUCATION AND USER'S EMPOWERMENT OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY EDUCACIÓN EN SALUD Y EMPODERAMIENTO DEL USUARIO DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Dagma Wanderleia Costa¹, Bibiane Dias Miranda Parreira², Flávio Adriano Borges³, Darlene Mara dos Santos Tavares⁴, Lucieli Dias Pedreschi Chaves⁵, Bethania Ferreira Goulart⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a educação em saúde como ferramenta para o empoderamento do usuário dos serviços de saúde. **Método:** estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas que, posteriormente, foram submetidas à análise temática. Tal estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário I da cidade de Uberaba, Minas Gerais. **Resultados:** a educação em saúde ainda é tida como uma resposta imediatista aos problemas identificados, além de estar centrada na oferta de cursos de capacitação e palestras vinculados a uma educação bancária e pouco problematizadora. **Conclusão:** as práticas educativas em vigor nos serviços de saúde não têm favorecido à instrumentalização da comunidade para o autocuidado e nem ao desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, apontando para a necessidade de investigações mais aprofundadas acerca dessa temática. **Descritores:** Educação em Saúde; Empoderamento; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of workers of the Family Health Strategy on health education as a tool for patients' empowerment of health services. **Method:** it is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Semi-structured interviews that were later subject to thematic analysis were used. Such a study was done in Family Health Units of the Health District I in the city of Uberaba, Minas Gerais. **Results:** health education is still seen as an immediate response to identified problems, and be focused on providing training courses and lectures linked to a bank education and little problematical. **Conclusion:** educational practices in the health services have not favored the community instrumentation for self-care and the development of the autonomy of the subjects, pointing to the need for further research on this theme. **Descriptors:** Health Education; Empowerment; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de trabajadores de la Estrategia Salud de la Familia sobre la educación en salud como herramienta para el empoderamiento del usuario de los servicios de salud. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo. Fueron utilizadas entrevistas semi-estructuradas que, posteriormente, fueron sometidas al análisis temático. Tal estudio fue realizado en Unidades de Salud de la Familia del Distrito Sanitario I de la ciudad de Uberaba, Minas Gerais. **Resultados:** la educación en salud todavía es vista como una respuesta imediatista a los problemas identificados, además de estar centrada en la oferta de cursos de capacitación y palestras vinculados a una educación bancaria y poco problemática. **Conclusión:** las prácticas educativas en vigor en los servicios de salud no han favorecido la instrumentalización de la comunidad para el autocuidado y ni al desarrollo de la autonomía de los sujetos, puntuando la necesidad de investigaciones más profundas acerca de esa temática. **Palabras clave:** Educación en Salud; Empoderamiento; Estrategia Salud de la Familia.

¹Enfermeira, Graduada pelo Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: dagmawcosta@hotmail.com.br; ²Enfermeira, Mestre em Atenção à Saúde, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM, Uberaba (MG), Brasil. E-mail: bibianedias@yahoo.com.br; ³Enfermeiro, Mestre Profissional em Gestão da Clínica, Doutorando em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: flavioborges@usp.br; ⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem (CGE), Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br; ⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo /EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: dpchaves@eerp.usp.br; ⁶Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem (CGE), Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM, Doutoranda em Enfermagem, Programa Interunidades, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP- Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A década de 1980 é marcada por um processo de reforma na saúde pública mundial. No Brasil, este movimento é evidenciado por meio da Reforma Sanitária, que associava a participação da comunidade na composição de um novo modelo de atenção à saúde, culminando na Constituição Brasileira de 1988, com a proposição de um novo sistema de saúde. Paralelamente a este movimento, ocorria no Canadá a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que surgiu por meio da crescente expectativa por uma nova saúde pública no mundo.¹⁻²

Nesta Conferência, definiu-se o conceito de Promoção da Saúde como um processo de formação da comunidade em prol da atuação na melhoria de sua qualidade de vida e saúde.² Torna-se, portanto, evidente o processo da democratização na reflexão acerca do cuidado em saúde, fruto de construção coletiva, espelhado no contexto de vida dos atores daquela época. Nessa perspectiva, a promoção da saúde proporciona o empoderamento como uma possibilidade da emancipação individual e formação da consciência coletiva, colaborando para que as pessoas ou grupos sejam preparados para transformações do seu cotidiano.³⁻⁴ Além disso, ela apresenta o enfoque para um novo caráter das práticas educativas, fortalecendo a capacidade de escolha dos indivíduos.⁵ Isso significa que estes devem participar ativamente do processo de tomada de decisão e de implementação de estratégias para a melhoria das suas condições de saúde. Desta forma, percebe-se a democratização do planejamento da atenção à saúde, assegurada pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde, sobretudo, a Lei 8142 de 1990.⁶

Inicia-se, portanto, no Brasil, o processo de criação dos conselhos gestores locais aliados aos equipamentos de atenção à saúde com o propósito de efetivar a participação da comunidade no planejamento das ações em saúde, devendo funcionar como canais efetivos de comunicação entre população e profissionais de saúde, além de servir como um dispositivo do exercício da cidadania.⁷ Assim, há a necessidade de interlocução entre os profissionais de saúde por meio de estratégias educativas em prol da sensibilização da população, pois é nítido no cotidiano dos serviços que a educação em saúde ainda não se efetivou como instrumento para o empoderamento dos usuários, restringindo-se a ações pontuais, como grupos educativos realizados de forma verticalizada,

com pouca ou nenhuma participação dos usuários dos serviços no planejamento e na organização das ações.

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deveria atuar como grande aliada e promotora da democracia por meio de ações voltadas ao empoderamento dos usuários dos serviços de saúde, por estar próxima ao contexto local, atendendo a uma população específica e com características definidas, além de favorecer o empoderamento dos gestores e dos trabalhadores/profissionais de saúde à medida que colabora para a reflexão e participação na vida política.^{8,9}

A ESF surgiu em 1994, inicialmente, como um Programa adotado na perspectiva de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) e reorientar o modelo assistencial por meio de uma prática educativa voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças, com vistas ao desenvolvimento do autocuidado e à melhoria das condições de acesso aos serviços sociais.^{8,10,11}

No que tange às práticas educativas, tem-se a educação em saúde como viabilizadora dos conhecimentos necessários para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.^{2, 8, 12, 13}

Diante disso, questiona-se se no cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USF) a educação em saúde tem sido uma ferramenta utilizada com o intuito de empoderar o usuário no sentido da democratização das ações direcionadas ao controle social em saúde, compreendendo controle social como uma estratégia de democratização do poder, do espaço e como um canal de comunicação e manifestação da participação da comunidade nas decisões a serem tomadas em todas as esferas da gestão.¹⁴

OBJETIVO

- Analisar a percepção de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a educação em saúde como ferramenta para o empoderamento do usuário dos serviços de saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Seu cenário de estudo foi composto pelas USF do Distrito Sanitário I (DS I) da cidade de Uberaba, Minas Gerais.

O DS I conta com 20 equipes de saúde da família, das quais foi sorteado, de maneira aleatória por um membro da equipe, utilizando uma lista com todos os nomes dos trabalhadores da ESF deste Distrito, um trabalhador de saúde de cada uma delas.

Os participantes do estudo foram, portanto, 20 trabalhadores de saúde que atenderam aos critérios de inclusão: ser trabalhador da ESF e aceitar participar da entrevista. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, no período de agosto a setembro/2010, no local de trabalho dos participantes, com encontro previamente agendado. A entrevista tinha como questões norteadoras: Fale-me o que você entende por educação em saúde; Fale-me o que você entende por empoderamento da comunidade; Você acredita que tem relação entre educação em saúde e empoderamento da comunidade?; Isso é realizado aqui no serviço? Se sim, de que forma?

Os entrevistados foram identificados como E1, E2, E3 e assim por diante até E20. Antes do início desta, os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram obedecidas as normas éticas da Resolução 466/12 e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), mediante o Parecer 1618.

A entrevista foi gravada e transcrita na íntegra e os dados submetidos, posteriormente, à análise temática, com realização de uma pré-análise, que consistiu na transcrição e leitura de todas as entrevistas e, em seguida, execução dos recortes do texto em unidades de registros (palavras-chave, frases ou trechos). A partir de então, foi feita a exploração de todo o material, transformando as informações em núcleo de compreensão de texto e, posteriormente, analisadas por categorização através da repetição de palavras e/ou significados que foram agrupados e interpretados.¹⁵

RESULTADOS

Com base nas 20 entrevistas realizadas, foi possível abstrair 216 unidades de registros, as quais foram distribuídas em três temas que são: 1) *Educação em Saúde*, 2) *Conceito de Empoderamento* e 3) *Articulação entre Educação em Saúde e Empoderamento da Comunidade*.

O tema *Educação em Saúde* foi dividido em três subtemas: *Concepções sobre Educação em Saúde*; *Ações desenvolvidas em Educação em Saúde*; *Desafios da Educação em Saúde*.

O subtema *Concepções sobre Educação em Saúde* revela a compreensão dos trabalhadores de saúde sobre a educação em saúde. Esta, para eles, consiste em um direito do usuário, vinculada diretamente à

prevenção de doenças e que a maneira de executá-la ocorre, principalmente, por meio de orientações realizadas pelos profissionais. Alguns relatos exemplificam este subtema:

Educação em saúde é você sempre esclarecer ao usuário, ao cliente do Sistema Único de Saúde, o que ele tem e no que você pode ajudá-lo, então você vai educar, reeducá-lo. (E15)
Tá ensinando, dentro do possível, a pessoa a se cuidar pra evitar ficar doente [...]. (E20)
A gente colhe as informações da equipe e passa para os usuários, as informações [...]
Informações que a gente leva para as pessoas. (E1)

No subtema *Ações Desenvolvidas em Educação em Saúde*, os entrevistados articulam educação em saúde com a prática de grupos e palestras educativas direcionadas a um público-alvo, normalmente, compondo alguns dos programas de atenção à saúde na atenção básica. Seguem exemplos dessas percepções:

A gente faz aqui muita educação em saúde nos grupos de hiperdia, grupo de diabetes, grupo de gestante, grupo de puericultura. (E9)
Aqui a gente faz muita palestra, pra transmitir, para passar pro usuário como que se deve educar dentro da saúde [...]. (E7)

No subtema *Desafios da Educação em Saúde*, foram apontadas as dificuldades identificadas pelos entrevistados para a realização da educação em saúde na prática profissional, sendo um dos pontos críticos as limitações em garantir a atenção e participação dos usuários nas ações educativas realizadas pelos profissionais de saúde. Os relatos a seguir exemplificam esta percepção:

[...] então eles não querem ouvir a gente falar na cabeça deles, orientação não, eles querem o remédio e pronto. (E6)
A gente tenta fazer grupos [...] mas a maioria da população não vem. E quando vem é em troca de alguma coisa. (E6)

Além disso, os entrevistados relatam dificuldades em estabelecer uma parceria com a população em prol da execução de atividades de educação em saúde decorrente de um processo histórico sedimentado em um modelo de atenção à saúde assistencialista e pouco articulado com ações de prevenção e promoção da saúde.

É meio complicado a gente mudar costumes [...] as pessoas têm certos costumes, da gente tá trabalhando com eles de mudar de hábitos que... é meio difícil. (E12)
[...] a gente depende muito [...] da população, da vontade deles de querer participar dos grupos. (E3)

Alguns entrevistados identificam o espaço físico como um obstáculo para a realização de

Costa DW, Parreira BDM, Borges FA et al.

atividades de educação em saúde, refletindo sobre a concepção do que vem a ser educação em saúde para este profissional.

A unidade passando por reforma está difícil de estar fazendo uma educação em saúde, que é uma sala de espera, porque não tem essa sala de espera ainda, porque é tudo misturado [...] Depois da reforma a gente vai ter sala de espera e vai tá podendo realizar esta educação em saúde melhor. (E13)

O que tá faltando aqui é espaço físico, mas a nossa unidade nova que está sendo construída [...] [vai facilitar a realização de ações de educação em saúde]. (E9)

Com relação ao tema *Conceito de Empoderamento*, este foi dividido em dois subtemas: *Direito da comunidade* e *Desconhecimento do significado de empoderamento*.

No subtema *Direito da comunidade*, o empoderamento é tido como um direito do usuário dos serviços de saúde. Alguns relatos exemplificam esta consideração:

Empoderamento seria o que o usuário tem direito? Na saúde? (E1)

O que eu deduzo, porque eu não sei o que é empoderamento, é a pessoa saber o que ela tem direito, o que ela tem poder, o que ela sabe a respeito de saúde, o que ela sabe de educação, então são os direitos da pessoa, é ela ter noção disto. (E14)

A comunidade, hoje em dia, ela tá mais participativa, ela tem que saber dos seus direitos, ela está buscando mais seus direitos e deveres [...]. (E2)

Algumas unidades de registro expressam que o trabalhador de saúde identifica uma relação entre empoderamento com o envolvimento da comunidade na participação popular e no controle social.

Estar colocando a comunidade na participação do PSF [...]. (E4)

[...] é a colaboração da comunidade, juntamente com a gente, no projeto de saúde, de educação, entendeu, e melhoramento do bairro. (E19)

A comunidade interagir com a saúde [...]. É a comunidade interagir com a equipe de saúde, tentar ajudar um ao outro, os dois lados, tentando unir, coisa também que é muito difícil de acontecer. (E6)

No subtema *Desconhecimento do significado de empoderamento* encontram-se as unidades de registro que retratam o desconhecimento explicitado pelos trabalhadores de saúde em relação a este termo. Alguns deles, inclusive, demonstraram curiosidade em saber o verdadeiro significado do termo. Alguns relatos exprimem as unidades de registro que compõem este subtema:

[...] não entendo o significado do empoderamento, então não tem como eu responder por não conhecer a palavra. (E5)

Educação em saúde e empoderamento do usuário...

Não sei, não sei o que é empoderamento. (E7)

Eu não sei o quê que é essa palavra, empoderamento [...]. (E12)

Algumas unidades de registro associam o empoderamento com a ideia de aceitação:

Empoderamento, eu não sei o que é empoderamento. Seria aceitação? (E12)

Vou te falar que eu não sei o que é essa palavra, não tenho essa noção, mas poderia ser isso [referindo-se à aceitação da população às informações recebidas]. (E12)

O tema *Articulação entre educação em saúde e empoderamento da comunidade* revela que os entrevistados acreditam que consiste em ações que se complementam. Os relatos trazem o usuário como um sujeito que precisa ser educado e esclarecido pelos trabalhadores de saúde com o intuito de serem capacitados para conseguirem desenvolver o autocuidado. Alguns trechos podem exemplificar de maneira mais clara este tema:

[...] uma vez você educando a população, ela pode se sentir mais encorajada, mais empoderada, de cuidar de si mesmo, de cuidar de sua saúde. (E3)

Tem [relação entre educação em saúde e empoderamento da comunidade], é diretamente relacionado. [...] uma população esclarecida ela tem como debater com a gente [...]. (E8)

DISCUSSÃO

Os relatos dos entrevistados direcionam para uma concepção do que vem a ser educação em saúde para os trabalhadores em questão. Trata-se de um processo vinculado a orientações verticalizadas direcionadas aos usuários e que tem como foco, *a priori*, a preocupação em transmitir informações e passar algum conteúdo previamente estabelecido.

Contudo, educação em saúde consiste em um processo pautado na construção do conhecimento. Para isto, faz-se necessária a utilização de um conjunto de práticas que vislumbrem contribuir com os usuários dos serviços de saúde no que concerne ao aumento de sua autonomia, em relação ao autocuidado, e na articulação destes com os profissionais e gestores dos serviços de saúde.¹⁶

Ao construir o conhecimento, parte-se do princípio de que todas as representações envolvidas no processo educativo se encontram articuladas a ponto de se identificarem como parte do todo, ou seja, a elaboração de uma temática a ser trabalhada na educação em saúde deve ser eleita através da participação de todos os indivíduos

Costa DW, Parreira BDM, Borges FA et al.

envolvidos no processo: trabalhadores de saúde, usuários e gestores.¹⁷

Além disso, tem-se que ações centradas na verticalização das relações não contribuem com a transformação da realidade. Quando se toma a educação em saúde como um direito a ser exercido pelos usuários, este deve ser garantido de maneira a proporcionar a emancipação do indivíduo, garantindo a autonomia dele que, a partir de então, passará a opinar nas decisões de saúde com relação ao cuidado de si mesmo, de sua família e da comunidade.¹⁸

A utilização de estratégias educativas que levam em consideração o conhecimento prévio dos sujeitos em questão já foi apontada como eficiente para o processo de ensino-aprendizagem.^{4,19,20} Ainda, táticas bem-sucedidas são tidas como aquelas que colocam os indivíduos como coautores do processo, envolvendo-os com e no método de trabalho.

A concepção e ação em educação em saúde trazida pelos trabalhadores de saúde deste estudo remetem ao princípio doutrinário do século XIX denominado higienismo, podendo ser identificada a grande influência que ele possui nas práticas de saúde empregadas ainda hoje.²¹ Este princípio parte do pressuposto que a educação em saúde é uma resposta imediatista aos problemas identificados, visando a transformação do meio através de posturas autoritárias.²² Outros estudos também têm mostrado a problemática da percepção dos profissionais de saúde em relação à educação em saúde ainda estar centrada na oferta de cursos de capacitação e palestras vinculados a uma educação bancária e pouco problematizadora.^{23,24,25} Além disso, retratam como dificuldade, trazer o usuário para o processo educativo, obtendo a sua atenção e a inexistência de um espaço físico adequado para a execução das atividades.^{23,25}

Ainda há a necessidade de perceber que o “agir de forma educativa” independe de um espaço físico específico, podendo ser executado em todos os momentos de atuação do profissional de saúde como, por exemplo, no momento de vacinar uma criança, nas consultas de rotina, na coleta de exames, em visitas domiciliares, dentre outros espaços onde estes profissionais circulam em seu cotidiano.²⁶ Além disso, trata-se de uma vivência replicada historicamente, a partir do processo de formação, onde a relação entre a educação e as ferramentas utilizadas para colocá-la em prática fazem referência ao sistema bancário, ou seja, de transmissão do conhecimento, quando um dos sujeitos em relação é o detentor do saber e transmite a

Educação em saúde e empoderamento do usuário...

informação ao outro sujeito que, até aquele momento, a “desconhecia”.²⁶⁻²⁷

A partir desta postura profissional, torna-se difícil empoderar os usuários do sistema público de saúde, sobretudo, para o exercício do controle social. Parte-se do pressuposto de que ele está diretamente relacionado à possibilidade de emancipação individual e formação da consciência coletiva. Portanto, a utilização de estratégias verticais em educação em saúde, provavelmente, não é capaz de formar indivíduos críticos, reflexivos e que consigam interferir efetivamente nas tomadas de decisão em prol de melhorias das condições de saúde da coletividade.^{3,4,28}

Contudo, compreender o empoderamento como sendo um direito em saúde e, ao mesmo tempo, tal termo ser desconhecido por outros profissionais, coloca em evidência o descompasso existente no processo de formação e de educação permanente dos mesmos trabalhadores em questão.

Tem-se que a educação permanente em saúde consiste em uma prática capaz de transformar e problematizar a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde, tendo como foco o cotidiano dos serviços.²⁹ Naturalmente, nos momentos de educação permanente é que as situações vêm à tona, necessitando serem colocadas em evidência e problematizadas para que a equipe possa refletir sobre o seu fazer, elencando possibilidades de mudanças que culminem na melhoria da assistência e do processo de trabalho em saúde.

Não se defende a ideia de que a educação permanente possa ser utilizada como um dispositivo nivelador dos serviços de saúde. Inclusive por compreender que estes possuem suas particularidades que, também, estão ligadas às condições loco regionais que se encontram situadas.³⁰ Contudo, não de existir princípios ou objetivos que sejam confluentes, ou seja, que possam servir como “ponto de partida” no direcionamento das práticas de saúde daquele determinado distrito sanitário ou município e a educação permanente, podendo ser capaz de fortalecê-los.

Esses princípios deverão estar diretamente relacionados às diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo incondicional o conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, destes requisitos indispensáveis para a atuação nos serviços públicos de saúde.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou evidenciar que o modelo de educação em saúde hegemônico é tradicional, pautando-se em orientações

direcionadas verticalmente aos usuários, não levando em consideração as histórias de vida e os saberes distintos destes. Além disso, existe uma forte tendência em repassar informações e não reconstruir significados coletivamente, não proporcionando que o usuário faça parte do processo de construção e planejamento das ações educativas.

Essas têm sido fragmentadas, pontuais e realizadas em momentos determinados, como grupos educativos ou salas de espera. Existe uma cultura compartilhada de que a educação em saúde deve ter um momento específico para acontecer, estando distanciada da assistência. É como se ela fosse mais uma atividade a ser feita no cotidiano e não um aspecto ou uma dimensão que perpassa todo o fazer do trabalhador de saúde.

As práticas educativas em vigor nos serviços de saúde não têm favorecido para a instrumentalização da comunidade ao autocuidado e nem o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, tampouco, ao processo de promoção do controle social em saúde. Parte disso pode ser fruto do processo de formação dos profissionais de saúde que ainda continua na dimensão uniprofissional e pouco propositiva no sentido de vislumbrar uma mudança na postura profissional, capaz de horizontalizar o planejamento do cuidado e fazer com que os usuários façam parte deste processo. Outra parte coloca em evidência o processo de educação permanente atualmente em vigor nos serviços públicos de saúde, suscitando o não alcance dos objetivos traçados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Este estudo não possui a pretensão de esgotar a discussão e produção científica acerca das temáticas aqui tratadas, mostrando a necessidade de investigações que possuam a sensibilidade de mostrar possíveis caminhos e/ou percursos diretivos no sentido do exercício de uma educação em saúde que seja capaz de empoderar os usuários do sistema de saúde público alcançando, inclusive, a efetivação do controle social.

REFERÊNCIAS

1. Batista AA, Muniz JN, Ferreira Neto JA, Cotta RMM. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. *Saúde soc* [Internet] 2010 Oct/Dec [cited 2011 Dec 02];19(4):784-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/06.pdf>
2. Organização Panamericana de Saúde. Carta de Ottawa. In: Conferência internacional sobre promoção da saúde, 1., nov. 1986. Ottawa, Canadá. p. 19-27.
3. Vasconcelos E. O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus; 2004.
4. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
5. Alves GG, Aertz D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet] 2011 Jan [cited 2012 Mar 15];16(1):319-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>
6. Brasil. Presidência da República. Lei no 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Presidência da República; 1990.
7. Cotta RMM, Casal MM, Rodrigues JFC, Gomes KO, Junqueira TS. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis* [Internet] 2010 [cited 2011 June 17];20(3):853-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a09.pdf>
8. Martins PC, Cotta RMM, Batista RS, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *Physis* [Internet] 2009 [cited 2010 Oct 29];19(3):679-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a07v19n3.pdf>
9. Gorry C. Primary care forward: raising the profile of Cuba's nursing profession. *MEDICC Rev* [Internet]. 2013 Apr [cited 2015 Feb 10];15(2):5-9. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/medicc/v15n2/a02v15n2>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção básica e a saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Santos ZMSA, Lima HP. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev Rene* [Internet] 2008 [cited 2011 Feb 12];9(1):60-8. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/523/pdf>
12. Buss, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.
13. Pelicioni MCF, Pelicioni AF, Toledo RF. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: Rocha AA, Cesar CLG. (Org.). Saúde Pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 165-77.
14. Oliveira ML, Almeida ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde soc* [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 2010 Nov 11];18(1):141-53.

Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/14.pdf>

15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

17. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc saúde coletiva [Internet] 2014 Mar [cited 2014 July 19];19(3):847-52. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>

18. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciênc saúde coletiva [Internet] 2007 Mar/Apr [cited 2010 Jan 14];12(2):335-42. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>

19. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP, Moreira T, Hoffman LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. saúde coletiva [Internet] 2008 Dec [cited 2013 Aug 02];13(Suppl 2):2133-44. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>

20. Ballarin MLGS, Palm RCM, Carvalho FB, Toldrá RC. Metodologia da problematização no contexto das disciplinas práticas terapêuticas supervisionadas. Cad Ter Ocup UFSCAR [Internet] 2013 [cited 2014 Mar 12];21(3):609-16. Available from:
<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/921/473>

21. Oliveira L, Passador C. Considérations sur l'indice de performance du système unique de santé (SUS) au Brésil. Santé Publique [Internet]. 2014 June [cited 2014 Nov 11];26(6):829-36. Available from: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-829.htm>

22. Acioli S, David HMSL, Faria MGA. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2012 Oct/Dec [cited 2013 Jun 12];20(4):533-6. Available from:
<http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a20.pdf>

23. Oliveira SRG, Wendhausen ÁLP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. Trab educ saúde [Internet]. 2014 Jan/Apr [cited 2014 Oct];12(1):129-47. Available

from:
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n1/08.pdf>

24. Gazzinelli MFC, Marques RC, Oliveira DC, Amorim MMA, Araújo EG. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. Trab educ saúde [Internet]. 2013 Sept/Dec [cited 2014 Jan 28];11(3):553-71. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a06.pdf>

25. Moutinho CB, Almeida ER, Leite MTS, Vieira MA. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros da saúde da família. Trab educ saúde [Internet] 2014 May/Aug [cited 2014 Dec];12(2):253-72. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a03v12n2.pdf>

26. Ferreira VF, Rocha GOR, Lopes MMB, Santos MS, Miranda AS. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. Trab educ saúde [Internet] 2014 May/Aug [cited 2014 Dec 08];12(2):363-78. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a09v12n2.pdf>

27. Freire P. Pedagogia do oprimido. 50 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

28. Zenzano T, Allan JD, Bigley MB, Bushardt RL, Garr DR, Johnson K, et al. The roles of healthcare professionals in implementing clinical prevention and population health. Am J Prev Med. 2011; 40(2): 261-7. (Impresso)

29. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 06];48(1):170-85. Available from:
<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/80608/84265>

30. Santos NO, Santos VCF, Santos MP, Roese A. (Des)encontros: a educação em saúde na formação profissional do enfermeiro. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2010 Mar 04];7(esp):5000-7. Available from:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3198/679>
 1 doi: 10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201324

Submissão: 11/05/2015

Aceito: 20/11/2015

Publicado: 01/01/2016

Correspondência

Bethania Ferreira Goulart
 Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 Curso de Graduação em Enfermagem
 Praça Manoel Terra, 330
 CEP 38015-050 – Uberaba (MG), Brasil