ANTONIO CARLOS CARDOSO GALANTE

**Educação Popular em Saúde traçando linhas de conhecimento em Ilhabela:
ferramentas de Análise Institucional desenhando processos de trabalho**

São Paulo

2020

ANTONIO CARLOS CARDOSO GALANTE

**Educação Popular em Saúde traçando linhas de conhecimento em Ilhabela:
ferramentas de Análise Institucional desenhando processos de trabalho**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercília de Araujo

São Paulo

2020

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

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Galante, Antonio Carlos Cardoso.

Educação Popular em Saúde traçando linhas de conhecimento em Ilhabela: Ferramentas de Análise Institucional desenhando processos de trabalho / Antonio Carlos Cardoso Galante ; orientador Maria Ercília de Araujo -- São Paulo, 2020.

279 p. : fig., tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Educação Popular em Saúde. 2. Políticas públicas de Saúde. 3. Atenção primária à Saúde. 4. Análise institucional. I. Araujo, Maria Ercília de. II. Título.

Galante ACC. Educação Popular em Saúde traçando linhas de conhecimento em Ilhabela: ferramentas de Análise Institucional desenhando processos de trabalho. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: / /2020

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

*Dedico esse trabalho à minha família.
A princípio aos meus genitores Alcida e
João por ser e existir, à minha sempre
companheira de todos os momentos Simone
e aos meus queridos e amados filhos
Augusto e Nicolas, porque sem o apoio
incondicional de todos eu não conseguiria
alcançar o meu objetivo!*

AGRADECIMENTOS

Voltar aos estudos rígidos e diários após um longo período somente como trabalhador SUS foi desafiador e preocupante. Defender o projeto de pesquisa uma conquista. A experiência desse trajeto forjou uma rede de amigos e colaboradores que me auxiliaram nesta jornada, de pessoas e instituições, singulares e especiais.

Início os agradecimentos aos que passaram por mim nesta vida e afetaram de alguma forma a condução do meu trabalho na universidade e nos serviços do sistema de saúde público.

A princípio, à minha orientadora Maria Ercilia de Araujo, no crédito dispensado em mim e na paciência e dedicação para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Aos colegas de trabalho do SUS de Ilhabela, que enriqueceram os pensamentos e discussões sobre saúde coletiva. Em especial, aos da Unidade de Saúde da Água Branca, onde trabalhei por doze anos. Aos gestores municipais e colegas de outras unidades, setores e núcleos que participaram de diálogos e compartilhamentos sobre o trabalho sobre educação e saúde, me estimulando em diversos saberes na condução deste estudo.

Aos educadores da Prefeitura Municipal de Ilhabela, em especial aos da escola José Benedito de Moraes, do bairro Reino, que me apoiaram incondicionalmente a princípio no projeto de trabalho e depois no projeto de pesquisa.

Aos sujeitos do projeto Professor Saúde e aos companheiros da saúde e educação que se disponibilizaram ao roteiro de entrevista semiestruturado.

Aos conselhos municipais, Conselho Gestor/Local da Unidade de Saúde da Água Branca, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Educação e Comissão dos Conselhos, com seus membros sempre disponíveis em me acolher em suas reuniões.

À Câmara Municipal de Ilhabela, em especial ao Dr. Leandro, ao vereador Gabriel Rocha e ao seu assessor Alexandre em suas contribuições em várias reuniões a respeito da Lei Municipal de “Atenção à Saúde nas Escolas”.

Aos amigos no Programa de Formação Interdisciplinar em Saúde que contribuíram imensamente, em aspectos de vínculos pessoais e profissionais, através de importantes compartilhamentos de experiências e vivências.

Aos docentes que fizeram parte da trajetória trilhada no Programa de Formação Interdisciplinar em Saúde que contribuíram imensamente no desenvolvimento de aprendizagem, acadêmico e afetivo através de importantes discussões e reflexões.

À minha irmã Adriana que me apoiou em transcrições e manteve um diálogo sobre temas e assuntos diversos.

Aos meus sogros, D. Helena e Seu Milton, pelo acolhimento em vários momentos de minha vida.

À secretaria da Odontologia Social, Sônia que em diversos assuntos acadêmicos teve paciência e resolubilidade.

À bibliotecária da Faculdade de odontologia da Universidade de São Paulo, Glauci pelas várias contribuições na normatização.

Aos bibliotecários do Centro de Biologia Marinha da USP, Virginia e Wagney por diversas dicas de formatação da pesquisa.

À doutora do Centro de Biologia Marinha da USP, Karine Nascimento pela troca de compartilhamentos dos processos da pesquisa.

Ao técnico de informática Paulinho da Secretaria Municipal de Saúde de Ilhabela, pelos conselhos e adaptações na formatação do trabalho.

Melhor do que a criatura,
fez o criador a criação.
A criatura é limitada.
O tempo, o espaço,
normas e costumes.
Erros e acertos.
A criação é ilimitada.
Excede o tempo e o meio.
Projeta-se no Cosmos.

Cora Coralina

RESUMO

Galante ACC. Educação Popular em Saúde traçando linhas de conhecimento em Ilhabela: ferramentas de Análise Institucional desenhando processos de trabalho. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Original.

A compreensão do fenômeno “educar” na composição de uma vida saudável, integra cada vez mais a condição necessária da formação do indivíduo. As estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde são reorganizadas nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária em Saúde. O governo, instituições e grupos comunitários passam a ser determinantes para garantir a atenção à saúde. A visualização brasileira desse contexto carece de uma apropriação do lado teórico para o prático, e as políticas públicas devem direcionar programas, planos e projetos nesse sentido. O projeto “Professor Saúde”, em Ilhabela, foi executado no decorrer do ano de 2017 e desenvolvido pela equipe Salmão da Unidade Básica de Saúde da Água Branca e a escola José Benedito de Moraes, seguindo o Projeto Político-Pedagógico, onde a interação profissional de saúde, da educação, educandos e responsáveis foi conjugada em atividades educativas na unidade escolar conforme as demandas indicadas pelo Conselho Escolar e educadores. Durante as atividades de Educação Popular em Saúde (EPS) foi construído um Portfólio Reflexivo Coletivo com relatos e indicações dos sujeitos envolvidos direta ou indiretamente no projeto. Foram inseridos 14 profissionais da Secretaria de Saúde e um membro do Conselho Municipal Sobre Drogas em 14 atividades/temas no período letivo, com três tipos de público alvo: professores, responsáveis e educandos. A experiência adquirida nesse processo de trabalho fomentou no presente projeto de pesquisa. **Objetivo:** identificar processos de EPS em busca da integralidade da assistência na atenção à saúde, nas opções pedagógicas, ideias e inovações, nas atribuições dos profissionais de saúde, a parceria intersetorial da Educação e Saúde e a vinculação à construção do potencial emancipatório do conhecimento popular do processo saúde-doença. **Metodologia:** foi empregada uma pesquisa qualitativa através de uma Análise Institucional em métodos de entrevistas individuais com um roteiro de perguntas semiestruturadas, abertas. Com uma amostragem por conveniência de 27 sujeitos,

sendo dezoito da Saúde e nove da Educação, o método Análise de Discurso foi empregado para as análises das entrevistas, enquanto a Análise Temática de Conteúdo interpretou as representações do Portfólio Reflexivo Coletivo. **Resultados:** foi evidenciada uma fragilidade na concepção de políticas públicas na prevenção de doenças e promoção à saúde no município de Ilhabela. Dentre as causas para esta fragilidade destaca-se: (i) a falta de interação das pastas da Educação e da Saúde; (ii) o fraco conhecimento da população sobre sua saúde e sua consequente vulnerabilidade; (iii) as poucas ideias e inovações sobre o tema educar em saúde; (iv) a pseudo-realização do cumprimento das atribuições profissionais em conhecimento das demandas de saúde da comunidade e; (v) diversos entraves da execução de processos educacionais, embora haja um início de apropriação da questão educacional. **Conclusão:** a observação da reprodução de um modelo fragmentado e difundido com a leitura biomédica começa a ser repensado em transformações, em exemplos e envolvimento de atenção à saúde e formulação de políticas públicas de saúde institucionais. Esse caminho foi apresentado para viabilizar a mudança de antigos paradigmas. As várias ações e intervenções executadas durante esta pesquisa fomentou em uma Análise Institucional de um processo reflexivo de profissionais da saúde relacionado ao educar em saúde. Um produto na forma de uma lei municipal intitulada “Atenção à Saúde nas Escolas” foi elaborado e desenvolvido pelo pesquisador e aprovado pela Câmara Municipal de Ilhabela durante esse projeto.

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde. Políticas públicas em saúde. Atenção Primária em Saúde. Análise Institucional.

ABSTRACT

Galante ACC. Popular Health Education building knowledge lines in Ilhabela: Institutional Analysis tools designing work processes [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Original Version.

Understanding the phenomenon "education" in the composition of a healthy life increasingly integrates the necessary condition of the formation of the individual. Strategies to enable health promotion actions are reorganized in health services, especially in Primary Health Care. Government, institutions and community groups become crucial to ensure health care. The Brazilian visualization of this context needs to be appropriated from the theoretical to the practical side, and public policies should direct programs, plans and projects accordingly. The "Health Teacher" project, in Ilhabela, was implemented during 2017 and was developed by the Salmon team of the Água Branca Basic Health Unit and the José Benedito de Moraes school, following the Political-Pedagogical Project, where (professional interaction) the interaction between Health professionals, educators, students and guardians was combined in educational activities in the school unit as the demands indicated by the School Board and educators. During the activities of Popular Health Education (PHE) a Collective Reflective Portfolio was built with reports and indications of the subjects directly or indirectly involved in the project. Fourteen professionals from the Secretariat of Health and one member of the Municipal Council on Drugs were inserted in 14 activities / themes during the academic period, with three types of target audience: teachers, guardians and students. The experience gained in this work process has fostered the present research project. **Objective:** To identify PHE processes in search of comprehensive health care assistance, pedagogical options, ideas and innovations, the attributions of health professionals, the intersectoral partnership of Education and Health and the link to the construction of the emancipatory potential of popular knowledge of the health-disease process. **Methodology:** A qualitative research through an Institutional Analysis was used in individual interview methods with a script of semi-structured, open questions. With a convenience sample of 27 subjects, eighteen from Health and nine from Education,

the Discourse Analysis method was used for interview analysis, while Thematic Content Analysis interpreted the representations of the Collective Reflective Portfolio

Results: there was a weakness in the conception of public policies in disease prevention and health promotion in the municipality of Ilhabela. Among the causes for this fragility are: (i) lack of interaction between Education and Health folders; (ii) the poor knowledge of the population about their health and its consequent vulnerability; (iii) the few ideas and innovations on health education; (iv) the pseudo-accomplishment of the fulfillment of the professional attributions in knowledge of the health demands of the community and; (v) several obstacles to the execution of educational processes, although there is a beginning of appropriation of the educational issue. **Conclusion:** The observation of the reproduction of a fragmented and widespread model with biomedical reading is beginning to be rethought in transformations, examples and health care involvement and formulation of institutional public health policies. This path was presented to enable the change of old paradigms. The various actions and interventions performed during this research fostered an Institutional Analysis of a reflective process of health professionals related to health education. A product in the form of a municipal law entitled “Health Care in Schools” was drafted and developed by the researcher and approved by Ilhabela City Council during this project.

Keywords: Popular health education. Public policies in health. Primary health care. Institutional Analyze.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1 - Formação dos sistemas de saúde mundiais.....	32
Figura 1.2 - Organizações das atenções à saúde em Cuba	38
Figura 1.3 - Contexto organizacional sócio-político do sistema de saúde.....	53
Figura 1.4 - Formação de políticas públicas	56
Figura 1.5 - Enfoques sobre Educação e Saúde.....	77
Figura 1.6 - Plano de ação de gestão colegiada	78
Figura 1.7 - Ciclos de aprendizagem experiencial	81
Figura 1.8 - Produção do cuidado em saúde	84
Figura 2.1 - Localização geográfica de Ilhabela.....	89
Figura 2.2 - Qualidade da balneabilidade das praias de Ilhabela.....	91
Figura 2.3 - Evolução das receitas dos <i>Royalties</i> em Ilhabela	92
Figura 2.4 - Gastos com eventos em Ilhabela em 2017	94
Figura 2.5 - Gastos por setores em Ilhabela em 2017	95
Figura 2.6 - Localização das unidades de saúde em Ilhabela.....	97
Figura 2.7 - Notas do PMAQ 1º ciclo de Ilhabela	99
Figura 2.8 - Notas do PMAQ 2º ciclo de Ilhabela	100

Figura 2.9 - Notas do PMAQ 3º ciclo de Ilhabela.....	100
Figura 2.10 - Unidades escolares em Ilhabela.....	101
Figura 2.11 - Evolução do IDEB do Fundamental I em Ilhabela	102
Figura 2.12 - Delimitação da área de atuação da pesquisa.....	104
Figura 6.1 - Bairros com ocupações desordenadas em Ilhabela	126
Quadro 6.2 - Organograma de divisão das áreas da unidade de saúde	130
Figura 7.1 - Trabalho de intervenção no campo do conhecimento significativo.....	193
Figura 7.2 - Eixos de articulação da Educação Popular em Saúde	197

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Mudanças dos nomes do Arquipélago de Ilhabela.....	88
Tabela 4.1 - Relação de atividades educativas executadas por profissionais na Atenção Básica	119
Tabela 6.1 - Profissionais da saúde entrevistados	130
Tabela 6.2 - Profissionais da educação entrevistados	130
Tabela 6.3 - Profissionais de saúde entrevistados (Categorias)	131
Tabela 7.1 - Categorias da pesquisa formadas.....	144
Tabela 7.2 – Categorias e Subcategorias discutidas nos Capítulos/Seções.....	145
Tabela 7.3 - Categorias, numeração dos sujeitos e capítulos da discussão dos sujeitos	147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS AD	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas
CD	Cirurgião Dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSa	Conselho Nacional de Saúde
COMSOD	Conselho Municipal Sobre Drogas
COMUS	Conselho Municipal de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EeS	Educação em Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Popular em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
GsE	Gestores dos serviços da Educação
GSS	Gestores dos Serviços da Saúde
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NHS	<i>National Health Service</i> (Reino Unido)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PPP	Projeto Político Pedagógico
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PsE	Profissionais dos serviços da Educação
PSF	Programa de Saúde da Família
PSS	Profissionais dos Serviços da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNS	<i>Sistema Nacional de Salud</i> (Cuba)
SSN	<i>Servizio Sanitario Nazionale</i> (Itália)
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

APRESENTAÇÃO

Essa pesquisa se iniciou através de um longo processo de reflexão e trabalho de um profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui quase três décadas de serviços executados no menor município em território e população do Litoral Norte Paulista, Ilhabela, onde há muito as atividades voltadas para a Educação em Saúde (EeS) vinham sendo realizados pelo trabalhador.

A experiência na Atenção Primária em Saúde (APS), ao longo do tempo, evidenciava a falta de conduções dos serviços voltados para direções intersetoriais em EeS. Somente a Equipe de Saúde Bucal (ESB) executava programas educativos rotineiros, de certa forma engessados e repetitivos, com a inserção do Cirurgião Dentista (CD) nos cenários educativos municipais, como as creches e escolas de Ensino Fundamental I e II, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

Após ingressar no mestrado profissional, aumentou a inquietude no pesquisador de proporcionar algo que se transformasse em algum alicerce relacionado à linha de pesquisa, articulando o embasamento teórico adquirido durante as aulas e leituras com a prática dos serviços. Dessa forma, o vínculo com os educadores no seu território de abrangência facilitaria, o que foi nomeado de projeto Professor Saúde com práticas direcionadas para a Educação Popular em Saúde (EPS).

Essa experiência adquirida transformou-se em prática de um modelo de atenção¹ à saúde e ainda criou um equipamento da pesquisa, onde o pós-graduando além de mediar todas as atividades educativas conforme as demandas do ambiente escolar em apontamentos do Conselho Escolar e equipe de trabalhadores da escola, estimulava e gerenciava o diálogo entre secretarias.

Outra ferramenta da pesquisa foi construída conforme as atividades dos educadores em saúde no projeto Professor Saúde eram desenvolvidas - o Portfólio

¹ Os modelos de atenção, segundo Paim (2003, p.554), “[...] refletem as combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho. São uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde.” ou processos de trabalho em saúde. Visualiza a integração dos meios técnicos-científicos do cotidiano para a resolubilidade das demandas de saúde da comunidade (modelo de intervenção em saúde).

Reflexivo Coletivo. Este portfólio abrange a captação de, após cada processo educacional, relatos dos movimentos educativos experimentados, arquivos fotográficos e questionamentos em reuniões da ESB e professores. Esse documento, multiprofissional e interdisciplinar, foi construído principalmente para a formulação de um documento que abrigasse o registro das práticas educacionais, e para evitar o lapso de memória na execução de uma pesquisa retrospectiva.

Com esse modelo de atenção, o caminho da pesquisa foi direcionado em um trabalho qualitativo de ordem subjetiva e contextual, onde entrevistas semiestruturadas em questões abertas foram realizadas aos sujeitos² que de alguma forma vivenciaram o trajeto do projeto Professor Saúde. Assim, em uma amostra de conveniência, esses sujeitos da Educação e Saúde indicaram as práticas, experiências, entraves e desafios encontrados na interpretação dos fenômenos para evidenciar profunda e adequadamente o objeto do estudo relacionado ao educar em saúde.

Nesse contexto, durante a pós-graduação, visou-se a possibilidade de exercer um projeto de intervenção dos serviços prestados no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Ilhabela. Além disso, propôs-se, através de ferramentas de Análise Institucional (AI), o direcionamento da atenção à saúde na Macropolítica³ pública em diversas atividades voltadas à EeS.

As diversas mediações inerentes ao processo do educar em saúde possibilitaram a confecção e aprovação de uma lei municipal intitulada “Atenção à Saúde nas Escolas”, como uma devolução do instituinte para as ansiedades visualizadas nas entrevistas executadas e como produto do Mestrado Profissional.

Nessa trajetória explorada com diversos diálogos e discussões, o pesquisador e também sujeito afetado pela pesquisa, procurou responder sua angústia e a indagação: “Por quais motivos as atividades educativas em saúde são precariamente executadas por profissionais de saúde no município de Ilhabela?”

² [...] o sujeito não é tão simplesmente uma máquina de pensar, mas é fenômeno, mudança, processo, tempo. Um eu que é fluxo do pensamento e processo relacional - perspectiva diametralmente oposta e que rompe com uma visão metafísica do eu. O sujeito perde o status de substâncias mental e material (fixas, eternas) e passa a ser fenômeno (mutável, finito) (Araújo et al, 2018, p. 2).

³ O conceito de ‘Macropolítica’ pública abrange a intenção de produzir um direcionamento em saúde a nível da cidade, e não somente do seu território de atuação na APSB (Nota do autor).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
1.1	Sistemas de saúde no mundo: estrutura e concepções	30
1.2	Sistema de saúde no Brasil: trajetória e transformações	46
1.3	Políticas públicas no Brasil	55
1.4	As atribuições específicas e o extramuros: tons de mudança da contemporaneidade	61
1.5	Reflexões sobre empoderamento comunitário (<i>Paulo Freire</i>)	66
1.6	Educação Popular em Saúde (<i>Eymard Mourão de Vasconcelos</i>)	72
1.7	Experiências criando competências: o ideal e o atual (<i>Jorge Larrosa Bondia</i>)	79
2	O PROJETO PROFESSOR SAÚDE.....	87
2.1	O arquipélago da Estância Balneária de Ilhabela	87
2.2	As estruturas das secretarias de saúde e educação do município	95
2.3	O projeto Professor Saúde	103
2.3.1	Resultados do projeto de trabalho	108
3	PORTFÓLIO REFLEXIVO COLETIVO	111
4	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	117
5	OBJETIVOS	121
6	METODOLOGIA	123
6.1	Tipo de estudo	124
6.2	O cenário de estudo	126
6.3	Participantes do estudo	129
6.4	Técnica e instrumentos para coleta de dados	132
6.5	Coleta de dados	136
6.6	Análise e interpretação dos dados	137
6.7	Mecanismos de Análise Institucional	139
6.8	Questões éticas	141

7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	143
7.1	Capítulo 1 – O Sujeito.....	146
7.1.1	Os profissionais da saúde, gestão e dos serviços, dialogam com consenso?	147
7.1.2	A visão dos profissionais da educação, pontos e contrapontos da parceria com a saúde	164
7.1.3	Percepções e limitações do “educar em saúde”	171
7.1.4	As vivências e competências construídas	173
7.2	Capítulo 2 – A Educação	177
7.2.1	As opções pedagógicas traçadas	178
7.2.2	Inovações, ideias e contextos da educação em saúde	181
7.2.3	O impacto para o sujeito	185
7.3	Capítulo 3 – As Opções do Educar em Saúde.....	189
7.3.1	Os trajetos a seguir.....	191
7.3.2	Mas como realizá-los	195
8	CONCLUSÃO	205
	PRODUTO	209
	REFERÊNCIAS	213
	APÊNDICES	243
	ANEXOS.....	253

1 INTRODUÇÃO

A Educação popular acompanha, apoia e inspira ações de transformação social. Nela, o processo educativo se dá na ação de mudar padrões de conduta, modos de vida, atitudes e reações sociais. Portanto, se a realidade social é ponto de partida do processo educativo, este volta à ela para transformá-la (Werthein⁴ 1985 apud Almeida, Pires, 2016, p. 32).

A Educação em Saúde (EeS) é admitida como uma ferramenta de promoção à saúde e a prevenção de doenças, que auxilia no desenvolvimento e na eficácia de um sistema de saúde, e que ampara as necessidades de saúde de sua população. A determinação da relação intrínseca da construção da autonomia da comunidade e do conhecimento popular unido com as competências dos profissionais que as proporcionam, fomenta que o indivíduo se transforme em práxis conscientes e modeladores (Freire, 1996), como indica o Ministério da Saúde (MS):

A educação em saúde, assim denominada porque, na preposição "em" afirma-se o vínculo com os serviços de saúde, foi destinada a desempenhar um importante papel em termos de controle social dos doentes e/ou das populações "de risco". O âmbito da educação em saúde é relativamente amplo. Inclui desde técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapêuticas lidar com o abandono do tratamento, com a "negociação" da prescrição médica pelos pacientes até aquelas outras, orientadas para a prevenção de comportamentos "de risco", (...) (Brasil, 2007a, p. 50).

O âmbito da EeS se fortifica em ambientes de articulação do profissional com o usuário com grandes possibilidades na emancipação da sociedade no tema saúde, as diretrizes norteadoras dessas práticas e condutas se encontram em orientações dos modelos de atenção à saúde. No entanto, historicamente, essas determinações demoraram a serem articuladas. No início das pesquisas científicas em saúde, com a descoberta da bactéria por Louis Pasteur, no século XIX, e a determinação da relação uni causal de determinação das doenças seguidos por Heinrich Koch⁵ em

⁴ Jorge Werthein é doutor em educação pela Universidade de Stanford (1974), onde também obteve os graus de mestre em comunicação e de mestre em educação. Graduiu-se em sociologia pela Universidade de Berkeley. Nas Nações Unidas foi diretor do Escritório da Unesco em Nova York/Washington e diretor do escritório da Unesco no Brasil entre 1996 e 2005. Em 2006, exerceu o cargo de assessor especial do secretário-geral da Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI). Publicou 15 livros e diversos artigos. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/223-505975284/9845-sp-1130360531>.

⁵ Heinrich Hermann Robert Koch (1843 — 1910) foi um médico, patologista e bacteriologista alemão. Foi um dos fundadores da microbiologia e um dos principais responsáveis pela actual compreensão da epidemiologia das doenças transmissíveis.

suas investigações, as condutas de EeS não eram consideradas relevantes para essa Teoria Microbiana (Arouca, 1975).

Com o aumento das enfermidades no século XX, aliado ao desenvolvimento industrial e urbano, o paradigma biologicista no seu modelo de produção de doenças relacionado às bactérias, apontava uma compreensão sobre as origens das doenças, relacionando sua existência com: i) a presença de agentes etiológicos dentro do corpo do hospedeiro; ii) as condições de saúde no meio ambiente e; iii) a vida da população com o controle de agentes específicos e a prevenção. No entanto, o modelo proposto não compreendia a totalidade e complexidade do fenômeno da produção da saúde, pois não reconhecia os fatores sociais, históricos, culturais e ecológicos, resultando em distorções de aplicação e uso de recursos educacionais, dificultando o reconhecimento dos diversos fatores associados (Santos, Westphal, 1999).

O período citado acima, conhecido como Era Bacteriológica, gerou ações em EeS com enfoque autoritário e coercitivo, criando regras para normatizar comportamentos e atitudes, regrando o bem-viver das pessoas que passavam a ser consideradas como um conjunto de seres a serem doutrinados, criando o estigma da “polícia sanitária”, com vistas à formação da informação clínica para o indivíduo portador de doença (Pelicioni, Pelicioni, 2007). Esse modelo resultou na falta de compreensão do conceito ampliado de saúde, com o paradigma biologicista e uma visão reducionista, evidenciado e concretizado com o Relatório Flexner⁶ de 1910, onde foi apontado que “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta” (Flexner 1910 apud Pagliosa, Ros 2008, p. 496).

Esse padrão assistencial centrado na doença com uma visão técnico-científica, não democrática, fragmentada e socialmente aristocrata, começou a perder seu valor a partir da Reforma Sanitarista e Médica com a passagem para o século XX (Paim, 2008). O primeiro curso de EeS criado se deu entre 1921 e 1922, no departamento de Medicina Preventiva, na Faculdade de Saúde Pública associada à Universidade de Harvard, nos Estados Unidos. No Brasil, o Instituto de Hygiene de

⁶ Abraham Flexner graduado em química, estudou a situação da formação médica nos Estados Unidos e Canadá, a pedido da *American Medical Association* (AMA) para a Fundação Carnegie. Em seu Relatório Flexner (1910) com 576 páginas, executou-se uma reforma do ensino médico americano, no estímulo à pesquisa, direcionamento hospitalocêntrico e às especialidades médicas (Lampert, 2002).

São Paulo⁷ criou em 1925, o primeiro curso de Educação Sanitária no país (Candeias, 1984).

Os diferentes sistemas de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), podem ser concebidos na combinação de múltiplos fatores de acordo com as organizações, recursos, gerência e financiamento que visam à determinação dos seus serviços para a população (WHO, 2000). A articulação dos diversos componentes que caracterizam esses sistemas dirige seus interesses e intervenções na produção da saúde. Os princípios específicos de concepção que norteiam a função solidária e efetiva em coletividade passam pelo movimento sanitário, em um contraponto ao modelo médico hegemônico ou centrado no conhecimento biomédico, elitista e especializado (Gil, 2006; Borges, 2010; Paim et al., 2012).

Essas intervenções pertencentes a um novo movimento de produção de saúde, no interior da medicina, começaram a surgir e invocaram um novo exemplo de sistemas de saúde que sustentam relações democráticas em suas diretrizes com a existência de critérios de saúde pública, com envolvimento popular e de construção coletiva. Assim, com esses pensamentos se dialogaram novas edificações baseadas na promoção de saúde relacionada a modelos assistenciais integrais e equânimes (Almeida, 2010).

A atenção à saúde indicada nesses sistemas universalizantes e includentes, visualiza e fortalece o reconhecimento do sujeito como um indivíduo único, social e culturalmente diferente em diversos contextos do seu meio de vida. Além disso, faz com que políticas públicas visem a adoção de uma série de tecnologias com baixo custo e simplicidade para o combate de diversas doenças das comunidades mais carentes (Paim, 2006).

A articulação desses movimentos ditos como sanitários fundamentados na saúde, como direito da população e um dever do Estado, pronunciou uma superação das distâncias entre profissionais de saúde e usuários. O resgate do projeto coletivo de saúde no planejamento dos processos de emancipação aponta a dimensão da

⁷ A Faculdade de Saúde Pública da USP tem sua origem em 1918, quando o Laboratório de Higiene e Saúde Preventiva foi criado ligado à Faculdade de Medicina. Em 1930 o Laboratório foi transformado no Instituto de Higiene e ganhou um importante edifício, financiado pela Fundação Rockefeller. Quando, em 1934, o governador de São Paulo criou a Universidade de São Paulo, o Instituto de Higiene foi transformado na Escola de Higiene e Saúde Pública. Em 1938, a Escola de Higiene começou a oferecer cursos para médicos sanitaristas, tornando-se um centro de referência nacional e internacional. A partir de 1969 a Faculdade passou a ser denominada de Faculdade de Saúde Pública. (Disponível em: <https://sites.usp.br/fsp/historia/>)

ação educativa conjugado com a mobilização popular como fator determinante de produção de saúde.

As ações de Educação Popular em Saúde impulsionam movimentos voltados para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas de saúde direcionando-as para o cumprimento efetivo das diretrizes e dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social (Brasil, 2007a, p. 16).

Dentre os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) indicados na citação acima, e do conjunto de áreas que compõem as Ciências da Saúde, é cabida à Saúde Coletiva propor técnicas e métodos de produzir saúde no cotidiano da população. A OMS conceitua que a "Educação em saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizado projetadas para ajudar indivíduos e comunidades a melhorar sua saúde, aumentando seus conhecimentos ou influenciando suas atitudes." (WHO, 2017).

A Atenção Primária em Saúde (APS) do SUS é uma estratégia que contempla um conjunto de ações individuais e coletivas direcionada pela Saúde Coletiva. O intuito da APS é ampliar a plenitude de saúde da comunidade por intermédio de uma ação integral ao cuidado, no desenvolvimento tanto da autonomia, como da situação de saúde dos indivíduos, evidenciando os condicionantes e determinantes de saúde da população (Brasil, 2006a, 2012a).

O caráter de transformação do sujeito através da ferramenta educacional que funda práticas libertadoras em ambientes de saúde constrói padrões de vida sadios, com debates de relevância sócio-histórica da comunidade com os educadores, conjugando a formação profissional e o caráter técnico-científico dos trabalhadores da saúde, em suas atribuições e competências nas execuções de prevenção às doenças, que em muitas vezes se contrapõem às técnicas curativistas e assistencialistas evidenciadas nos serviços de saúde (Severo et al., 2007).

As práticas medicamentosas, curativistas e mercantis ensinadas nas formações universitárias tradicionais das profissões da saúde, não têm contemplado tempo e espaço para práticas criativas, que gerem flexibilidade na interação dos conhecimentos e ordenamentos para concepção de trabalhadores "pensantes" em promoção da saúde em suas responsabilidades sociais e coletivas (Carvalho, Ceccim, 2006).

A conjuntura momentânea do processo de educar em saúde estabelece que profissionais da saúde determinem relações externas dos seus ambientes de trabalho que rotineiramente executam suas práticas, pactuem além do domínio técnico-assistencialista e reelegem metodologias inovadoras, direcionadas na evidência do indivíduo como um ator sócio-histórico no estabelecimento do controle social da promoção da saúde.

As mudanças significativas nessa conjuntura no Brasil começaram a se reorganizar na formação dos profissionais de saúde, através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), publicadas nos anos de 2001 e 2002 dos cursos de graduação em enfermagem e medicina (Brasil, 2001a; Brasil, 2001b) e odontologia (Brasil, 2002), e mais recentemente a DCN da formação em Saúde Coletiva (Brasil, 2017a).

Essas indicações de uma formação com preceitos sanitários, humanitários, críticos e reflexivos em formação com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) orientou, mesmo que timidamente, os currículos das instituições de ensino, baseados no sistema de saúde nacional voltado principalmente para a Atenção à Saúde, Educação em Saúde e Gestão em Saúde (Brasil, 2006a, 2006b, 2017b).

Em 2003, o MS criou a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), que propõe:

[...] equacionar um dos grandes desafios inerente à disponibilização de recursos empregados no SUS: a qualificação, a atualização e a gestão dos recursos humanos. Para tanto, estabelece estratégias que visam, dentre outras coisas, a adequada formação dos profissionais e trabalhadores de saúde, por meio da reorientação da formação profissional na graduação em saúde, de acordo com as necessidades do SUS e Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Brasil, 2018a, p. 12).

Posteriormente, em 2005, o MS por meio da SGTES, o Ministério da Educação (ME) por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (Brasil, 2009).

Nesse novo direcionamento das DCNs, do SGETS e Pró-Saúde, evidenciou-se a atenção à saúde através da Educação Permanente (EP) incluída como política pública, que norteia ações de desenvolvimento dos recursos humanos do SUS e transformações de seus processos de formação do trabalho na reorganização das

práticas profissionais de acordo com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), fortalecendo os princípios norteadores do SUS (Ceccim, 2005).

Apesar dessas novas indicações de formação profissional e atribuições dos profissionais de saúde no SUS, principalmente na APS, na abordagem de assuntos promotores de conhecimento, habilidades e atitudes relacionadas à saúde coletiva, essas propostas ainda não conseguem capitalizar os serviços da ESF, onde antigas roupagens, ainda no predomínio do curativismo e da assistência do processo da doença são amplamente evidenciadas.

A identificação de problemas correlacionados com o educar em saúde, em vários aspectos como a inventividade/criatividade dos profissionais, como os desencontros intersetoriais e multiprofissionais, das competências dos trabalhadores da saúde, da produção dos processos de trabalho de ordem administrativa e organizacional e dos poucos projetos educacionais em Ilhabela para o desenvolvimento em gestão do cuidado, estimulou essa pesquisa.

1.1 Sistemas de saúde no mundo: estrutura e concepções

WHAT IS A HEALTH SYSTEM? In today's complex world, it can be difficult to say exactly what a health system is, what it consists of, and where it begins and ends. This report defines a health system to include all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health (WHO, 2000 p. 5).

A intenção dessa sessão não é fazer um comparativo entre os sistemas de saúde mundiais, mas apontar algumas particularidades entre eles, a fim de se potencializar a discussão entre os países citados que, de alguma forma, influenciaram na construção de processos da política sanitária no Brasil e no SUS. Dessa maneira, buscou-se apontar as organizações que possuem um histórico significativo no direcionamento, principalmente em suas conduções da APS, onde acontecem processos de promoção de saúde. O entendimento da estruturação desses sistemas e de suas políticas públicas voltadas para o educar em saúde tornou-se relevante para as discussões dessa dissertação.

A organização dos sistemas de saúde do mundo é constituída de diferentes contextos em estruturas e sustentações. A OMS, em sua constituição de 1946, aponta que “Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais

adequadas” (WHO, 1946). Essa identificação que a saúde é apontada como um direito humano fundamental deve ser apropriada pelos governos.

Apesar disso, muitos países constituem suas composições de saúde não contemplando modelos de atenção centrados nas pessoas. Na indicação de uma melhor explanação a respeito desse tema, procurou-se evidenciar os sistemas de saúde de determinados países americanos e europeus que, de alguma forma, evidenciaram os processos de promoção à saúde ou não.

As organizações, em seus múltiplos fatores nos serviços de saúde, podem definir os sistemas de saúde, evidenciando as propostas em composições diversificadas. Esses arranjos são indicados por instrumentos, fisiologia e arquitetura. Os instrumentos podem ser organizacionais, legais ou tecnológicos relacionados aos seus recursos disponibilizados no desenvolvimento e gerenciamento de suas funções. A fisiologia é definida pela capacidade funcional na intenção das respostas efetivas à vida da população. E, por último, a arquitetura evidencia as ferramentas das interações desse sistema com outros aparelhos de construções sociais, edificando a estrutura organizacional do modelo (Bispo, Messias, 2005).

Na análise de diversos modelos existentes de sistemas de saúde, Mendes (2011), define suas macrofunções em Prestação, Regulação e Financiamento. A Prestação é o direcionamento dos serviços executados por entidades públicas e privadas na integração das três atenções à saúde - Atenção Básica (AB) ou Primária (APS), Atenção Secundária e Atenção Terciária. A Regulação é estruturada na normatização, reitoria e superintendência. O Financiamento almeja a qualidade e efetividade dos serviços equitativamente e se constrói através da alocação, acumulação e extração em seus diversos papéis.

Sobre a definição dos principais sistemas de serviços mundiais de saúde, em suas dominâncias de financiamento temos Dominância de Mercado, Dominância Estatal e de Seguros Obrigatórios.

Nos Sistemas de Dominância de Mercado, o predomínio do financiamento é privado, com empresas de seguro na mediação coletiva dos serviços nas prestações desempenhadas por empresas privadas. A escolha do mediador é executada pelo cidadão pagante e a regulação indicada de acordo com o mercado, como acontece nos Estados Unidos, por exemplo.

Em Sistemas de Seguros Sociais Obrigatórios, há a cobertura de um seguro obrigatório e financiamento advindo de contribuições de empregadores e trabalhadores, com a garantia de seguro aos desempregados e contribuição proporcional à renda sem riscos individuais. Esse sistema é aplicado, por exemplo, na Alemanha, França e Áustria.

Por fim, os Sistemas de Dominância Estatal são aqueles em que o Estado estipula a dimensão, amplitude e dá forma à extração dos recursos necessários de seu financiamento, além de articular as três macros funções (Prestação, Regulação e Financiamento) com a descentralização entre elas. Isso acontece, por exemplo, no Brasil, Reino Unido, Canadá, Cuba, Itália, Espanha e Suécia (Bispo, Messias, 2005).

As estruturas e organizações dos serviços de saúde podem se formar de diversas maneiras de acordo com o momento histórico de cada nação: em variáveis de ideologias, situações culturais, econômicas, tecnológicas e sociais. Nessas conformidades se executa os modelos de atenção à saúde.

Os momentos de construção dos sistemas de saúde, como de remodelações, abrangem fatores e condicionantes em relações e políticas de Estado e governo em saúde, exemplificando eixos como: modificações estruturais, agendas, contexto político-econômico, trajetos de políticas públicas, processos e estratégias de reformas de saúde e estratificação sócio-cultural-ideológica, conforme Figura 1.1.

Figura 1.1 – Formação dos sistemas de saúde mundiais

Fonte: Machado, 2017

Na tentativa de melhor explorar essa sessão, serão evidenciados os parâmetros das constituições históricas e seus princípios, suas organizações, das relações público-privado e, finalmente, da APS voltada promoção da saúde ou,

especificamente, na EeS. Esses temas serão indicados em suas potencialidades e fragilidades de seus sistemas de saúde nacionais.

No sistema canadense, as contribuições do Relatório de Lalonde⁸ apoiaram o Ministério de Saúde e Bem-Estar do Canadá. Na primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde – OMS/Associação de Saúde Pública Canadense, se construiu uma nova concepção de saúde conforme as novas demandas da sociedade, em contradição aos sistemas da época que, de muitas formas, não visualizavam as necessidades da população (Carta de Ottawa, 1986).

Além da colaboração de Lalonde, os documentos da “Declaração de Alma-Ata sobre a Atenção Primária à Saúde”, com a proposta de “Saúde para Todos para o Ano 2000”, da OMS (Declaração de Alma-Ata, 1978), debateu sobre a ação intersectorial da Assembleia Mundial da Saúde contribuindo na confecção da “Carta de Ottawa” para constituição de seu sistema de saúde (Carta de Ottawa, 1986).

Essa proposta de reestruturação da atenção à saúde no Canadá, a partir de uma nova iniciativa voltada para a vigilância em saúde⁹, ouvindo as demandas da saúde na preocupação nos fatores sociais, econômicos e políticos, indicava o comprometimento da gestão nos determinantes sociais de saúde.

Na administração pública canadense o gerenciamento é executado de forma não lucrativa e por uma autoridade pública nas províncias e territórios, indicada pelo governo territorial e/ou provincial. Os serviços segurados abrangem todos os procedimentos clínicos, medicamentos, fármacos, suprimentos e exames complementares em hospitais e ambulatorios. A universalidade é um de seus princípios, inclusive para residentes de outros territórios e imigrantes, mas podem estar sujeitos a uma carência de até três meses. A acessibilidade em serviços médicos e dentários, em suas atenções, é amplamente acolhida sem qualquer barreira de estado de saúde, raça, idade ou outra circunstância.

⁸ Marc Lalonde, ministro da Saúde e Bem-Estar em 1974, indica que as grandes melhoras em saúde resultariam das mudanças nos estilos de vida e da qualidade do meio ambiente com três componentes de biologia humana, ambiente e hábitos de vida.

⁹ A vigilância em saúde é entendida como diferentes estratégias e tecnologias são incorporadas às ações de saúde pública, a vigilância em saúde passa a ser entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/sobre-vigilancia-em-saude>).

O sistema de saúde canadense é o *Medicare*, um sistema público e “único”, que não emprega diretamente os profissionais da saúde, excetuando em hospitais. Nos atendimentos, os segurados se encaminham, geralmente, para consultórios com seu cartão seguro emitido pelo governo e realizam suas consultas. Os trabalhadores da saúde emitem suas notas para os planos de seguro e suas coberturas são negociadas conforme a associação médica ou a província. Os hospitais são gerenciados por autarquias, conselhos comunitários ou organizações filantrópicas, sendo 95% descritas como entidades privadas sem fins lucrativos (Health System and Policy Division, 1999). Segundo Rabello, o sistema canadense apresenta:

Descentralização: desde o início da Confederação em 1867, a saúde é responsabilidade das províncias e territórios. Desde o século XIX que o governo atua com a sociedade civil. Participação cidadã. Atenção médica universal, sem restrição, atualmente em crise pela restrição de financiamento. Programas verticais de controle de doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Programa de Saúde da Família desde 1960, inicialmente com agentes de saúde liderados por médicos. A orientação deste programa é centrada no médico generalista e não na equipe de saúde. Tradição desde o início do século XX em oferecer palestras públicas, jornais, informações sobre saúde. Trabalho de saúde centrado no modelo biomédico. Na medicina da família há o médico generalista (Rabelo, 2010, p. 153-4).

Existe a possibilidade do cidadão canadense da aquisição de um seguro privado ou empresarial para a saúde complementar, como quartos privados, cuidados domiciliares, tratamentos em odontologia, despesas com determinados fármacos e cirurgias estéticas. No entanto, toda assistência e extensão de cobertura médica relacionada a procedimentos médicos, odontológicos, exames de diagnóstico complementares, medicamentos e de demais profissionais da saúde são determinados de acordo com as províncias e os territórios (Santos, Melo, 2018).

A APS enfatiza sua atuação no médico e enfermeiro. Em determinadas áreas de maior extensão existe a atuação de uma equipe multiprofissional de acordo com o perfil do demográfico e epidemiológico do local, além de se fortalecer o processo no estímulo da desospitalização, participação popular, acesso ao cuidado, eficiência e continuidade aos serviços e procedimentos de educação em saúde.

Nos últimos anos, no Canadá, a discussão sobre o papel dos profissionais de saúde na atenção primária vem recebendo atenção especial. Os princípios contidos na Carta de Ottawa sobre cuidados primários de saúde reconhecem que a colaboração interdisciplinar e o trabalho em equipe

maximizam as habilidades e competências de todos os profissionais de saúde para o benefício de seus pacientes e melhora a qualidade do serviço (Faria, 2015, p. 82).

As práticas de EeS propõem ações em diversos espaços sociais públicos e privados em parcerias das três atenções à saúde, produzindo comunicações intersetoriais institucionais ou não. Heidemann e colaboradores concluíram que o sistema canadense “amplia a atuação dos profissionais sobre os determinantes sociais da saúde e a intersectorialidade, e tem na composição de suas equipes a figura do promotor da saúde que atua especificamente nas ações de promoção” (Heidemann et al., 2018, p. 10).

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde teve sua formação com direcionamentos relativos a propostas voltadas para uma filosofia de livre negociação e de ordem financeira, relacionada à proposta liberal de comércio aberto mas, principalmente, à liberdade em legislações e regulações dos diversos estados autônomos do país, em uma indicação que a assistência à saúde é um produto de consumo no qual o Estado deve se abster da concorrência de mercado e devendo sua dominância mercadológica predominar (Bispo, Messias, 2005). Dessa maneira as várias construções de diferentes sistemas foram conduzidas em experiências coletivas governamentais, voluntárias, comerciais e empresariais lucrativas.

A intenção para a implantação de hospitais privados com fins lucrativos e seguros privados durante o século XX efetivaram esse sistema contratual de reembolso de despesas, como: HMO (*Health Maintenance Organizations*), IPA (*Independent Practice Associations*), PPO (*Preferred Provider Organizations*) e diversos outros convênios (Costa, 2013).

Alguns convênios sem fins lucrativos são propostos sem uma contrapartida integrada e eficaz: *Blue Cross*; *Blue Shield*; *Kaiser-Permanente*; *Health Insurance Plan of Greater New York* entre outros (Costa, 2013).

Em contrapartida, são constituídos dois relevantes sistemas de atenção com financiamento público a partir de 1965: o *Medicaid*, voltado para indivíduos de baixo poder aquisitivo e financiado pelos Estados, e o *Medicare*, direcionado para pessoas com mais de 62 anos e com recursos do governo federal. Ainda existem alguns programas federais voltados para a população indígena, para crianças e veteranos de guerra (Costa, 2013).

Apesar de em 2010 o governo de Barak Obama tentar prover uma lei que contemplava uma maior cobertura à população, na tendência de aumentar a acessibilidade, proporcionar a promoção e prevenção às doenças, aprimorar a regulação e também permitir uma diminuição de custos com a saúde, essa política não conseguiu efetivar essas propostas, e o atual governo de Donald Trump tem um posicionamento de desconstrução dessas medidas.

Dessa forma, com a carência dos serviços públicos, apesar de seu alto custo, os seguros privados dominam o mercado. Em 1995, mais de 75% dos americanos possuíam algum tipo de seguro de saúde privado (Andrade, Lisboa, 2000). Apesar desse contexto, os Estados Unidos gastam em torno de seis mil dólares por ano por habitante, o dobro que países com sistemas universais e subsidiados pelo governo, e cerca de 46 milhões de norte-americanos não tem cobertura de sistemas de saúde (Silva, 2012).

As práticas de AB nos Estados Unidos praticamente inexistem. A organização do seu sistema é altamente mercantilizada, especializada, tecnológica e hospitalocêntrica, onde o usuário concentra sua atenção em sua doença e procura o especialista como primeira opção de contato. Esse tipo de organização, com poucas iniciativas educacionais de profissionais de especialidades e de hospitais, gera problemas comuns aos usuários (Portela, 2017), ocasionando uma falta de processos educativos voltados para a promoção da saúde em seu sistema. Sobre isso, Costa (2013, p.166) conclui: “A isto se deverá somar um insuficiente leque de abrangência de cuidados, mesmo para os segurados, a pouca importância atribuída aos cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença”.

Cuba compõe um sistema de saúde expressivo para o estudo. Desde a revolução socialista de 1959, desenvolveu um sistema universal e único, o *Sistema Nacional de Salud* (SNS), apresentado como um dever do Estado e um direito do povo à saúde, na indicação de um sistema totalmente estatal e público. A organização da assistência à saúde historicamente vivenciou três momentos: de 1964 a 1974 como policlínico integral, de 1974 a 1984 como policlínico comunitário, e a partir de 1984, o modelo de medicina da família. Essas transformações se efetivaram de acordo as indicações das práticas, do desenvolvimento dos processos de adoecimento relacionado às doenças crônicas e a mutação do quadro epidemiológico (José, 2011; Márquez et al., 2011).

Os princípios norteadores do sistema cubano seguem a participação popular e controle social em níveis municipais, estaduais e federais, com conselhos populares coexistindo com a instituição governamental em suas resoluções (Toso, 2016). Essas diretrizes seguem a integralidade e equidade na assistência, a orientação sanitária em determinantes do processo saúde-doença, a integração entre academia, serviço e docência, sistema descentralizado e hierarquizado, estatal e gratuito, social e com acessibilidade (Dal Prá et al., 2015).

O SNS apresenta três níveis de atenção assistenciais e integrados: Básico, Secundário e Terciário. Conforme seu território e o grau de complexidade, a base do atendimento médico consiste no Consultório Médico da Família na AB, com a atuação do médico e enfermeiro da família ou somente o médico, com o vínculo do odontólogo na proporção de um dentista para dois médicos, e interação com os demais níveis através de comunicações de referência e contra referência. No nível secundário, com os hospitais municipais e regionais, existe uma maior complexidade com menor cobertura em exames laboratoriais e de diagnóstico mais sofisticados e de especialidades. Alcançando o nível terciário quando da necessidade de internamento para tratamento e diagnóstico com a diminuição de cobertura e alta complexidade e em cuidados paliativo-intensivos (Santos, Melo, 2018). A organização dos níveis de atenções à saúde é apontada na Figura 1.2.

Na APS se realiza ações de prevenção e promoção em saúde conforme os princípios que direcionam seu sistema. Modelando práticas de educação em saúde voltadas para a integralidade no atendimento, o médico e enfermeiro fazem visitas periódicas em residências e acompanham grupos de maior vulnerabilidade. Com a participação de uma equipe multiprofissional é realizado o atendimento individual e coletivo, denominado Grupo Básico de Trabalho (GBT), contando ainda com atividades de docência em pesquisas de saúde (Santos, Melo, 2018).

A pesquisa em saúde que configura a Escola Cubana de Medicina estabelece a prevenção como conceito primordial do sistema sanitário no cuidado, com o fim de eliminar os restos da medicina hegemônica no olhar da doença. Há muitos anos a mortalidade geral em Cuba não é consequência das chamadas “doenças da pobreza”, mas, como nos países altamente desenvolvidos, das doenças do coração, do câncer e dos acidentes cerebrovasculares. A expectativa de vida dos cubanos atinge hoje quase 80 anos (Osa, 2011).

Figura 1.2 – Organizações das atenções à saúde em Cuba

Fonte: Dal Prá et al., 2015

Com base nessas indicações de atenção à saúde, o sistema cubano invoca preceitos do educar em saúde, principalmente na APS, nos diversos grupos e espaços intra e extramuros construídos pelos profissionais de saúde em suas práticas conforme as diretrizes do SNS, que mapeiam diálogos da comunidade com seus facilitadores da saúde e constituiu um marco histórico na política social do continente americano na relação da saúde com a educação (Dal Prá et al., 2015).

Outro país com relevância para a pesquisa é a Argentina. Em sua Constituição, no artigo 42, aponta-se que o direito à saúde é um bem público. No entanto, com as contínuas crises econômicas e sociais do país, esse direito tem se efetivado de modo fragmentado. As recentes tentativas através dos Planos Nacer (2004) e Sumar (2014)¹⁰ que tentam reproduzir um sistema mais universal, acessível

¹⁰ O Plano Nacer começou a ser executado pelo governo federal e províncias para diminuir as taxas de mortalidade infantil e materna nas regiões com piores indicadores. Em 2007, foi estendido para todo o país, visando à cobertura pública de gestantes e crianças até 5 anos sem seguro social. O Plano funcionou como um seguro público provincial que buscou fortalecer a Atenção Primária em Saúde. O Plano Nacer posteriormente Programa Sumar, um dos pilares centrais da estratégia sanitária do governo nacional, é centrado na redução da mortalidade materna e infantil e tem como público-alvo gestantes, puérperas, crianças menores de 6 anos que não tem cobertura explícita em saúde. Em 2012, o Plano Nacer passou a cobrir crianças até 10 anos, adolescentes até 19 anos e mulheres até 64 anos, sem cobertura formal de saúde. Em 2014 foi renomeado como Programa Sumar, que se

e integral. Esse sistema é fiscalizado, avaliado e regulamentado pelo Ministério da Saúde e da Seguridade Social, e tem seu financiamento em três esferas: 1) por seguros obrigatórios da segurança social; 2) por seguros obtidos de impostos no setor público e; 3) por sistema de seguros voluntários do setor privado (Machado, 2018).

Os seguros obrigatórios da segurança social não abrangem todos os trabalhadores dos diversos setores. O sistema de saúde das *Obras Sociales*, do setor público de impostos, é organizado e financiado pelos sindicatos com uma grande diversidade na qualidade e efetividade nos serviços, gerando múltiplas desigualdades geográficas e sociais. Na esfera dos seguros voluntários do setor privado, a heterogeneidade presente indica um pequeno número de abrangência da população, pequena rede de cuidado e corporações fragmentadas (Madureira, 2010).

Na Argentina, cada província tem autonomia em decisões de gastos e políticas de saúde. Em suas diversas constituições regionais, na maioria voltada à universalidade aos serviços, essa independência fornece diferenças de atenções à saúde no vasto território da Argentina, formando políticas públicas que o Ministério da Saúde tem tentado homogeneizar nos últimos tempos nos termos da implementação do Plano Federal de Saúde (2010/2016), onde o Estado tem o papel de redistribuição e formação de políticas públicas e a saúde é fundamentada na justiça social, equidade e solidariedade (Menicucci, 2017).

A criação do Conselho Federal Legislativo de Saúde (Cofelesa), de 1991, indicado para a promoção e elaboração de políticas legislativas em todo território nacional voltadas para a saúde, atua como um organismo deliberativo (Menicucci, 2017).

Na APS, o sistema argentino encontra um viés de concepção quando aponta o Hospital Público de Autogestão (HPA) que, a princípio, foi tido como principal entidade do setor público. Sua estratégia inicial de inserção da AB, baseada nas construções de unidades menores em determinadas províncias, visualizava a integralidade da articulação desses espaços, mesmo com essa condução ainda se observa a fragmentação dos serviços. Dessa forma, o processo lento que adequa os

princípios de ações de promoção e prevenção indica o longo caminho a ser percorrido nesses preceitos (Pigatto, 2010).

Com relação ao enfoque de educação em saúde, alguns apontamentos têm se evidenciado, timidamente, com foco para as necessidades da população.

Nuevos enfoques educativos tomaron en cuenta los cuestionamientos al cientificismo acrítico, y los nuevos conocimientos sobre promoción y prevención, participación comunitaria, educación para la salud, y sus mejores resultados sobre la salud colectiva. Las polifacéticas concepciones y experiencias en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, encauzaron una parte importante de los esfuerzos por formar profesionales diferentes (OPS, 2003). La preocupación por los costos, el uso eficiente de los recursos y el ajuste de los programas sociales hizo sentir también su influencia desde el campo económico y de la gestión gubernamental. En el plano de las concepciones educativas, la complejidad creciente asignada a los problemas de salud sugirió que ninguna profesión en particular sería capaz de dar una respuesta global a los mismos. Las transformaciones sociales rompieron la relación de correspondencia entre profesión y problema a resolver, por lo que cada vez más zonas indeterminadas de la práctica escaparon de la racionalidad técnica (Pierantoni et al., 2008, p.69).

O sistema de saúde do Chile tem uma conjuntura de construções, destruições e restaurações intercaladas baseadas em regimes antagônicos e dissociadas em três fases muito distintas, constituídas entre os anos de 1920 a 1973, após outro período, de 1973 a 1989, e a partir de 1989. Em uma expansão de políticas públicas baseadas em discussões de partidos políticos com a sociedade em ideologias neoliberais, que de alguma forma, projetou a inclusão de benefícios sociais (Labra, 1995).

Na fase do regime ditatorial, a partir de 1973, tem-se a desconstrução da parceria entre o Estado e a sociedade em discussões e o emprego do receituário capitalista com a retirada de diversos direitos sociais. A partir de 1989, mesmo com o retorno da democracia, com a visão da dívida social relacionada às violações dos direitos humanos e a relação do conceito de saúde como ação prioritária a ser defendida e reproduzida, ainda havia com uma visão mercadológica (Labra, 1995).

Em sua Constituição de 1980, o Chile projeta a proteção da saúde como um dever preferencialmente do Estado na execução dos serviços da saúde. No seu capítulo dos direitos fundamentais, evidencia que cada indivíduo tem o livre arbítrio da escolha de um sistema estatal ou privado, onde o Estado se priva do auxílio a esse indivíduo, caso ele opte pelo regime privado. Esse sistema substitutivo, segmentado e estratificado em opções com base em rendimentos, evidencia um

sistema com uma lógica neoliberal, e gera a saúde como uma mercadoria sem o acesso universal (Souza, Bussinguer, 2017).

Na tentativa de amenizar o acesso a todos, o Plano AUGE (Acesso Universal a Garantias Explícitas)¹¹, apesar da inscrição no nome evidenciar uma abertura universal, que não contempla toda a população, configurando o trabalho em determinadas patologias e protocolos, criando um financiamento onde cada indivíduo financia sua própria saúde, sem evidenciar a desigualdade social (Labra, 2001).

Existe um silencioso e lento processo de terceirização das Unidades de Saúde no Chile, desde os serviços de limpeza até dos profissionais da saúde da APS. As coberturas da atenção à saúde são compostas pelos principais programas: Saúde Ambiental, Saúde Materno-Perinatal, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto, Odontologia e de Laboratórios Básicos.

As estratégias de inserção de promoção de saúde na AB chilena não têm se tornado efetivas, principalmente devido aos seus rígidos sistemas de avaliação focados em produções de procedimentos e protocolos, de certa forma diminuindo a criatividade pelas equipes das APS, fragmentando a atenção à saúde nas diversas realidades do território (Almeida et al., 2018).

Há centralidade dos hospitais no desenho das redes e microrredes, que parecem se organizar ao redor destas instituições, que inclusive protagonizam a proposição de estratégias para a integração da rede, mais desenvolvidas a depender do porte da instituição hospitalar (E1; E10, E11, Quadro 4). Tal arranjo ratifica um modelo de atenção à saúde de forte cunho curativo, do ponto de vista simbólico e financeiro (Almeida et al., 2018, p. 2221).

Voltando-se para a Europa, especificamente para a Inglaterra, temo um sistema de saúde pioneiro no mundo. Criado em 1948, o *National Health Service* (NHS), direcionado em evidências científicas e na APS com fundamentos na

¹¹ O Plano AUGE foi introduzido em 2005. O Régimen de Garantias Explícitas em Salud (Lei 19.966) define um pacote de benefícios médicos, consistindo em uma lista prioritária de diagnósticos e tratamentos com garantias explícitas (inicialmente 25, expandindo a 40 em 2006, 66 em 2010 e 80 em 2014). As garantias são definidas em termos de acesso oportuno, qualidade e proteção financeira, com protocolos clínicos associados. Por exemplo, a garantia para o câncer colorretal inclui:

- Nos 45 dias após o diagnóstico, direito a testes de biópsia e pré-operatórios.
- Nos 30 dias a partir da indicação do tratamento (cirurgia, quimioterapia e testes associados).
- Nos 90 dias a partir da indicação médica, um exame de acompanhamento.

(Dmytraczenko, Almeida, 2016, p. 171).

universalidade, integralidade e equidade, possui financiamento público e de fontes fiscais e serviços gratuitos (com exceção dos serviços oftálmicos, dentários e de dispensação de medicamentos). Criado após a 2ª Guerra Mundial, com as longas e profundas discussões do Partido Trabalhista com o Parlamento, o NHS tem sua estrutura com três componentes: Atenção Primária (*General Practitioner*), serviços secundários (*Acute Trusts*) e serviços hospitalares especializados (*NHS Hospital Trust*) (Nicoletti, Faria, 2017).

Apesar de sua longa trajetória de eficiência e construção, com laço social¹², o NHS tem sofrido quedas principalmente no financiamento devido à crise europeia de 2009. A instituição do *Health and Social Care Act* (H&SCA), em 2012, redirecionaram o planejamento, compra de serviços e formulação de contratos pelos *Clinical Commissioning Groups* (CCG)¹³ na atenção especializada. O NHS, de certa forma, deixou de ser um prestador de serviços para um gerenciador dos mesmos. Nesse ponto ocorreu um impacto na APS e com o aumento da autonomia das CCGs. Os lançados dos *NHS Walk – In*¹⁴ e do *NHS Direct*¹⁵ no intuito de diminuir as desigualdades e atender as necessidades regionais específicas. (Nicoletti, Faria, 2017).

A reforma de 2012 passou a pressionar cada vez mais os prestadores de serviços na redução de custos e recursos de remuneração e, de acordo com as atividades realizadas voltadas para a eficiência, criaram uma série de indicadores

¹² O que a gente poderia chamar de 'laço social'. Ou seja, uma maior identificação das pessoas umas com as outras – coisa que não tinha acontecido em nenhum outro momento da história até então”, diz a economista Mariana Jansen. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=os-sistemas-de-saude-publica-brasileiro-e-ingles-enfrentam-dilemas-no-ano-em-que-completam-30-e-70-anos>.

¹³ Clinical Commissioning Groups são comissões de médicos que começam a gerenciar seus consultórios de acordo com suas demandas e decidem onde os recursos financeiros serão alocados. Foram criados após a Lei de Assistência Social e Saúde em 2012 e substituíram os Trusts da Atenção Primária em 1 de abril de 2013. São órgãos estatutários do NHS, liderados clinicamente, responsáveis pelo planejamento e comissionamento de serviços de saúde em sua área local. Existem 191 CCGs na Inglaterra (1/04/2019) (Disponível em: <https://www.nhs.uk/ccgs/>).

¹⁴ O Serviço de Consulta On-line do NHS Direct é uma maneira popular de receber respostas personalizadas para consultas relacionadas à saúde, diretamente para o seu computador ou telefone 24 horas por dia, com enfermeiros e eventualmente médicos. O Serviço de consulta on-line recebe consultas sobre uma ampla variedade de assuntos (Disponível em: <https://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/contactus/onlineenquiry/frequentlyaskedenquiries/>).

¹⁵ Os NHS Walk-In Centres são unidades abertas todos os dias da semana, de manhã à noite, sem necessidade de agendamento que oferecem serviços com menor complexidade e estruturada em enfermeiros. Estes centros complementam o trabalho dos GP, desafogando as clínicas médicas. (Disponível em: <http://www.healthtalk.org/young-peoples-experiences/seeing-gp-advice-and-tips-young-people/nhs-walk-centres>).

que deveriam ser cumpridos, ocasionando distorções nos atendimentos e, de certa forma, efetivando o mercado do tipo procedimento centrado.

A APS tem-se conseguido construir processos de promoção à saúde no território inglês, apesar das recentes modificações dos direcionamentos da estrutura e serviços da NHS. Esse sistema constitui um modelo a ser seguido e interpretado em suas múltiplas facetas, principalmente nas atuações com uma cobertura efetiva, onde a equipe multiprofissional é efetivada sem o protagonismo do médico, identificando ainda, a assistência integral ao usuário.

O sistema britânico é uma referência histórica internacional em relação à garantia da saúde como direito, ao primar pela universalidade e pela organização de uma rede de atenção em que a atenção primária à saúde, porta de entrada resolutive, atua de maneira cooperativa com outros setores de cuidado para a garantia da atenção à saúde integral. Tais reformas administrativas, parte de um contexto político e econômico adverso, interpõem a lógica de mercado ao racional clínico e epidemiológico das decisões de gestão, comprometendo a razão de ser do sistema público de saúde em si: a garantia do direito universal da população ao cuidado e à prevenção de agravos (Filippon et al., 2016, p. 12).

Outro país europeu de relevância para o estudo é a Alemanha, com seu sistema baseado em fonte de financiamento para os cuidados de saúde com base no seguro social, onde os usuários beneficiários contribuem para o seguro obrigatório e tem sua cobertura de saúde. Para Holst (2017, p. 29) “o Estado terceirizou funções centrais de decisão e direção a órgãos de caráter público sem fins de lucro que representam os compradores e os prestadores de saúde”, sendo regulamentado e estruturado por distritos, atividade profissional ou empresa, com diversas taxas de contribuição (Barros, Gomes, 2002).

Esse sistema de seguro se perpetuou em estabilidade e continuidade independentemente dos diferentes governos desde 1883, durante o Império, passando pela democracia, atravessando o regime fascista até o nacional-socialismo, culminando na República Federal da Alemanha. A Comissão Conjunta Federal¹⁶ é um órgão não governamental mais influente nas propostas de saúde

¹⁶ Os grêmios da Comissão Conjunta Federal são compostos por um número ímpar de membros com direito a voto, com paridade de representantes da Associação Federal de Seguros de Doença e dos órgãos corporativistas de prestadores (Associações de Médicos, Dentistas e Psicoterapeutas Credenciados das Caixas, Associações Hospitalares), respetivamente, mais três membros neutros. Estão mandatados e são responsáveis por decidir sobre o pacote de benefícios e a qualidade dos cuidados. A eles juntam-se até cinco representantes de organizações de utilizadores ou pacientes sem direito a voto, mas com participação ativa porque têm o direito de opinar, fazer consultas e solicitar pesquisas adicionais (Holst, 2017, p. 34).

nacional, estipulando regras e condutas nos diferentes níveis de atenção à saúde. Esse órgão oferece uma legitimidade e participação através do corporativismo, mas dificulta as demandas de saúde em implementação de políticas públicas universais (Holst, 2017).

Esse sistema corporativista é descentralizado, sendo que o Estado delega competências e poderes de decisão a organizações e corporações públicas não governamentais. Com base em compradores e prestadores dos serviços de saúde, essa maneira exige uma competição entre seguradoras privadas, contribuição individual e livre escolha do consumidor no sistema “universal” alemão.

Os segurados escolhem seu médico, especializado ou generalista, na cobertura ambulatorial, com a oferta constituída exclusivamente por médicos credenciados quase sempre do setor privado, com consultórios identificados como empresas privadas na premissa do lucro e com a regulamentação pelo Estado. Esses consultórios têm apresentado um alto grau de recursos humanos e investimentos em equipamentos, procedimentos e exames laboratoriais (Giovannella, 1998).

Essa orientação no seu sistema organizacional evidencia a posição hierárquica da medicina frente aos outros profissionais da saúde, que só podem executar seus serviços conforme a indicação dos médicos, onde somente essa categoria profissional tem representação própria dos órgãos do autogoverno corporativista, dificultando reformas ou soluções necessárias nessa atenção multidisciplinar (Holst, 2017).

Nesse contexto, em seu esquema organizacional de crescente especialização e comercialização dos cuidados à saúde, sem novos posicionamentos e reformas no planejamento da promoção à saúde, explicita-se a dificuldade da Alemanha de executar políticas relacionada à EeS em sua comunhão com a AB.

(...) a crescente comercialização do sector da saúde através de reformas orientadas para o mercado reduz ainda mais as opções para reforçar os cuidados de saúde primários e a adaptação das políticas corporativistas às exigências reais do planeamento em saúde (Holst, 2017, p. 36).

Finalizamos essa sessão com o sistema italiano de saúde que, após o final da 2ª Guerra Mundial, em dezembro de 1947, indica em sua Constituição, no Artigo 32, que “A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante tratamento gratuito aos indigentes”. Posteriormente, a Lei

nº 833 de 1978, constrói o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), que nomeia o Estado como protetor da saúde do indivíduo e da coletividade com ações preventivas, curativas e de reabilitação, estabelecida com a crescente participação das classes trabalhadoras e comunidade com visões ideológicas e políticas da reforma sanitária (Oliveira, Dallari, 2016).

Com o passar dos anos, diferentes realidades socioeconômicas, epidemiológicas e contextos históricos, que presenciaram o decorrer dessa política pública, culminaram na reforma *De Lorenzo Garavaglia*, em 1992, onde a parceria do Estado com o setor privado se efetivou criando a regionalização com uma gerência entre diretores gerais e colegiados, com um novo sujeito chamado de tecnocracia, onde empresas privadas não lucrativas assumiram a APS, que até então era responsabilidade dos municípios. No entanto, problemas persistiram e uma terceira reforma foi conduzida, a *Riforma Bindi*, de 1999, que determinou normas de racionalização para o SSN, indicando redefinições sobre a sustentabilidade financeira e adequações conforme as evidências científicas das escolhas de seus recursos no planejamento da atenção à saúde (Lima et al., 2009).

Seus sistemas de organização são: Medicina de Base, na promoção à saúde, serviços sócio-sanitários e higiene ambiental; atenção especializada com médicos especialistas e diagnósticos específicos; ambiente hospitalar com internações de pacientes agudos; e a função de internação de longos períodos na reabilitação e psiquiatria, e atividades assistenciais para pessoas idosas (Saddi, 1999).

A porta de entrada do sistema italiano é a APS, composta principalmente por generalistas e pediatras. Existe uma variabilidade regional nos cuidados de saúde e organização, mas atualmente o sistema de compra de serviços através de *tickets* de cuidados é um revés à reforma sanitária de 1978 e um entrave na promoção à saúde, onde serviços de prevenção aos agravos são identificados como supérfluos e os serviços assistenciais são evidenciados como essenciais (Oliveira, Dallari, 2016).

Esse modelo italiano de gestão sanitária não se mostrara comprometido eticamente para com a sociedade italiana, já que se distanciou da conquista trabalhadora na Reforma 78 e assumiu a função de salvar as finanças. Um real instrumento de gestão (Lima et al., 2009, p. 128).

A trajetória construída do direito à saúde da Reforma Sanitária italiana de 1978, no campo político-ideológica que influenciou fortemente o movimento da Reforma Sanitária brasileira e a construção do SUS, indica caminhos para visão

promotora de saúde e se aproxima da construção do direito à saúde e proteção social (Cohn, 1989). Nesses moldes, apesar da constituição do SSN ter os parâmetros da promoção de saúde, os processos educacionais na AB têm mostrado uma fragilidade com o passar dos anos, um retrocesso visualizado com a comercialização dos serviços em saúde.

1.2 Sistema de saúde no Brasil: trajetória e transformações

A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira (Arouca, 2003, p.10).

O início da saúde nacional é relacionado, a princípio, pela filantropia, doutrina e misericórdia. Essa indicação principia com o descobrimento do Brasil e colonialismo português, de 1500 a 1822, com a exploração de matérias primas e controle sociocultural e político, com pouca ou nenhuma organização sanitária, assistência à saúde por meio de curandeiros e práticos com diversas doenças religiosas, tropicais e pestilenciais (Carvalho, 2013).

As primeiras instituições de saúde são organizadas no século XVI com as Santas Casas de Misericórdia: de Olinda (1539), Santos (1543), Espírito Santo (1545), Bahia (1549), São Paulo (1560), Ilhéus (1564), e outras tantas que se efetivaram nos séculos seguintes (Franco, 2014).

Com a chegada do príncipe regente, Dom João, e a Família Real Portuguesa no Brasil, em 1808, e a abertura dos portos, foi instituído a primeira organização nacional de saúde pública – Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil¹⁷ – no direcionamento relacionado à Polícia Médica e Higiene Pública nos portos, residências e comércio, com doenças correlacionadas à higiene e epidemias.

No início do Império, entre 1822 a 1889, com o início da industrialização e capitalismo, a existência de um sistema político do coronelismo e a centralização

¹⁷ Estabelecido pelo decreto de 28 de julho de 1809, o cargo de Provedor-mor da Saúde da Corte e Estado do Brasil foi ocupado primeiramente pelo médico português Manoel Vieira da Silva Borges e Abreu, conselheiro e fidalgo da Casa Real, que já ocupava o lugar de físico-mor do Reino e Domínios. Por este decreto, o lugar de provedor-mor foi desanexado da inspeção das câmaras municipais, ficando unicamente sob sua jurisdição e de seus delegados a conservação da saúde pública no Brasil. [citado 04 jul. 2018]. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-periodo-colonial/210-provedor-mor-provedoria-mor-de-saude-da-corte-e-estado-do-brasil>.

política com os grandes proprietários de terra, se criou a primeira organização de auxílio mútuo em regime privado e facultativo para resolver questões relacionadas com invalidez, doença e morte. Em 1835, o Montepio Geral dos Servidores do Estado¹⁸ (Lima et al., 2009), instituiu o controle sanitário como a Junta Central de Higiene Pública (Decreto nº 828, de 29/9/1851)¹⁹ e o Instituto Vacínico²⁰ do Império (Decreto nº 464, de 17/8/1846) (Brasil, 2004).

Do ato da Proclamação da República do Brasil em 1889, até o início do governo de Getúlio Vargas em 1930, época conhecida como República Velha, teve-se uma base de economia voltada para a agroexportação, seguido pelo declínio do preço de mercado internacional do café. Então, o Estado se dividiu em duas etapas: no início com a República da Espada²¹, e, posteriormente, a República Liberal-oligárquica com a política do café-com-leite²², seguidas das emergentes questões relacionadas às revoltas militares. A dicotomia entre saúde pública e previdência

¹⁸ Em 22 de junho de 1835 foi criado o Montepio Geral dos Servidores do Estado (Mongeral). Montepios são instituições em que, mediante o pagamento de cotas cada membro adquire o direito de, por morte, deixar pensão pagável a alguém de sua escolha. São essas as manifestações mais antigas de Previdência Social. [citado 04 jul. 2018]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2437-6-julho-1859-557502-norma-pe.html>.

¹⁹ O destaque para a Junta Central de Higiene pública, como centro desse estudo, deve-se a importância das ações que, no século XX, constituirão a vigilância sanitária. Esse órgão foi criado em meio ao amplo debate acerca das questões relativas à salubridade, urbanização e condições de trabalho, impulsionadas pela crise sanitária desencadeada pela epidemia de febre amarela, na capital do Império, principal cidade do país, que teve início no final de 1849. A criação deste órgão traduz, especialmente a primeira tentativa de “unificação” e “centralização” dos serviços sanitários do Império, visto que algumas funções, que estavam até então sob a responsabilidade das câmaras municipais foram nela centralizadas, com a justificativa de imprimir-lhes maior eficiência (Delamarque, 2011, p. 2).

²⁰ Assim, em 1846, se deu a criação do Instituto Vacínico do Império, com o objetivo de promover a vacinação nas diferentes províncias. Composto por um inspetor geral, um comissário vacinador em cada província e em algumas paróquias, a instituição deveria ter como base a atuação da Junta Vacínica da Corte, um órgão consultivo e fiscalizador da atuação dos vacinadores provinciais e paroquiais (Teixeira, Almeida, 2003, p. 479).

²¹ O resumo da república das espadas foi o governo Deodoro marcado pelo nepotismo o que acabou levando à sua renúncia e sua substituição pelo vice-presidente Floriano Peixoto cuja principal tarefa foi sufocar as revoltas nos Estados reforçando o poder presidencial. A pacificação do país e a falta de articulação impediram a continuação dos militares no poder. Sendo assim, o Partido republicano Paulista indica o sucessor de Floriano Peixoto, o paulista Prudente de Moraes (Araújo, Rodriguez 2009, p. 8).

²² A “política dos governadores” é considerada a última etapa da montagem do sistema oligárquico ou liberalismo oligárquico, que permitiu, de forma duradoura, o controle do poder central pela oligarquia cafeeira. Esse domínio se manifestou na hegemonia política dos estados de São Paulo e Minas Gerais na indicação dos presidentes da República, a chamada “política do café-com-leite”, que vigorou até a Revolução de 1930. Com direcionamento no individualismo político e econômico e na preocupação do bem público em detrimento dos direitos individuais (Koerner, 1994).

social, e início de políticas públicas para saúde coletiva com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1897, teve a intenção de preservar a política de exportação do café (Brasil, 2004).

Com a nomeação de Osvaldo Cruz, em 1903, para o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública e sua “polícia sanitária” surgem diversas doenças pestilenciais e de massa (varíola, febre amarela, tubérculos, sífilis, etc.) associadas às revoltas populares (Brasil, 2011a; Rocha et al., 2013). Posteriormente, são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão, que ofereciam assistência médica, aposentadorias e pensões para ferroviários, marítimos e seus dependentes com a Lei Eloy Chaves de 1923 (Paim et al., 2012; Rocha et al., 2013).

A era Vargas, de 1930 a 1945, do Governo Provisório, o Governo Constitucional e o Estado Novo, autoritário e com princípios nazifascista, se manteve a manutenção da estrutura voltada para o agronegócio e o estímulo à produção industrial. Com relação à previdência social institucionalizada pelo Ministério do Trabalho, com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), 1933 a 1938, indicados pela indústria e comércio para sua mão de obra e também os marítimos, estivadores, servidores públicos federais, mas com a exclusão dos demais trabalhadores. Na saúde, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, fortes campanhas contra a febre amarela e tuberculose e continuidade das endemias rurais como doenças de Chagas, malária, esquistossomose, tuberculose e sífilis foram evidenciadas (Paim et al., 2012).

Na chamada Instabilidade Política, de 1945 a 1964, iniciou-se uma forte participação do mercado internacional com governos populistas e liberais, com estímulo da indústria automobilista, intensa urbanização e a migração inter-regional, ocasionando um grande crescimento econômico nos núcleos urbanos e aumento de demandas da saúde. A regulamentação de direitos para trabalhadores urbanos com a previdência social (1960) se tornou uma conquista como política pública. Na saúde, a criação do MS (1953) e o aparecimento de problemas de saúde “modernos”, com acidentes de trânsito e de trabalho, doenças crônicas degenerativas e de hábitos, mesmo com a criação desses institutos, associadas à primazia dos investimentos econômicos em detrimento do desenvolvimento social, se evidenciava a assistência hospitalar e criação de empresas de saúde (Paim et al., 2012).

Com o golpe e a instalação da Ditadura Militar, entre 1964 a 1985, ocorreu o “Milagre Econômico”, de 1968 a 1973. O capitalismo imperava no campo e nos serviços, com grandes ofertas de serviços para trabalhadores especializados, achatamentos para a população de serviços gerais aumentavam a concentração de renda, êxodo rural e desorganização da habitação nos grandes centros do Sudeste (Paim et al., 2012).

Os IAPs se unificaram para criar o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, com benefícios da seguridade social e privatizando a assistência médica e capitalizando a saúde, alcançando um maior número de trabalhadores, mas sem enxergar os trabalhadores não formais. Em meados de 1980, uma crise na saúde é seguida por outra da previdência (Lima, 2009; Paim et al., 2012).

Nesse intervalo de tempo, o Movimento Sanitário ganhou representatividade na década de 1970, diante da conjuntura político-social da época. Descontentes com as iniquidades de saúde impostas, a associação entre profissionais da saúde, acadêmicos e intelectuais direcionavam movimentos em aspectos ideológicos, conceituais, políticos e institucionais para um sistema de saúde universal, integral e equânime (Paim, 2008).

No caso do Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (Paim 2008, p. 27).

A criação, em 1977, do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com forte fragmentação organizacional e centralização do sistema de saúde com benefícios do setor privado e financiamento de estados e municípios, apontando a saúde como bem de consumo. No entanto, as Ações Integradas de Saúde (AIS) implementadas na década de 1980 foram consideradas um avanço das propostas do movimento sanitário (Paiva, Teixeira, 2014).

Com a continuidade e aumento de doenças modernas, endemias rurais e doenças parasitárias e infecciosas nas regiões Centro-oeste, Nordeste e Norte reorientavam novos pensamentos de construção de um sistema de saúde mais democrático se iniciou com acadêmicos, movimentos sociais e sindicatos (Paiva, Teixeira, 2014).

Após a ditadura, o momento de Transição democrática, de 1985 a 1988, indicou o reconhecimento da dívida social. O fim da recessão e os planos de estabilização econômica fundaram a “Nova República”. O Estado diminui as políticas de privatização, com propostas de participação popular que direcionaram a saúde na agenda política com o marco do Movimento da Reforma Sanitária na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, com a proposta de reformulação do sistema nacional de saúde, através de uma indicação democrática e maciça participação popular de diversos setores da sociedade, responsabilizando o governo na direção que a saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão (Brasil, 1986).

Em segundo lugar, gostaria também de pedir licença aos sanitaristas, aos médicos, aos profissionais da área, aos pesquisadores, aos funcionários do Ministério da Saúde, para destacar um convidado especial, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência com bastante sacrifício: a sociedade civil brasileira organizada. É para ela que gostaria, hoje, de dedicar estas palavras (Arouca. In: Brasil, 1986, p. 35).

Portanto, o lema que surgiu dentro do sistema de saúde durante os últimos anos – “democracia é saúde” – significava que para se conseguir começar, timidamente, a melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto de redemocratização deste País (Arouca. In: Brasil, 1986, p. 37).

Concomitantemente, o INAMPS continuou a financiar os estados e municípios. As AIS se expandiram e foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. A Assembleia Nacional Constituinte aprovou a Constituição de 1988, onde foi instituído o SUS em suas alíneas da saúde (artigos de 196 a 198). A luta histórica do movimento sanitário foi efetivada através de seus princípios doutrinários da Universalidade, Integralidade e Equidade, e os princípios organizacionais da Regionalização, Hierarquização, Descentralização, Resolubilidade e o Controle Social (Paim et al., 2012).

No campo da saúde, no período da redemocratização, uma epidemia de dengue foi deflagrada, houve o aumento de mortes violentas por crimes e acidentes automobilísticos, o vírus do HIV surgiu e a AIDS aterrorizou e as doenças crônicas, como cânceres e problemas cardiovasculares aumentaram. Entretanto, a redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização foram efetivadas (Paim et al., 2012).

Após o surgimento do SUS, leis de regulamentação foram editadas para a consolidação do modelo do sistema criado, objetivando sua operacionalização e

consolidação. Assim, leis orgânicas da saúde 8.080/90 e 8.142/90 foram aprovadas e diversas Normas Operacionais Básicas (NOB 1991, 1992, 1993, 1996) foram instituídas no intuito de consolidar o direito à saúde da população (Brasil, 2011a).

No campo econômico-político, com a nova Constituição, foi evidenciado o início da hiperinflação na gestão do governo Fernando Collor de Melo e, após seu *Impeachment*, assumiu o presidente Itamar Franco, com posterior ajuste macroeconômico com o Plano Real, em 1994, seguido por uma estabilidade monetária no governo de Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 2002, em uma política neoliberal cíclica em altos e baixos com uma reforma do Estado (Paim et al., 2012).

O governo do Partido dos Trabalhadores, de Luiz Inácio Lula da Silva, a partir de 2003 até 2010, deu continuidade à estabilidade econômica e políticas públicas voltadas para a diminuição das desigualdades sociais. A eleição de Dilma Rousseff, em 2010, teve seu segundo mandato marcado por uma grave crise econômica, com a maior queda do PIB brasileiro desde 1930-1931. Outro *Impeachment* ocorreu, quando então o vice-presidente Michel Temer assumiu a presidência, de 2016 a 2018, com direcionamento de estruturas em indicações das políticas públicas pró governo (Paim, et al., 2012).

Mesmo que em sua concepção o SUS tenha uma proposta do movimento sanitário, ele se iniciou com um forte sub-financiamento. Problemas das relações público-privadas, contrastes regionais, insuficiências da gestão local, baixa resolutividade da rede básica de serviços, deficiência na formação dos profissionais de saúde e na gestão dos sistemas loco regionais e modelo burocratizado afetaram suas estruturas (Brasil, 2008). Essa associação de princípios institucionalizados com o contexto político e econômico conturbados da época, em referências neoliberais com propostas opostas ao financiamento público do sistema universal, indicaram inúmeras etapas de construção, e mesmo após trinta anos de sobrevivência demonstra ainda muitos pontos frágeis.

Mesmo com inúmeros problemas, o SUS se materializou e conquistou vários programas e estratégias importantes na sociedade brasileira como: a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991); a extinção do INAMPS (1993); a criação do Programa de Saúde da Família (1994); o tratamento gratuito para HIV/AIDS (1996); as Normas Operacionais Básicas (NOB) (1992, 1993 e 1996); a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Política Nacional dos

Medicamentos Genéricos (1999); a instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000); a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001); a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (2002); o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (2003); o estabelecimento do Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) (2004); as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (2008); a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (2010) e outras tantas mais (Brasil, 2011a).

O amplo acesso aos serviços de saúde que a maioria da população brasileira teve ao longo desses anos de construção do SUS, em tecnologias humanas e científicas, identifica coberturas como a da assistência pré-natal, vacinal, produção e distribuição de insumos e produtos farmacêuticos, variados programas voltados para pacientes com deficiência, idosos, hipertensos, diabéticos, com câncer, etc. Como determinado na 8ª CNS:

- I – ao Estado, precipuamente, zelar pela promoção, proteção, e recuperação da saúde, reabilitação do doente e pelo bem-estar da coletividade;
- II – à coletividade em geral, cooperar com os órgãos e entidades competentes, na adoção de medidas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde dos seus membros;
- III – aos indivíduos em particular, cooperar com os órgãos e entidades competentes; adotar um estilo de vida higiênico; aplicar os princípios plausíveis de nutrição; observar os ensinamentos sobre educação em saúde; prestar as informações que lhes forem solicitadas pelos órgãos sanitários competentes; respeitar as recomendações sobre meio ambiente (Brasil, 1986, p. 86).

No entanto, o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal, integral e equitativa, apontando para sua formação dos recursos humanos sua principal fonte de transformação do sistema. Nessa direção, o Pacto pela Saúde, visto como uma política de Estado, realizado em 2006, é dividido em três partes: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde surgiu como proposta de direcionar os serviços baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração com a comunidade, na promoção da saúde e fortalecimento da APS (CONASS, 2006; Guidini, 2012).

Nesse crescimento do SUS, o contexto sociopolítico interpreta múltiplos sistemas e modelos de assistência organizados para se efetivar o entendimento das atenções à saúde efetivas, produzindo políticas públicas que interpretam o ser humano como único e uma harmonia entre o Estado e a sociedade (Figura 1.3).

Figura 1.3 – Contexto organizacional sócio-político do sistema de saúde

Fonte: Arreaza, Moraes (2010, p. 2222).

O envolvimento e apropriação dos profissionais da saúde com a população em eventos dos determinantes sociais, onde se visualiza que uma sociedade saudável tem percepção de diferentes ambientes sociais, culturais, ambientais e econômicos, indicando a disseminação de comportamentos e práticas de vigilância em saúde, fomenta o processo social de construção de saúde em comportamentos, e integra o trabalhador com o usuário na conscientização individual e coletiva. Assim, o MS indica os caminhos:

Mobilizar a sociedade e o Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis (Brasil, 2008, p. 13).

E logo o MS aponta como medidas a serem executadas:

1.5. Implementar o Programa de Saúde nas Escolas em articulação com o Ministério da Educação beneficiando pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas.

1.6. Estabelecer programas de educação e comunicação para a promoção de hábitos que reduzam os riscos de doenças. (Brasil, 2008, p. 13).

Esses processos voltados para práticas educacionais emergem de um paradigma antigo da falta de compreensão do processo de saúde e uma visão assistencial e assistencialista, induzindo os trabalhadores SUS às práticas centradas na doença e medicalização. Entretanto, soluções visualizadas desde o movimento sanitariaista apontam para um caminho mais prático e libertador, como é indicado no discurso de Sérgio Arouca, na 8ª CNS:

Nós, do setor de saúde, sabemos que a saúde é determinada, antes de tudo, pela economia, pela política, pela sociedade, e temos, como grande responsabilidade, a construção desse projeto. Cabe a nós, profissionais, técnicos, romper o muro e o fosso do setor saúde e abrir canais de comunicação com a sociedade brasileira, inclusive aprendendo a falar com ela. Temos que começar a transformar nossa linguagem e a mudar nosso ouvido, para que, quando uma associação de bairro ou um sindicato falar, a gente entenda. E quando a gente disser que é importante acabar com as doenças transmissíveis neste País, isto possa ser expresso de uma forma simples e objetiva, para que o nosso povo entenda (Brasil, 1986, p. 41).

A produção de saúde e controle social baseados na Reforma Sanitária, ainda encontram um déficit existencial dos preceitos do SUS no “curativismo” da doença. Em conteúdos tecnológicos em equipamentos e materiais, não se sintoniza no arcabouço da dívida social e histórica, com foco nos devaneios biomédicos e medicamentosos, sem a interação do usuário com seu ambiente.

O SUS sofre resistências de profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde. Além da crítica sistemática e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, a empresas de publicidade e a indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (Paim, 2018, p.1725).

As diversas variações dos fatores atuais interpretam que a fragilidade do SUS são consistentes e preocupantes na atualidade.

Crises de naturezas diversas nos últimos anos estão começando a trazer consequências negativas na saúde da população do Brasil, sobretudo nas camadas mais vulneráveis. Os repiques da mortalidade infantil e materna

em 2016, após anos de queda ininterrupta; a redução da cobertura vacinal para algumas enfermidades imunopreveníveis; os surtos de febre amarela e sarampo; e o aumento da incidência de doenças transmissíveis como a malária e a sífilis congênita, são alertas sobre as vulnerabilidades pela qual passa o sistema de saúde. Assim faz-se necessário o fortalecimento do SUS e o alcance dos objetivos de saúde do país dependem do enfrentamento de lacunas e desequilíbrios tanto no campo da formação profissional em saúde, alocação e gestão dos trabalhadores no sistema de saúde como no financiamento do sistema (Araujo et al., 2019, p. 23).

1.3 Políticas públicas no Brasil

O que podemos entender por elas? Será que os sentidos atribuídos a essa expressão por sujeitos e grupos que ocupam diferentes lugares na estrutura social são equivalentes? Será que 'políticas públicas' não se tornou um jargão como tantos outros, por exemplo, exclusão social, democracia, responsabilidade social, compromisso social? (Scarcelli, 2017, p. 38).

Ao iniciar essa sessão com esses questionamentos que convocam o pensar no conceito, constituição e direcionamentos das políticas públicas em saúde com o reconhecimento do próprio bem-estar físico, mental e social, em tons de desafio e investigação do termo, é indicado o trajeto a percorrer na interface desta com o caminho de EeS relacionada nesse projeto. A disposição de políticas voltadas para a educação crítica em saúde envolve os diferentes modos de fazer e pensar das pessoas, coletividades e instituições nesse sentido.

A organização das sociedades na obra de Louis Dumont, em noções de hierarquia e igualdade, define instituições sociais nas conduções das ações e suas relações com os sujeitos das sociedades e reproduzem o complexo sistema da produção das políticas de diferentes modos, legitimando a trajetória da identidade desses sujeitos vivida como expressão de sua vinculação ao todo social (Queiroz Pinheiro, 2001).

Segundo Karl Marx²³, os indivíduos constroem coletivamente todos os seus bens sociais, toda riqueza material e cultural e todas as instituições sociais e políticas, mas não são capazes, dada a divisão da sociedade em classes

²³ Karl Marx nasceu em 05 de maio de 1818 na cidade Treviris, na Alemanha. Ao elaborar uma teoria sobre as desigualdades sociais e propor uma forma para superá-las, Marx criou o que se denominou: "socialismo científico". De início, seria instalado o controle do Estado pela ditadura do proletariado e a socialização dos meios de produção, eliminando a propriedade privada. Na etapa seguinte, a meta seria o comunismo, que representaria o fim de todas as desigualdades sociais e econômicas, incluindo a dissolução do próprio Estado. Em consequência de uma bronquite e problemas respiratórios, faleceu em Londres, no dia 14 de março de 1883. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/karl-marx/>.

antagônicas, de se reapropriarem efetivamente desses bens por eles criados (Coutinho, 1999).

O termo Políticas Públicas tem como definição, dentre tantas, a combinação das atividades de governos, em sua interação direta ou por delegação, que afeta o modo de viver da comunidade (Peters, 1996). A concepção da forma de exercício de intervenção sobre o indivíduo tem como orientações e ações em prol de seu bem-estar social, criando a possibilidades do embate de ideias e interesses por partes em sua constituição identificada na Figura 1.4, em confronto com a resolução dos problemas da realidade coletiva.

Figura 1.4 – Formação de políticas públicas

Fonte: <https://politicaspUBLICAS.almg.gov.br/sobre/index.html>

A definição de Laswell (1936/1958) de que análises e decisões sobre políticas públicas respondem as indagações de quem ganha o quê, por que e que diferença faz, sistematiza aspectos conflituosos e limitantes de diferentes conceitos, ideias e interesses de diferentes políticas públicas.

Essas resoluções podem ser indicadas pelo Estado nas três esferas governamentais, federal, estadual ou municipal, com ou sem participação de iniciativas de movimentos populares e/ou privados, de instituições de ensino ou organizações não governamentais. Apesar da possibilidade de apontamentos por

parte da sociedade civil, na maioria das vezes ela não se expressa integralmente, e ficam na dependência de suas indicações por parte de seus representantes dos poderes executivo e legislativo (SEBRAE/MG, 2008).

São muitos os modos de conceituar as políticas públicas. Nesse entendimento de diversos setores que se ligam (saúde, educação, etc.), existe a necessidade de se reconhecer e agregar diferentes grupos, considerando-os em três dimensões de seu contexto como propõe, Pichon-Rivière: 1) a psicossocial (dimensão do sujeito); 2) a sócio dinâmico (estrutura) e; 3) a institucional (dimensão dos grandes grupos que inclui economia, política, ideologia, etc.). Com relação às dimensões de análise, em sua constituição do: político-jurídico (em suas diretrizes), sociocultural (sujeito alvo da política pública), teórico-conceitual (práticas profissionais) e técnico-assistencial (protocolos de assistência) (Scarcelli, 2017).

A proposta de formação de um território social colaborativo para fecundar melhorias para comunidade, onde se constrói um espaço coletivo com instituições sociais, movimentos populares, movimentos de trabalhadores, conselhos, fóruns, universidades, dentre outros, elaboram as frentes de atuações possíveis em organizações com diversas articulações, no intuito de fomentar políticas para soluções de problemas das desigualdades sócio históricas. A construção de políticas públicas desses diálogos dos atores que experimentam rotineiramente o ambiente social fortalece o poder desse efeito na sociedade.

Assim, diferentes sentidos na formulação de políticas são postulados conforme o contexto social, em ajustes da globalização e dinâmica de novos fatores históricos que interferem nas políticas amplas, submetidas à mediação do mercado e seu poder regulador. Conflitos de interesses, nos diversos sentidos nos processos de decisões dessas políticas públicas em seus valores, indicam o sentido administrativo do projeto de governo em atuação, diferentemente de uma política de Estado, que determina a atuação do governo mesmo que esse não concorde com suas diretrizes, mas deve respeitá-las (Tude, 2010).

Dos conceitos de categorias de políticas públicas, constituída da máxima que “a política pública faz a política”, segundo Lowi²⁴ (1964, 1972), existem quatro

²⁴ Theodore J. Lowi nasceu em 9 de julho de 1931 e faleceu em 17 de fevereiro de 2017. Foi cientista político americano, professor de diversas instituições americanas, ensinando no Departamento de Governo da Universidade de Cornell. Sua área de pesquisa foi o governo americano e políticas públicas. Ele era membro do corpo docente do Instituto Cornell de Assuntos Públicos. Atuou como

conceitos que, mesmo não contemplando as categorias excludentes e exaustivas, e a extensa variedade de políticas públicas situadas no interstício das categorias, tem seu valor heurístico (Rua, Romanini, 2014). São eles:

1. Políticas distributivas, que privilegiam determinados grupos sociais em detrimento ao todo e cria um maior impacto individual ao privilegiar grupos sociais, regiões ou classes, com recursos da coletividade. Exemplos: salário desemprego, programas de renda mínima e subsídios a empreendimentos econômicos, pavimentação de ruas, escolas, hospitais e Bolsa Família.

2. Políticas regulatórias, obrigatórias, envolvendo uma burocracia com política e grupos de interesse, com maior visibilidade pública, determinando comportamentos e atividades. Exemplos: Lei Trabalhista, SUS, Código Florestal e de Trânsito.

3. Políticas redistributivas, atingem certos grupos sociais em curto prazo em um número mais relevante, com possibilidade de perdas concretas em um curto prazo, com possibilidades de conflitos. Exemplos: políticas sociais universais do sistema tributário ou previdenciário, Reforma Agrária, *Royalties* de petróleo, programas habitacionais.

4. Políticas constitutivas, que normatizam e regulam os procedimentos dos quais implementam e elaboram as demais políticas públicas. Exemplos: regras constitucionais, regimentos internos da Câmara dos Deputados e Congresso Nacional.

Essa tipologia de Lowi foi discutida e redefinida por Salisbury (1968), Wilson (1973) e Gormley (1986), indicando novas perspectivas relacionadas às classificações de políticas públicas. Essas diferentes combinações de ordem de categorizações não alcançam todas as variáveis possíveis dos aspectos determinantes das políticas públicas, mas traçam um caminho no mesmo direcionamento em suas distintas variáveis (Rua, Romanini, 2014).

No campo da história de formação de políticas voltadas para a saúde, o movimento denominado “medicina social”, iniciado entre 1830 e 1870, na Europa, teve vários pesquisadores, dentre estes destaca-se Rudolf Virchow. Este pesquisador direcionou na Prússia, em 1847, uma lei onde “a saúde é um dever do Estado e um direito de todos os indivíduos”, refletindo ainda sobre o fator social

associado ao bem-estar físico e mental. Porém, descobertas próximas a esse período, como as de Louis Pasteur, no campo da medicina em seu aspecto biológico e interesses capitalistas, apontavam para novas direções na condução de políticas públicas para a saúde, principalmente no formato farmacológico uni causal (Verdi et al., 2013).

Após essa perspectiva, a influência norte americana na saúde coletiva, no início do século XX, determinou a medicina fragmentada, hospitalocêntrica e assistencialista. Isso influenciou os direcionamentos de políticas no Brasil, sempre voltados para a doença e na especialidade, com influência ligada ao poder econômico e publicitário. Esse retrato foi e ainda indica caminhos em determinadas políticas com pouca visão sócio-histórica.

A demanda de políticas públicas voltadas à EeS, no Brasil, se iniciou com a conscientização promovida por Paulo Freire e se inflou, a princípio, por Eymard Mourão Vasconcelos e diversos outros autores nacionais vinculados à EPS. Com múltiplas interfaces das construções metodológicas e orientadoras das demandas sociais, esses autores organizaram e sistematizaram suas práticas do bem-estar direcionando respostas efetivas nesse sentido (Gomes, Merhy, 2014a).

A política de incentivo à EeS a nível nacional tem seu marco no Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil 2007a), como uma política intersetorial entre os Ministérios de Saúde e da Educação, que norteou a condução dos profissionais de saúde no ambiente escolar e teve o propósito de “contribuir com a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (Brasil, 2011b, p.14).

O Governo indicou suas propostas de construção de saúde através de trocas de experiências e saberes coletivos, com participações ativas e periódicas em ambientes extramuros. Entretanto, em determinados momentos, direcionou formas, muitas vezes assistencialistas em: avaliação antropométrica, atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica, avaliação oftalmológica, avaliação auditiva, avaliação nutricional, avaliação da saúde bucal, avaliação psicossocial. Nesse controle dos aspectos físicos, indica práticas principalmente de técnicas-assistenciais, redirecionando o consultório para o ambiente escolar, não contemplando o conhecimento não científico, profissional e

popular na integralidade da atenção à saúde. Nesse viés, Carvalho explora esse tema:

Cabe à saúde coletiva, dentre as áreas da grande área da saúde, propor outros modos de pensar a formação e a educação permanente em saúde, de modo a possibilitar ao conjunto das áreas que compõem as Ciências da Saúde, bem como às demais áreas, subáreas ou especialidades que configuram o trabalho em saúde, uma visão ampliada do campo e, ao mesmo tempo, contribuir para que tomemos posse dos saberes e práticas que podem potencializar a mudança do quadro atual predominante, que não se restringe ao conhecimento técnico ou à ciência, mas contempla a percepção e o exercício do poder que nos impulsiona para a construção de projetos de vida, de liberdade e de felicidade, com a viabilização de nossos sonhos pessoais e profissionais por saúde (Carvalho, Ceccim, 2006, p. 150).

A contribuição das construções de políticas no cuidado à saúde, segundo Peduzzi (2016), deve se fundamentar com a prática profissional e a organização do trabalho, nas várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas e coletivos, com o trabalho em equipe e prática interprofissional, estimulando os indivíduos e grupos sociais na autonomia de sua condição de saúde, no desenvolvimento das atribuições e competências do profissional da saúde, da gestão e do controle social do sistema de saúde.

O PSE não visualiza, de fato, o potencial de metodologias de ensino, construção do conhecimento em abordagens transversais e multiprofissionais, e olhares para o conhecimento técnico científico integrado com o saber comunitário. Não observando que os sujeitos podem produzir as soluções de seus problemas, essas propostas governamentais de práticas assistencialistas em programas no ambiente escolar divergem do enriquecimento da EPS, não capacitando o sujeito como corresponsável pela própria saúde em seus projetos de vida.

Nesse contexto, fundamenta-se que a “Atenção Básica em Saúde tornou-se um posto avançado do SUS, onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam [...]” (Cecílio et al., 2012, p. 2.900). Essa procura dos trabalhadores do SUS em questões do empoderamento comunitário em ambientes extramuros, sem a necessidade de adaptação do município relacionados ao cumprimento de normas e diretrizes do PSE, cria a possibilidade da criatividade do avanço e ampliação das práticas na EPS de uma visão interdisciplinar do reconhecimento do sujeito como um ser social.

A visualização de políticas públicas com uma estreita conjugação do contexto histórico-cultural com suas representações sociais nas suas construções, implantações e reformulações, e baseadas na memória de governo conjugado com a sociedade, tornam-se ações significativas em conexões com o universo simbólico atual, como indicam os processos de repaginação em seus princípios e diretrizes para que se torne efetivo e apropriado para a realidade local.

A possibilidade de o profissional da saúde traçar rotas originais de orientação na formulação de políticas no seu território de atuação, se torna essencial como competência técnica e criatividade humana.

1.4 As atribuições específicas e o extramuros: tons de mudança da contemporaneidade

A arte médica surgiu nos moldes das humanidades, das integrações do ser humano, e não na perspectiva matemática ou biológica. A medicina se associava a diversas artes em sua origem, com relações íntimas da filosofia e história. Hipócrates (460-377 a.C.), pai da medicina ocidental, exibiu um estreitamento da medicina com a arte, mas gradativamente, no início do século XIX, as ciências biológicas (química, física e biologia) avançaram e prevaleceram sobre as fontes sociais, influenciada notoriamente pela fisiologia e microbiologia no determinante de uma nova tecnologia médica. Nesse sentido, o avanço científico biológico notoriamente determinou a separação entre a medicina e as ciências humanas (Azevedo et al., 2012; Azevedo, 2015).

A formação médica atual, majoritariamente fragmentada, possui as estruturas dos currículos dos cursos de graduação nas áreas da saúde pouco se interagindo em seus departamentos e disciplinas isoladas. A ênfase à especialização para atingir o sucesso profissional logo no início da formação acadêmica, ainda indica o paradigma Flexneriano (relatório Flexner, 1910) para a separação do corpo em partes (Carrer et al., 2017).

A partir da segunda metade do século XX, alguns movimentos tentam modificar o instituído contrapondo as tendências na medida em que novas pesquisas e resultados eram avaliados. Esses caminhos identificavam o ser humano como um todo, um ser único e histórico, interagindo a atenção à saúde com os aspectos

socioeconômicos, políticos e culturais com a análise do processo saúde-doença (Lamperte, 2002; Pagliosa, Da Ros, 2008; Pinheiro et al., 2015).

Nesse sentido Capozzolo et al. Indicam:

Partimos da concepção de que as intervenções de cuidado não se restringem à aplicação de técnicas e procedimentos profissionais num “corpo adoecido”, mas envolvem compreender o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver do usuário, e abrir possibilidades de diálogo com suas concepções, expectativas, prioridades e desejos, reconhecendo-o como sujeito na produção de sua própria saúde. Também demandam articulação de diferentes saberes e práticas e de diferentes serviços (Capozzolo et al., 2013, p.358).

As articulações das questões transversais no cuidado em suas estratégias conceituam as atribuições dos profissionais de saúde em diversos temas, como: organizações de processos de trabalho, formação de políticas públicas, integração da rede de serviços, trabalho colaborativo em equipe, conceito de saúde, cuidado equânime e integral, vínculo e afeto, escuta, ética, corresponsabilidade mútua, compartilhamento de decisões e o reconhecimento do território.

O reconhecimento desses conceitos pelo trabalhador da saúde concretiza a um modo de viver individual em diferentes constituições familiares, sociais, culturais, políticas e religiosas. A oferta dos serviços de saúde deve contemplar as múltiplas dimensões que ganham corpo com o trabalho em saúde, não em protocolos ou técnicas específicas, mas em disponibilidade, abertura, atenção, escuta, espreita, tateamento, confiança, implicação e movimentos de proximidade (Merhy, 2003, 2004; Capozzolo et al., 2014).

Assim, o MS, na Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a PNAB, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), orienta:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (Brasil, 2006b, p. 02).

Esses preceitos foram recolocados na portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que revisa e inclui mais catorze itens relacionados à atenção à saúde na PNAB. Nas atribuições comuns de todos os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF), enfatiza que as atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas para a gestão local, e determina:

- I. Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II. Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);
- III. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- IV. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- V. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VI. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- VII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- VIII. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- X. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- XI. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

- XII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- XIII. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- XIV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- XV. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- XVI. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- XVII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- XVIII. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- XIX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada – reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- XX. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- XXI. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- XXII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- XXIII. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- XXIV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e
- XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local (Brasil, 2017b, p. 18).

Todos esses aspectos dizem respeito às atribuições dos profissionais de saúde e consideram que as necessidades singulares dos usuários demandam

cuidado. Atuam em uma indicação da promoção da vida e prevenção de agravos, principalmente no reconhecimento do território local de atuação, em ações extramuros, com a possibilidade de identificar as demandas da micro área adstrita. A determinação dos processos de trabalho reflete o viés operacional do sistema em seu controle e avaliação, mas o entendimento do “escopo da prática”²⁵ do profissional envolvido é caracterizado nas diretrizes do SUS.

Esse processo de trabalho, com um profundo compromisso ético deve responder às necessidades sociais no conjunto de sua divisão, constituído por seus elementos básicos: objetos, instrumentos e atividades; em conjunção com seus elementos de caráter específico: formas de organização, conteúdo ético e relações sociais (Paim, 1993).

Nessa dimensão, dos diferentes elementos associados que permitem integrar saberes e práticas transversais dos vários atores em suas construções de trabalho da ESF, dentre eles os profissionais da saúde, usuários e os gestores, que contribuem em seus pensamentos e ações para produções de saúde (Junges et al., 2009).

Os atores representam suas interpretações e intervenções de acordo com o entendimento das práticas e estruturas organizacionais na busca das respostas da articulação entre a caracterização das condições de vida. Nessa concepção, as atuações na micropolítica, em múltiplas possibilidades de modelos de atenção, identificam atualmente muitas facetas em processos de negociação que fabricam o cuidado. Esses modelos são construídos com as diversas alianças do objeto e do campo empírico assumindo diversas faces, que são os “modos de andar na vida” (Brito, 2005; Ayres, 2016).

Esses “modos” identificam que os profissionais da saúde devem ter olhares generalistas, humanistas, críticos e reflexivos sobre seus conhecimentos. Sua experiência, com a grande escola do território, do campo de atuação, em andares em suas áreas, simboliza práticas do cuidado familiar ampliado e ações intersetoriais.

²⁵ O termo “escopo de prática” é utilizado para descrever o conjunto de atividades, funções e ações que um profissional pode exercer com segurança, segundo sua formação, treinamento e competência profissional. Dessa forma, a maneira como o escopo de prática é estabelecido impacta diretamente na composição e produtividade da força de trabalho e, portanto, na qualidade e no custo dos serviços de saúde. (Anais do III Congresso da ABRASCO de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Natal, 2017, p.5).

Essas trajetórias dos profissionais de saúde em diversos momentos de embates e vitórias no ato de cuidar, identificam as práticas de trabalho em um conjunto de conhecimentos materializados no operar e, “[...] para repensar o processo de trabalho em saúde e da abertura que permite para se olhar o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato [...]” (Merhy, 2004, p. 16).

1.5 Reflexões sobre empoderamento comunitário (*Paulo Freire*)

No processo de empoderamento há duas faces, interdependentes, de uma mesma moeda: a dimensão psicológica e a dimensão política. A primeira refere-se ao desenvolvimento de um determinado modelo de autorreconhecimento, através do qual as pessoas adquirem ou fortalecem seu sentimento de poder, de competência, de autovalorização e autoestima. A segunda implica na transformação das estruturas sociais visando à redistribuição de poder, produzindo mudanças das estruturas de oportunidades da sociedade (Kleba, Wendausen, 2009, p. 738).

Empowerment (empoderamento) é uma palavra inglesa definida como “1. *Authorize, license. 2. give power to, make able, empowerment a*” (1. autorizar, permitir. 2. dar poder a, tornar possível), de acordo com o dicionário Oxford. De acordo com o dicionário Merriam-Webster, define-se como “1. *to give official authority or legal power to. 2. enable. 3. to promote the self-actualization or influence of*” (1. dar autoridade oficial ou poder legal a. 2. habilitar, permitir, autorizar. 3. promover a auto-atualização ou influência de). Já para o dicionário American Heritage tem conotação de “*We want to empower ordinary citizens*” (Nós queremos empoderar cidadãos comuns) (Valoura, 2005/2006).

A palavra empoderamento, a partir de sua origem em inglês, é citada por alguns autores como Valoura (2005, 2006) como criação de Paulo Freire. O próprio Freire interroga, em 2001, que esse termo foi criado, por volta de 1964, por professores do Instituto Superior de Estudos Brasileiros nos Estados Unidos, e se mostrava preocupado em usar esse conceito e palavra, principalmente por educadores, onde os educandos poderiam avaliar que seu aprendizado estaria terminado. Nesse contexto, essa inquietação de se apropriar desse significado, no livro *Medo e Ousadia*, de 1986, Freire cita a palavra *empowerment* dezesseis vezes, sendo que especificamente em três adverte a respeito do uso indiscriminado desse conceito (Roso, Romanini, 2014).

Apesar do termo empoderamento não participar especificamente das obras de Paulo Freire, diversos autores enxergam que na Teoria da Conscientização, empregada por ele, em seus significados, principalmente atualmente, essa palavra é apropriada em seus ensinamentos.

[...] o empowerment comunitário, defendido por uma vertente de teóricos inspirados em Paulo Freire, implica a “disputa pelo controle de recursos e na redistribuição de poder” (Carvalho, 2004, p.675). Assim, tal enfoque envolve a participação, o controle dos indivíduos e comunidades e a definição de ações coletivas para a efetiva melhoria da qualidade de vida (Moreira et al, 2007, p. 514).

Em suas obras, Freire empregava diversos títulos em sua pedagogia de construção do indivíduo, dentre eles: autonomia, sensibilização, libertação, emancipação, evolução, conscientização, transformação, reflexão, pertencimento, ação-reflexão, teoria e prática, práxis, etc. Indicando diversos termos para a saída do quadro de opressão do sujeito junto ao seu contexto histórico-social, esses movimentos se iniciam em processos educativos e na construção de conhecimentos.

Entretanto, os preceitos emancipatórios passam pelos projetos de evolução, se distinguindo dos homens “anestesiados” do seu poder reflexivo, em novos modelos do poder ativo, criador e transformador do mundo, com capacidade operacional da libertação que depende da autêntica reflexão e ação e vice-versa, na constituição da real práxis (Freire, 1981).

O instrumento privilegiado para desencadear uma educação conscientizadora cria uma relação de sentimentos, em diálogos democráticos e de construção coletiva. Os elementos nessas relações indicam que não existe de fato uma confrontação racional entre os sujeitos que se conversam. As interações nem sempre são simples, e exigem argumentações consistentes com vistas ao convencimento dos entes, estes momentos e envolvimento anunciam as veridades e fatos da realidade que se deseja transformar.

A aproximação desses pensamentos freirianos com a saúde se dá, principalmente, com o movimento da EPS, indicando caminhos de construção de métodos pedagógicos onde os indivíduos reconhecem sua realidade e enxergam as práticas de promoção à saúde. Sistematizando processos educativos individuais e coletivos em construções do bem-estar, interpretando o indivíduo como ator e transformador onde os “sujeitos que fazem e refazem o mundo”, para que sua libertação se concretize (Freire, 1981, 1987; Brasil, 2007b, 2014).

Como um dos representantes do movimento de EPS, Eymard Mourão Vasconcelos, conceitua o termo empoderamento, como uma proposição essencial de políticas de saúde em países da Europa, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Estados Unidos a partir dos anos 90. Esse apontamento identifica os significados alternativos no trabalho em contextos histórico-educativos dos movimentos sociais e suas realidades em configurações democráticas (Vasconcelos, 2001a).

Gohn em seu artigo de educação “Movimentos sociais na contemporaneidade”, traz novas concepções da mobilização da comunidade e cita que os “Novos conceitos foram criados para dar suporte às novas ações, tais como responsabilidade social, compromisso social, desenvolvimento sustentável, empoderamento, protagonismo social, economia social, capital social etc” (Gohn, 2011, p. 341).

Em sua conclusão na dissertação de mestrado, Teixeira reflete sobre o empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.

O empoderamento e a Promoção da Saúde são lentes conceituais, que objetivam proporcionar os meios, para que as pessoas consigam uma maior resolutividade e controle sobre o que afeta a sua saúde, não retirando a responsabilidade do Estado, no cuidado da saúde de sua população (Teixeira, 2002, p.105).

A 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde Promovendo Saúde e Equidade, em 2016, a formulação do termo empoderamento tomou um sentido protagonista nos diversos artigos que constituíram o documento. O significado e o sentido da palavra tomou corpo como um artifício de promoção de saúde discutido. Essa condução vem no alinhamento popular de sua essência e inicia discussões acadêmicas da saúde na participação popular. Nos Anais da conferência é citado o termo empoderamento 212 vezes associado a múltiplas facetas, como o empoderamento feminino, de usuários de droga, de movimentos sociais, em projetos de EeS, do idoso, de segurança alimentar, de gestantes, para os profissionais de saúde e gestores, saúde bucal, promoção da saúde, controle social, etc (Anais Saúde e Sociedade, 2016).

Durante o 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, da ABRASCO, ocorrido entre os dias 26 e 30 de setembro de 2019, a palavra empoderamento é associada com a obra de Paulo Freire em sua página inicial no atalho “Sobre o Congresso”.

O pressuposto de reconhecimento do outro se associa, necessariamente, àquele de luta do outro pelo seu próprio empoderamento. Situando-se a partir de perspectivas teóricas que nascem em países periféricos, é importante ressaltar a obra de Paulo Freire, com ideias igualmente defensoras de um papel protagonista para grupos situados na condição de oprimido, ou na obra de Kabengele Munanga, segundo a qual a luta por emancipação não pode ser pautada por valores de um universalismo ou humanismo abstrato, que não reconheça as diferenças que produzem desigualdades (Acesso: 01 jun. 2019. Disponível em: <http://cshs.com.br/sobre/index.php#topo>).

As práticas educativas indicam o profissional de saúde como educador e o usuário do sistema como educando, interpretando o trabalhador da saúde como um articulador sócio-educativo. Algo distinto dos movimentos rotineiros, representa novas competências a essa classe que interpreta que “O engajamento nesse trabalho exige do educador a permanente revisão de conceitos, valores e ideologias para atuar como elemento facilitador no processo de conscientização e libertação” (Freire, 1989, p.15).

A reinvenção do trabalhador da saúde como educador deve interpretar os múltiplos fatores da realidade e saberes da população e sua demanda, pois se:

Nós decidimos por eles aqueles conteúdos que eles devem saber. Ocorre aí que nós impedimos suas (deles) práticas de conhecimento. Roubamos autonomia ao processo deles de saber e aprender. E recebemos conteúdos que serão colocados sobre os corpos deles. Quando isso ocorre estamos reproduzindo a dominação sobre eles. Estaremos impondo nosso método de conhecimento por cima da inteligência deles. E fazemos pacotes. Transposição de ideologias, fazemos. (Freire, 1993, p. 26).

Essa transformação profissional segue, a princípio, o reconhecimento do território de sua atuação, em movimentos de interligação pactuados com os agentes, os educadores e educandos. Essa mobilidade deve ser efetuada com o envolvimento multiprofissional e de longevidade programada, com o conhecimento conectado em mobilizações de saúde em suas realidades na interpretação que “Separada da prática, a teoria é puro verbalismo inoperante; desvinculada da teoria, a prática é ativismo cego” (Freire, 1981, p. 110).

A unidade dialética da teoria-prática, ação-reflexão, forma uma conjunção que não distancia a realidade dos fatos, autenticando a práxis. A observação de onde as coisas acontecem, do envolvimento do real na conjuntura com a base teórica, interpretadas com análise crítica, evidencia o entendimento do significado dos acontecimentos. Assim, os eventos de tomada de consciência indicam a relação

dialética do objeto com os sujeitos e objetos com contexto concreto²⁶ da prática educacional.

A constituição real da conscientização alavanca no contexto concreto com o contexto teórico, unidos e sem independência, práticas libertadoras na relação cultural entre sujeito-objeto. “O sujeito se torna capaz de perceber, em termos críticos, a unidade dialética entre ele e o objeto. Por isto mesmo, repitamos, não há conscientização fora da práxis, fora da unidade teórico-prática, reflexão-ação” (Freire, 1981, p. 113).

Paulo Freire, no livro *Pedagogia da Autonomia*, nomeia em seus vários capítulos a construção do professor. Essa base deve direcionar o profissional de saúde, um potencial educador, em estruturação da metodologia para a promoção de saúde, efetivando a aprendizagem. “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (Freire, 1996, p. 21).

No mesmo livro, o autor interpreta que o homem é incompleto e seus retornos para os ensinamentos devem ser periódicos, pois ele faz e refaz o mundo, modificando suas condições de existências.

Aqui chegamos ao ponto de que devêssemos ter partido. O do inacabamento do ser humano. Na verdade, o inacabamento do ser ou a sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há vida, há inacabamento. Mas só entre mulheres e homens o inacabamento se tornou consciente. (Freire, 1996, p. 50).

Essas mudanças das condições de existência são condicionadas a interpretação na convicção de que a mudança é possível, mas somente viável com a reinvenção do educador em múltiplas peculiaridades, como nas transformações do seu meio tradicional no envolvimento com e para a comunidade e nos debates criativos voltadas para a intervenção das configurações da realidade comunitária (Freire, 1996). Nesse sentido, Kleba e Wendausen (2009, p. 733) interpretam que “O empoderamento estrutural favorece e viabiliza o engajamento, a corresponsabilização e a participação social na perspectiva da cidadania”.

²⁶ No “contexto concreto” somos sujeitos e objetos em relação dialética com o objeto; no “contexto teórico” assumimos o papel de sujeito cognoscentes da relação sujeito-objeto que se dá no “contexto concreto” para voltando a este, melhor atuar como sujeitos em relação ao objeto (Freire, 1981, p. 110).

O profissional da saúde recria condições anteriormente vivenciadas pelo indivíduo no intuito de modificar seu comportamento, seus saberes e práticas, mas também se apropriando dessa aproximação, aproveitando esse conhecimento para si e para o educando, se envolvendo no meio e fornecendo autonomia para que a vida e o processo educacional se transforme de forma saudável e sustentável. O desdobramento de ser dialógico e crítico através de uma educação ideológica identifica uma linguagem de natureza sócio-histórica em diversas facetas

Quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, gnosiológica, pedagógica, estética e ética, em que a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a seriedade (Freire, 1996, p.24).

A aliança da educação autêntica e emancipatória com o empoderamento coletivo em saúde permite argumentação das conduções do poder instituído²⁷ e vislumbra artifícios de efetivação do instituinte²⁸.

A riqueza do processo de empoderamento está justamente em desvendar as relações de poder, buscando transformá-las em relações mais equânimes. Isso requer a construção de uma nova subjetividade, mais crítica e livre, em que se permite questionar o instituído (Kleba, Wendausen, 2009, p. 737).

O ensinar-aprender mútuo do educador e educando nos conceitos da EeS e da educação popular, interpretando a conscientização como maior recurso e como fundamento para a construção do conhecimento. Incorpora, nos momentos atuais, um novo conceito do termo empoderamento, vindo da língua inglesa e visto por Freire com certo receio, mas acionado em diversos movimentos atuais da saúde como determinante para promoção de saúde e qualidade de vida.

²⁷ **INSTITUÍDO:** ao resultado da ação instituinte* denomina-se instituído. Quando esse efeito foi produzido pela primeira vez, diz-se que se fundou uma instituição. O instituído cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva. Para que os instituídos sejam eficientes, devem permanecer abertos as transformações com que o instituinte* acompanha o devir social. Contudo, o instituído tem uma tendência a permanecer estático e imutável, conservando os estados já transformados de facto e tornando-se assim resistente e conservador (Barremblitt, 2002, p. 157).

²⁸ **INSTITUINTE:** é o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias que tende a fundar instituições ou a transforma-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais. No transcurso do funcionamento do processo de institucionalização, o instituinte inventa instituídos* e logo os metamorfoseia ou cancela, de acordo com as exigências do devir social. Para operar concretamente, o processo de institucionalização deve ser acompanhado de outros organizantes* que se materializam em organizações*. Os dinamismos instituintes e organizantes* são orientados pelas Utopias Ativas* (Barremblitt, 2002, p. 157).

1.6 Educação Popular em Saúde (*Eymard Mourão de Vasconcelos*)

[...] a Educação Popular mostra-se como um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, permitindo a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social (Brasil, 2007a, p. 15).

O início do educar em saúde no mundo se deu de forma impositiva e vertical, sem a possibilidade de abertura para trocas de conhecimentos. Os monólogos de transmissão de informações repercutiam sem interação e compartilhamento de vivências e essa concepção do cuidado não contemplava as permutas de saúde. Apesar de no começo da saúde coletiva ter havido indicações restritivas e hegemônicas, a associação com a EeS contemplava temas de saúde sanitária e de higiene para a população, vinculava a “Medicina social” na Inglaterra, em meados do século XIX, com a produção capitalista (Stotz, 1993).

Esse início de procedimentos educativos em saúde tem como um dos importantes marcos a criação do Conselho Geral de Educação dos Estados Unidos, em 1914, que indicava ações de criação de centros para orientação de práticas de sanidade por parte das autoridades, agregando representantes da Saúde Pública, Medicina e Educação que recomendaram a formulação de cursos de graduação em higiene e saúde pública. O estímulo de formulação dos avanços de processos sanitários e formação dos recursos humanos nacionais e internacionais, nesse sentido, se deve, em grande parte, a Fundação Rockefeller, que estimulava as instituições de alta qualidade de ensino e pesquisa (Candeias, 1984).

O termo Educação Sanitária se inicia nos Estados Unidos, em 1919, em uma conferência internacional sobre a saúde da criança, com princípios de troca de informação por mudanças de comportamento no envolvimento de um poder disciplinar hierárquico e normatizador, apontando que na comunidade não havia conhecimento suficiente e os especialistas detinham o saber. Essa perspectiva não contemplava a dimensão histórico-social do processo saúde-doença, com uma ideologia liberal com vinculação na saúde pública, entretanto essa direção não reconhecia a análise da realidade social em suas relações (Renovato, Bagnato, 2012).

A procura pelo diálogo, tão significativa para a educação, ocorre em encontros dos seres humanos, onde são pronunciados no mundo e re-pronunciados

após a problematização, em atos de criação e recriação (Freire, 1963). Esses encontros começam a ser difundidos a partir da década de 1960 com as obras de Paulo Freire com sua pedagogia crítica em plena ditadura militar. Esse regime apresentava iniciativas educacionais pedagógicas e de saúde somente para as elites políticas e econômicas, com imposição de regulamentos e condutas consideradas adequadas somente para essas classes sociais (Vasconcelos, 2004).

A educação dita popular teve na figura de Freire como grande articulador e ele “foi o pioneiro na sistematização teórica dessa concepção” (Vasconcelos et al., 2015, p. 91). Esse princípio teórico das ciências da educação, concebida na segunda metade do século XX, na América Latina, e atualmente presente em todos continentes, tem como referência internacional os livros de Freire, principalmente conhecida pela metodologia da pedagogia freireana: pedagogia da problematização e educação libertadora (Vasconcelos, 2004; Vasconcelos et al., 2015).

Na saúde, alguns grupos, ditos sanitaristas e de envolvimento popular, a partir dos anos 70, iniciaram uma série de articulações considerando o modelo de atenção à saúde como ultrapassado e desigual, propondo uma ruptura do sistema médico assistencial, hierárquico e impessoal. Essa insatisfação se pronunciou com o resultado das eleições nacionais de 1974 (com a vitória do MDB) e das diversas lideranças da saúde, sindicais e populares que culminou no Movimento da Reforma Sanitária, absorvendo como uma das diretrizes a EeS como prática para o empoderamento comunitário (Roncalli, 2003; Vasconcelos et al., 2015).

Esse novo caminho de emancipação, interpreta a reprodução de troca de saberes entre os educadores e educandos no âmbito de suas semelhanças e contradições, fortalecendo a promoção da saúde em construções coletivas e dos sujeitos com projetos societários transformadores.

O conjunto da obra freireana nos apresenta como referência a prática dos sujeitos, isto é, a teoria está na própria prática, pois em toda ação há uma intencionalidade, um objetivo imediato baseado em conhecimentos que se tornam evidentes nessas ações, dando-lhes sentido e significado. É uma educação que está em toda a vida, em todos os indivíduos, respeitando as diversidades dos saberes e de vida (Brasil, 2013, p. 20).

Esses tons de transformação da educação bancária, de simples depósito e na “cultura do silêncio”, para a concepção problematizadora interrompe práticas de opressão, rígidas e tradicionais para uma autonomia do sujeito (Freire, 1996). Assim, os pensadores da saúde começam a se apropriar das desigualdades sociais no

Brasil na economia, do sistema de saúde, habitação, cultura, recreação, saneamento e diversos outros determinantes de saúde.

Alguns fatores, como a possível quebra da estabilidade social, associados aos elementos anteriores descritos, colaboraram para que na 5ª CNS, em 1975, apontasse possíveis soluções dos problemas de saúde nacional. Entre os principais temas, a EeS se efetivou como um dos determinantes para a recondução da saúde no Brasil. Como indica o Dr. Edson Machado de Souza²⁹ do MEC em estratégias governamentais: "É necessário modificar a tendência até agora observada de referir o problema da saúde principalmente à cura ou tratamento, mas dever-se-á orientá-la sobretudo para os serviços preventivos e de atenção coletiva. " (Brasil, 1975, p. 288).

Dessa forma, um modelo de mudança na saúde começa a ser desenhado, com a visualização de outros sistemas de saúde universais, relacionado às necessidades sócio-políticas do momento voltado para a medicina comunitária. Nesse período foi criado a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1978, com o objetivo de articular e apoiar núcleos de ensino, pesquisa e treinamento na saúde pública para fortalecer as conversas com os serviços de saúde, sociedade civil e organizações governamentais e não governamentais (Arcoverde, 2006).

Na insatisfação do modelo de atenção à saúde por parte de intelectuais, profissionais e movimentos populares, se iniciaram debates sobre os princípios e estratégias de um novo sistema que contemple os cuidados básicos sanitários. Na década de 70, a educação popular se iniciava de uma forma mais concreta de produção de saúde, como apresenta Vasconcelos:

A história da EPS e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre andaram paralelas, como pode ser mais bem observado no livro *A medicina e o pobre*, de Eymard Mourão Vasconcelos (1987), por exemplo. O envolvimento de professores, estudantes e técnicos da área da saúde

²⁹ Edson Machado de Souza foi diretor-geral da CAPES entre 1982 e 1989, período fundamental na construção, no acompanhamento e na execução da Política Nacional de Pós-Graduação, ocupando posteriormente secretarias estratégicas nos ministérios da Educação e da Ciência e Tecnologia, até chefiar o gabinete do Ministério da Educação, de 1995 a 2001. Além de ter lecionado em universidades federais de norte a sul do País, o professor paranaense ocupou ainda cadeiras em diversos comitês, comissões e conselhos ligados ao planejamento e fomento do ensino superior e da ciência e tecnologia, entre os quais destacamos o Comitê Interamericano de Educação da Organização dos Estados Americanos (OEI) e o Comitê Consultivo do Centro Regional de Ensino Superior para a América Latina e Caribe – CRESALC, órgão da UNESCO, tendo neste último exercido a presidência (Disponível em: <http://www.capes.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/8928-nota-de-falecimento-2>).

com a Educação Popular se inicia na década de 1970, época em que também surgiam as articulações iniciais do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Muitos foram personagens desses dois movimentos, simultaneamente; a maioria, de forma anônima (Prado, Carneiro e Vasconcelos. In: Vasconcelos, Prado, 2017, p. 212).

Com essa nova demanda, criou-se novas iniciativas de trocas crescentes de movimentos sociais em experiências de saúde comunitária para as diversas classes populares. As soluções teóricas entre o saber comunitário e o rigor científico criou um norte de referência na construção da EPS em uma ruptura do método tradicional e impositivo do fazer saúde. Esse novo direcionamento respeitava as experiências da comunidade e o direito de reproduzirem seus pensamentos e ações para a construção coletiva da promoção da saúde (Vasconcelos et al., 2015).

Nesse contexto, de novos pensamentos aliados com a visualização das desigualdades sociais marcada pela crise da economia e política na década de 80, agravado pelas condições de vida de grupos mais vulneráveis, o pensamento da reforma sanitária cresce de acordo com as demandas e aponta seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 1986, tornando-se um divisor de águas das ideologias para formação de um sistema de saúde na criação dos princípios doutrinários e organizacionais de saúde inseridos na Constituição Federal de 1988 (Oliveira, 2007; Brasil, 2014).

Na elaboração da Constituição cidadã, o conceito ampliado de saúde em sua escrita se estabelece:

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

Essa escrita que identifica a saúde integral do indivíduo com a redução de riscos às enfermidades e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, aponta que a saúde passa pela oportunidade do autoconhecimento do cidadão relacionado a si.

Mesmo com essa complexa base epistemológica, o SUS já tinha, em sua concepção original, como ampliar o olhar para esse sujeito que deseja ter o protagonismo do seu cuidado como algo importante, o que ficou bastante evidente na concepção de integralidade descrita em seu arcabouço jurídico-institucional (Carnut, 2017, p. 1179).

A estratégia da EPS como ferramenta de autonomia de grupos que ao longo do tempo foram excluídos em seus modelos de vida em conduções e saberes, com a orientação de organizar a EPS no campo institucional como política e orientação, evidenciou os princípios fundamentais e organizacionais do SUS, procurando os sentidos de vida dos cidadãos em tecnologias que corroboram para a conjunção de práticas em diferentes espaços na construção de preceitos da Reforma Sanitária (Brasil, 2007a).

A institucionalização do projeto de EPS oficializado no governo como política pública no SUS, contribuiu com diminuição de desigualdades de saúde e melhora da qualidade de vida da população.

Em 2007, por meio da Portaria nº 3.027, de 26 de novembro foi instituída a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa que dentre seus eixos e ações expressa: fortalecer os movimentos e as práticas de Educação Popular e Saúde (EPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o Decreto No 5.974 da Presidência da República em seus Artigos 26 e 272 (Brasil, 2012b, p. 13).

A EPS vem em divergência ao modelo tradicional de educação, hegemônico, centrado no positivismo que tem nos profissionais de saúde como detentores do saber, que não propicia a autonomia do sujeito, mas comanda a adoção de condutas saudáveis verticalmente mediante ao acesso de informações, sem intercâmbio entre o educador e o educando, e aponta a culpabilização do sujeito em sua escolha errônea pessoal, objetivando ocultar o mau serviço e o desgoverno (Stotz, 1993)

No “combate” ao autoritarismo da educação com metodologia tradicional, a EPS surge como:

Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior do educando. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza (Vasconcelos, 2004, p. 71).

Nesse sentido a educação e saúde adquire múltiplos enfoques em suas ações organizacionais e metodologias como identifica a Figura 1.5.

A identificação da sociedade em seus diversos ambientes, deve induzir a produção de uma subjetividade dos profissionais de saúde em seus processos de trabalho. Nesse entendimento, Gomes e Merhy (2014a), em um estudo dos trabalhos de Vasconcelos, afiançam que a subjetividade é posta de lado na ciência moderna, enfatizando a razão instrumental e aquecendo a valorização da extensão

não racionais observadas na produção das ações humanas e seus conhecimentos. No entanto, a interpretação das delimitações desses aspectos apresentam diminuições da abordagem da psicanálise identificando uma deficiente leitura racional sobre a mente das pessoas (Gomes, Merhy, 2014a).

Figura 1.5 – Enfoques sobre Educação e Saúde

Enfoques sobre Educação e saúde				
Características Educativas	Educativa	Preventiva	Radical	Desenvolvimento Pessoal
Objetivo	Compreensão da situação	Comportamento saudável	Consciência social da saúde	Personalidade desenvolvida
Sujeito de Ação	Educador	Educador	Educador com aliança com cidadãos	Educador
Âmbito de Ação	Indivíduos nos serviços/ sociedade	Indivíduos nos serviços	Grupos sociais / indivíduos	Indivíduos nos serviços/ sociedade
Princípio Orientador	Eleição informada sobre riscos	Persuasão sobre riscos	Persuasão política	Potenciação do valor do indivíduo
Estratégia	Compartilhar e explorar crenças e valores	Prevenir doenças pelo desenvolvimento de comportamentos saudáveis	Desenvolver luta política pela saúde	Desenvolver destrezas para a vida
Pressuposto de Eficácia	Acesso igualitário às informações	Mudança de comportamento individual	Participação dos cidadãos na luta política pela saúde	Crença na capacidade de controlar a vida

Fonte: Stotz (1993) apud Brasil (2007b, p.13)

O profissional de saúde deve reconhecer a compreensão “também por dimensões que estão além da razão” (Vasconcelos, 2008, p. 182) para que se produza saúde, embora em muitos momentos essa dimensão emocional do trabalho em saúde dos sujeitos envolvidos não seja visualizada ou estabelecida. Essa concepção da subjetividade não é exercitada na formação tradicional do trabalhador da saúde, e somente adquirida com o envolvimento dos profissionais com causas sociais que produzem diversos algoritmos dos modos de viver.

Outra concepção na produção de EeS é a de gestão da saúde, na qual o Estado gera as possíveis produções em saúde a partir do local nas diversas questões de interpretação da ocupação das instâncias governamentais e sua estrutura. Esses movimentos locais em projetos, interesses e demandas associados à gestão deve seguir a racionalização gerencial de recursos, de recursos de produção de material, intelectual e do setor saúde descritos na Figura 1.6 (Gomes, Merhy, 2014a).

Figura 1.6 – Plano de ação de gestão colegiada

Fonte: Brasil, 2007b, p. 46.

O apontamento que os trabalhadores da saúde propõe em seu produto de trabalho dentro da estrutura do Estado, deve ir além da luta pela apropriação e incremento estatal, para que a compreensão administrativa dos recursos educacionais em saúde possam alcançar a racionalidade de seus conceitos e objetivos dentro do direito de participação. Essa organização dos serviços é defendida por Vasconcelos:

Nesse contexto, preocupa-se não apenas em multiplicar os atendimentos e expandir a população por eles coberta, mas em redefinir o próprio atendimento. É comum afirmar, com graus variáveis de clareza, que a atenção médica tradicional não é injusta apenas porque segrega os trabalhadores, mas também porque a sua racionalidade interna reforça e recria, no nível das suas microrelações, as estruturas de dominação da sociedade. (Vasconcelos, 2001b, p. 123).

Outro fator na concretização da EPS é a relação entre os trabalhadores de saúde e do trabalho em equipe. Essa construção coletiva reproduz as relações multiprofissionais com o instituído proveniente da gestão e essa interação identifica modos similares ou distintos que podem fornecer êxitos ou conflitos. Ao existir uma organização seguindo os princípios da educação emancipatória, as práticas se aprimoram para um maior potencial de transformação (Santos, 2013).

As discussões a respeito do funcionamento dos serviços educacionais em saúde evidenciam múltiplas facetas em suas atuações e metodologias de condução. Esses diálogos atuam nas especificidades de conhecimentos e das demandas

locais, com complexidades das RAS em disputas e conquistas na integralidade, participação e equidade da atenção à saúde.

Para o movimento da EPS, não basta alguns saberem fazer; é preciso que esse saber seja difundido e generalizado nas instituições de saúde, encontrando os caminhos administrativos e de formação profissional que as permitam se generalizarem institucionalmente (Vasconcelos, Prado, 2017, p. 24).

As articulações do trabalho educativo devem ser pactuadas repetidamente, identificando a potencialidade do fenômeno do cuidado em suas dimensões ambientais, sociais e emocionais. Com compartilhamentos de ações dentro das competências profissionais voltados para as singularidades dos usuários, sua equipe e das demandas locais, essas interlocuções com diferentes saberes integram os indivíduos no desafio de alcançar o novo, a inovação. Dialogando nessa perspectiva, Vasconcelos conclui:

A EP é também uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Em várias secretarias de saúde e no Ministério da Saúde foram criadas coordenações de EP para ampliar a participação popular no SUS. A generalização da EP no SUS ajuda a ampliar os processos participativos na rotina de atendimento e de gestão dos serviços, superando a perspectiva que enxerga apenas os conselhos e conferências de saúde como espaços de controle social. A EP ajuda a construir novas práticas de atenção à saúde que levam em conta os saberes, interesses e condições materiais das pessoas (Vasconcelos, Prado, 2017, p.28).

1.7 Experiências criando competências: O ideal e o atual (*Jorge Larrosa Bondia*)

O pensamento do significado da palavra experiência tem a conotação da aprendizagem adquirida em um determinado momento ou passagem que se incorpora na nossa existência, evidenciada pela vida de forma não estática, e não no acúmulo de informações que, simplesmente, suprimem reflexões, mas na compreensão do mundo em sua volta e a si mesmo. “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (Bondia, 2002, p. 02). Esse modo do atravessar, do exercitar, do testar e do que nos atinge, é identificado como o que sucede em nossa vida.

O significado do estar no mundo nomeia o sentido da experiência na compreensão constitutiva da existência humana, que alimenta a reflexão e conduz a linguagem e seus reflexos, em diversos movimentos vividos e narrados na e pela

cultura (Minayo, 2012). A definição na qual o ser humano tem sua experimentação em um corpo de conhecimentos oriundos na reflexão pessoal e única que determinam as diversas situações em crenças, pensares, sentimentos e relacionamentos.

Essas ações humanas produzem um completo artefato de saberes sociais construindo relações interpessoais no exercício diário da civilidade. Nestes contextos de vida, os fatores externos como instituições, ambientes, comunidades e regulamentos, instituem formas de viver e transformação da realidade local, regional, nacional e mundial. Esses lugares complexos, que Heidegger (1980) interpreta pelos sentidos das experiências em que o ser humano é compreendido por um ser histórico.

Quando, através dessas relações, se produzem modificações consistentes para o bem pessoal e coletivo em intenções, extensões e compreensões, se implementam transformações em modelos de atenção nas instituições.

Nesse sentido, Kolb teoriza que os processos de aprendizagem experiencial indicam o desenvolvimento através das seguintes hipóteses: a) a aprendizagem em uma concepção benéfica quando se arquiteta como processo, e não como resultado; b) existe um processo permanente de aprendizagem baseado na experiência; c) o processo de aprendizagem administra resolução conflitos de modelos dialeticamente controversos de conformação do mundo; d) a adequação do mundo de acordo com um processo holístico se baseia na aprendizagem; e) o acordo entre o meio físico-social que o aprendiz desenvolve a aprendizagem (Figura 1.7; Kolb, 1984).

Kastrup interpreta que a aprendizagem é constituída conforme a experiência e suas interações.

[...] aprender é experimentar incessantemente, é fugir ao controle da representação. É também, nesse mesmo sentido, impedir que a aprendizagem forme hábitos cristalizados. Aprender é estar atento às variações contínuas e às rápidas ressonâncias, mas isso implica, ao mesmo tempo, certa desatenção aos esquemas práticos de reconhecimento (Kastrup, 2008, p.107).

Figura 1.7 - Ciclos de aprendizagem Experiencial

Fonte: Pimentel (2007) adaptado de Kolb (1984)

A relação de usuários e profissionais de saúde é dita com eficiente, eficaz e efetiva quando há uma produção do “sucesso terapêutico”. Esse encontro com uma determinada circunstância no universo do cuidado é determinado através das ações dos trabalhadores da saúde de acordo com suas experiências, mas não somente dessa perspectiva uni casual, e sim dessa integração entre os sujeitos nessa causa, produzindo nesse espaço uma “micropolítica” incorporada no ato (Merhy, Franco, 2003; Franco, 2007; Capozzolo et al., 2013; Feuerwerker, 2014).

O ‘trabalho vivo em ato’: a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas) (Merhy, Franco, 2003, p. 282).

A relação de trabalho com a centralidade do cuidado ao usuário através da experiência profissional, tem sua produção, segundo Merhy (2004), dividida em diferentes tecnologias: a) leve-dura: estabelecida de acordo com os conhecimentos

clínicos, assistenciais, técnicos-manuais dos trabalhadores de saúde; b) dura: formada por instrumentos como equipamentos e máquinas de exames, procedimentos de alta tecnologia, formações estruturais e ambientes físicos, etc.; c) leve/relacional: consiste no encontro físico do profissional com o usuário, na compreensão do espaço ocupado e das ações multidimensionais pessoais do cuidado.

Nessas dimensões de intervenção das produções de saúde com a evidenciação ao cuidado deve-se priorizar a tecnologia das relações, para o entendimento da compreensão do ser humano e seu contexto histórico e para a constituição de seus processos de cuidado. Desse modo, as tecnologias leves-duras e duras são visualizadas como integrativas e complementares às leve/relacionais, como planejamento embasado na experiência do profissional para um projeto terapêutico centrado no usuário.

Com a compreensão que o ser humano deve ser interpretado conforme o lugar que ocupa no mundo, segundo a definição histórica sobre experiência de Heidegger (1980), que investiga a fenomenologia de caráter ontológico³⁰. A prática do cuidado deve ser atribuída às demandas apontadas pelos usuários, e mais do que isso, nos significados e sentidos da relação dos modos de vida.

Um, ao "carregar" a representação de um dado "problema" como "problema de saúde / necessidade de saúde", procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a "sinceridade", a "responsabilização" e a "confiança na intervenção, como uma possível solução"; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera (Merhy, 2013, p. 14).

As soluções das adversidades de saúde deflagram o entendimento dos trabalhadores sobre o que é bem estar, mas também da habilidade inventiva do profissional de saúde em obter um resultado em mudanças efetivas. Esse processo se inicia na interpretação conceitual e às representações simbólicas, (compreensão e apreensão, respectivamente), e se transformam com as reflexões internas de sua manipulação ativa (intenção e extensão) das experiências.

30 Ontologia é o ramo da filosofia que estuda a natureza do ser, sua existência e realidade. A ciência do ser enquanto ser. Tem suas divisões em Monismo e Dualismo, Determinismo e Indeterminismo, e Materialismo e Idealismo.

Essas respostas devem ser interpretadas de acordo com os Determinantes Sociais de Saúde, que segundo a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) interpretam “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss, Pellegrini Filho, 2007, p. 78). A produção de saúde, em seus momentos inventivos de aprendizagem compartilhada, tem sintonia na realização dos serviços que determinam o empoderamento e as construções de seus modelos de atenção (Kastrup, 2005).

Aprender é, então, fazer a cognição diferenciar-se permanentemente de si mesmo, engendrando, a partir daí, novos mundos. A política da invenção é, assim, uma política de abertura da atenção às experiências não-recognitivas e ao devir. O desafio da implementação dessa política é conceber práticas que viabilizem o desencadeamento de processos de problematização que não se esgotem ao encontrar uma solução (Kastrup, 2005, p.8).

Nessa concepção de conhecimento das práticas em saúde, o trabalhador SUS se insere no reconhecimento do território social como fator determinante para ações para o indivíduo. Em seu artigo sobre saúde bucal coletiva, Botazzo (2006, p. 9) descreve que o “Pensar o sujeito é pensar no comportamento material do sujeito, e isto nos remete para o terreno das pulsões, do desejo e da política”, inserindo as competências profissionais com a aprendizagem do sujeito subjetivo e seu ambiente de vida.

O desenvolvimento dessas competências em propostas de trabalho proporciona a atuação das RAS nas soluções dos problemas. Schwarts (1995) fundamenta três elementos da competência para estabelecer novos modelos de trabalho: a heterodeterminação em possibilidades tecnológicas e prescrições presentes para os procedimentos; experiências adquiridas nos processos de trabalho em conhecimentos técnicos e sociais na orientação nos procedimentos executados; e a dimensão de seus valores.

A geração dessas competências do trabalho em saúde não é linear ou imediata, mas trabalhadas em processos subjetivos em transferências mútuas entre profissionais e usuários, sempre mutantes e provisórias, conforme os apontamentos cognitivos de um sujeito em suas percepções, sentidos e afetos (Capozzolo et al., 2013). Esses programas integrais, interpretam a construção coletiva, suas condições históricas, seus ambientes distintos e sua forma singular (Araújo, 1994).

No objetivo de produzir saberes e competências, as práticas de EeS vêm sustentadas no compartilhamento que a “A Saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis” (Brasil, 2015, p.20). Merhy (2004) constrói detalhadamente essa indicação na Figura 1.8.

Figura 1.8 – Produção do cuidado em saúde

Fonte: Merhy (2004)

Essas construções são escoradas pelas histórias de vida compartilhadas que edificam em trajetórias de autonomia dos sujeitos que Bondía (2002) considera como “aprendizagem significativa” vinculada à ação e reação do sujeito, diferentemente da informação que evidencia o lado quantitativo. As experiências criam as competências na formação de cidadãos críticos e autônomos nos diferentes papéis sociais com habilidades para agir na conservação da qualidade de vida.

Nesse contexto, a OMS (2000) certifica que a prevenção às doenças, em procedimentos educacionais, é um processo que visa aumentar as chances da comunidade de controlar e ampliar a qualidade de vida em seus determinantes sociais da saúde. Essa oportunidade de aprendizagem e conhecimento proporciona que os sujeitos sejam protagonistas da promoção de sua própria saúde.

O envolvimento dos escolares, dos pais e dos responsáveis, bem como de profissionais de Educação nas atividades, é indicado como importante estratégia que pode oportunizar o reconhecimento de problemas, seus determinantes e fatores de risco associados, favorecendo o empoderamento individual e coletivo (Brasil, 2015, p. 49).

Os deslocamentos das relações dos sujeitos informantes e sujeitos informados em práticas educativas na saúde em aprendizagens significativas, retoma a imprevisibilidade em diferentes perspectivas da produção em saúde, essa compreensão de diferentes pensares de questões de saúde devem interpretar os significados para o conceito de informação relacionado com a experiência, na definição de Bondía onde “uma sociedade constituída sob o signo da informação é uma sociedade na qual a experiência é impossível” (Bondía, 2002, p. 22).

Nesse olhar, o agir do profissional no ato do cuidado deve induzir a atuação efetiva ao usuário assistido, o educando no seu espaço social, indicando práticas de transformação do sujeito passional no ativo, com aprendizagens das tecnologias sanitárias democráticas em acordo de práticas colaborativas na dinamicidade entre a experiencial pessoal compartilhada com a construção das competências mútuas.

A primeira nota sobre o saber da experiência sublinha, então, sua qualidade existencial, isto é, sua relação com a existência, com a vida singular e concreta de um existente singular e concreto. A experiência e o saber que dela deriva são o que nos permite apropriar-nos de nossa própria vida (Bondía, 2002, p. 27).

2 O PROJETO PROFESSOR SAÚDE

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano (Faria, 2017, p. 26).

O projeto Professor Saúde estabeleceu um novo conceito de ação intersetorial e transdisciplinar no encontro de profissionais da saúde e educação com a comunidade de Ilhabela. Esse projeto, além de constituir uma ferramenta do projeto de pesquisa, se tornou a produção de uma intervenção de caráter sócio-analítica e, conseqüentemente, uma produção com fundamentação teórica de investigação para os serviços educacionais.

Sua fundamentação teórica teve a base na EPS, com atividades integradas entre as secretarias de Saúde e Educação no município incorporando novas técnicas relacionas ao educar em saúde. As descrições e as condições do local do projeto são apontadas a seguir.

2.1 O arquipélago da Estância Balneária de Ilhabela

A maior ilha marítima brasileira é a Ilha de São Sebastião, nome dado em homenagem ao santo do dia da descoberta por Américo Vespúcio, em janeiro de 1502. Atualmente, a Ilha de São Sebastião faz parte do arquipélago de Ilhabela, que compreende as ilhas de Búzios, Vitória e outras ilhotas. O primeiro nome político-administrativo do arquipélago – Villa Bella da Princesa – foi dado em 1805, em homenagem à Princesa da Beira. Nessa data, o município apresentava condição de Freguesia, subordinado à Vila de São Sebastião (IBGE, 2019).

Em 1901, Villa Bella da Princesa foi elevada à condição de cidade, mas em maio de 1934 foi reduzida à condição de Distrito de Paz, sendo novamente anexada ao município de São Sebastião, o que durou somente quatro meses. Finalmente, em setembro de 1935, foi novamente e definitivamente elevada à condição de município. O município foi renomeado como Formosa pelo decreto-lei estadual nº 9775 em 1938 e, somente em 1944, com o decreto-lei estadual nº 9775, o nome de Ilhabela foi finalmente incorporado. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 1948, o arquipélago passou-se a se chamar Estância Balneária de Ilhabela, nome reconhecido nos dias atuais (IBGE, 2019; Tabela 2.1).

Tabela 2.1 – Mudanças de nomes do arquipélago de Ilhabela

Nome	Data de Mudança
Ilha de São Sebastião	20/01/1502
Villa Bella da Princesa	03/09/1805
Vila Bela da Princesa	21/05/1934
Vilabela	1939
Formosa	30/11/1940
Ilhabela	30/11/1944
Estância Balneária de Ilhabela	27/09/1948

Fonte: O autor com base no IBGE (2019)

O arquipélago, situado no litoral norte do Estado de São Paulo, apresenta uma área de 348,3 km² e está localizado na região metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, região administrativa de São José dos Campos e região de governo de Caraguatatuba, com distância de cerca de 210 quilômetros da capital paulista, (Figura 2.1). Seus acessos rodoviários a partir do planalto são as rodovias dos Tamoios (SP-99), ao norte, e a Mogi-Bertioga (SP-98), ao sul, as duas rodovias afluindo na Rodovia Rio-Santos (BR-101) até a cidade de São Sebastião. Seu acesso se conclui por balsas da DERSA – Desenvolvimento Rodoviário S/A, com travessia náutica de 2.400 metros (IBGE, 2019).

A Estância Balneária de Ilhabela tem sua economia local baseada principalmente no turismo, com uma entrada de visitantes em torno de um milhão de pessoas por ano. Em 2018, o fluxo de travessia para o município foi de mais de 700 mil veículos, sendo que no ano de 2019 a cidade apresentava uma população estimada de 34.970 de habitantes. A cidade apresenta atividades econômicas como o comércio, funcionalismo público, construção civil, pesca e artesanato em posições secundárias (Fonte: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Turismo, Prefeitura de Ilhabela, 2019, ANEXO A; IBGE, 2019).

A Mata Atlântica é o bioma predominante no arquipélago e 84,3% da sua área está inserida em unidades de conservação ambiental. Apesar dessa alta taxa preservacionista, o arquipélago é envolvido em um intenso processo de exploração mobiliária, o que tem resultado em degradação ambiental de seus recursos naturais (Instituto Pólis, 2013a). Seu território abrange cerca de 34 mil hectares, mas a área

urbanizada se concentra em um curto trecho de aproximadamente 831 hectares da parte costeira voltada para o continente. Há ainda uma pequena parcela do território com os 18 núcleos de comunidades tradicionais caiçaras espalhadas pelas praias e ilhas que são acessíveis apenas por trilhas ou embarcações (IBGE, 2019; Instituto Pólis, 2013a).

Figura 2.1 – Localização geográfica de Ilhabela

Fonte: Milanesi (2007)

Apesar da baixa densidade demográfica (95,18 habitantes/km²) em comparação com a do Estado de São Paulo (178,53 habitantes/km²), nos últimos anos um aumento populacional tem se efetivado, resultando em um dos maiores índices do Estado em taxas geométricas. Esses aumentos nas décadas de 1980,

1990 e de 2000 até 2007, alcançaram o índice de 5,13, 4,95 e 3,86% ao ano, respectivamente para o arquipélago; em contrapartida, para o crescimento estadual, tiveram os números de 2,12, 1,82 e 1,72% ao ano, respectivamente (IBGE, 2019; SEADE, 2019).

Nos últimos dez anos, o município cresceu 31%, enquanto a média do Estado foi de 10%. A previsão da taxa geométrica de crescimento anual da população de Ilhabela para 2019 foi de 1,78%, enquanto que a região de governo apresentou uma previsão de 1,48%, a região administrativa 0,97% e a do Estado de São Paulo 0,81% (CETESB, 2017a; SEADE, 2019).

O crescente aumento populacional do município de Ilhabela está relacionado com a migração e turismo, que geram grande especulação imobiliária e, conseqüentemente, influenciando o aumento do custo de vida e gerando conflitos entre hábitos nativos quando comparados aos dos migrantes (Kayanoki, 2011).

Dentre os problemas gerados pelo crescimento populacional, destaca-se: a insuficiência de saneamento básico, a falta de vagas em escolas e creches, o aumento pela procura pelos serviços de saúde, os subempregos, as invasões de terras e as construções sem aprovações governamentais e sem estruturação confiável (Peres, Barbosa, 2008). Durante o verão, no período de férias escolares, também denominado “alta temporada”, esses problemas ficam mais evidentes, com grande destaque para os problemas relacionados ao saneamento básico.

Dos 16 municípios costeiros, seis apresentam ICTEM (*Indicador de Coleta e Tratabilidade de Esgoto da População Urbana de Município*) acima de 5,0. Aqueles com ICTEM inferior à 2,0 são municípios atendidos por emissários submarinos, uma vez que se considera que não há remoção da carga orgânica pela EPC (Estação de Pré-Condicionamento). Os municípios com maiores ICTEM do litoral no ano de 2017 são Mongaguá (7,99) na Baixada Santista e, no Litoral Norte, Caraguatatuba (7,34). Por outro lado, o município de Ilhabela é o que possui o menor ICTEM do litoral paulista (1,17), resultado do pequeno percentual de coleta de esgotos e do tipo de destinação por meio de emissário submarino precedido de EPC. Na Baixada Santista, os municípios com menores ICTEM são Praia Grande e Guarujá, respectivamente, com 1,31 e 1,56 (CETESB, 2017a, p. 22).

Esses desequilíbrios indicam que o arquipélago tem um formato de mercadoria, onde ocorrem manobras de apropriações territoriais e programações festivas que almejam a ascensão social, onde as elites nacionais constroem sua segunda residência e turistas eventuais aproveitam a ilha. As belezas de Ilhabela estão em publicidades públicas e privadas, mas sua infraestrutura não tem

comportado esse volume de pessoas adicionadas. Segundo a CETESB, na última temporada de verão de 2019, por exemplo, quase todas suas praias estavam impróprias para o banho (Figura 2.2; CETESB, 2017).

Figura 2.2 – Qualidade da balneabilidade das praias de Ilhabela

Fonte: CETESB (2017b)

Como resultado das praias impróprias no verão de 2019, houve um aumento significativo na procura médica de moradores e não residentes de Ilhabela no hospital municipal Mário Covas Jr. nos meses de janeiro e fevereiro, decorrentes de diversas causas de contaminação, principalmente, gastroenterites e infecções de olhos, ouvidos e vias aéreas (Sistema Costa Norte de Comunicação, 2019).

A taxa de coleta de esgoto sanitário das residências com tratamento em 2010 apresentava um índice de 7,37%. Essa apuração é extremamente baixa se comparada aos padrões da região de governo com 42,48%, região administrativa de 85,91% e do Estado com 89,75%. Desde 2010, este índice ainda não foi elevado, principalmente por falta de planejamentos de políticas públicas nesse sentido (SEADE, 2019). Apenas 36% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado e somente 9,5% das moradias urbanas apresenta urbanização adequada

(presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Na exposição desses dados em comparação com outros municípios do estado, sua posição é 522 de 645; em relação a outras cidades do Brasil, fica em 2849 de 5570 (IBGE, 2019).

No entanto, contrastando esse índice, desde 2010, o município tem recebido um acréscimo gigantesco de repasses de *Royalties* da reserva de petróleo do Pré-Sal. Essa situação se deve a sua localização geográfica e aos paralelos de projeção da Bacia do Pré-Sal para o continente (Instituto Pólis, 2016). Esses incrementos têm colocado a cidade em um panorama privilegiado em sua situação financeira. Em 2016, Ilhabela estava inserida entre as quatro cidades mais beneficiadas por esses recursos, a saber, com Niterói-RJ, com 22,5% do total destinado aos municípios, Maricá-RJ, com 19,62%, Ilhabela-SP, com 13,31%, e Campos dos Goytacazes-RJ, com 13,09% (ANP, 2017).

A Figura 2.3 reflete a recente apropriação de recursos pelo município com suas receitas de *Royalties*.

Figura 2.3 – Evolução das receitas de *Royalties* em Ilhabela

Fonte: Public Tableau (2019a)

A cidade tem aplicado esse valor nos mais variados projetos e programas, no entanto, sem uma destinação estudada e com programação. Dessa forma, os valores somados ao longo dos anos têm tido um destino incerto. Segundo Gilda

Nunes, coordenadora do Instituto Ilhabela Sustentável “Gastam simplesmente porque têm de gastar. Montam centros de exposição, fazem mirantes mirabolantes, compram obras de arte, até expandem a infraestrutura, mas sem planejamento (...)” (Instituto Pólis, 2016, p.16).

A Lei nº 12.351/10³¹ indica os objetivos do Fundo Social Pré-sal, em seu artigo 48:

- I. Constituir poupança pública de longo prazo com base nas receitas auferidas pela União;
- II. Oferecer fonte de recursos para o desenvolvimento social e regional;
- III. Mitigar as flutuações de renda e de preços na economia nacional, decorrentes das variações na renda gerada pelas atividades de produção e exploração de petróleo e de outros recursos não renováveis (Instituto Pólis, 2016, p. 50).

Essa indicação da concepção social e regional é apontada em forma de projetos e programas em benefício à comunidade de acordo com suas demandas no combate à pobreza e desigualdades sociais, assim como a elaboração e execução de planos de gestão de políticas públicas que atendam a sustentabilidade dos recursos extras que se efetivem em seus caixas. Entretanto, tais propostas não têm se evidenciado no município (Instituto Pólis, 2016).

Com relação às transferências de receitas totais, não somente em *Royalties*, da União em 2017 no Estado de São Paulo, Ilhabela ocupa o 4º lugar, ficando atrás somente das cidades de São Paulo, São Bernardo do Campo e Campinas, alcançando um valor de R\$ 472.210.000,00. Em comparação às cidades do Brasil, alcança a posição de 26º lugar, seguido das capitais e grandes cidades (IBGE, 2019).

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita no município foi de R\$ 184.493,91 em 2017, o 13º maior do país no ano e o percentual das receitas oriundas de fontes externas teve o índice de 79,1%. O total de receitas realizadas, em 2017, foi de R\$ 635.442.000,00 e as despesas empenhadas nesse período alcançou o valor de R\$ 417.018.000,00, um superávit de R\$ 218.424.000,00 (IBGE, 2019).

Porém, com o aumento das receitas, as despesas acompanham seus números, aparentemente em ações sem muita associação a causas sustentáveis.

³¹ Dispõe sobre a exploração e a produção de petróleo, de gás natural e de outros hidrocarbonetos fluidos, sob o regime de partilha de produção, em áreas do pré-sal e em áreas estratégicas; cria o Fundo Social - FS e dispõe sobre sua estrutura e fontes de recursos; altera dispositivos da Lei no 9.478, de 6 de agosto de 1997; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12351.htm

Por exemplo, somente em shows e eventos no ano de 2017, foram gastos mais de 27 milhões de reais, aproximadamente cinco milhões a mais do que foram gastos no ano de 2016. Gastos com gestão ambiental entre 2016 e 2017 aumentaram mais de dez milhões de reais, apesar de não ter havido nenhum investimento significativo em saneamento básico ou meio ambiente que justificasse tal aumento (Public Tableau, 2019). A Figura 2.4 aponta os gastos com o entretenimento em 2017.

Figura 2.4 – Gastos com eventos em Ilhabela em 2017

Disponível em: Public Tableau (2019b)

A série histórica do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Ilhabela inicia em 1991, com um índice de 0,505, passando para 0,658 em 2000 e atingindo o número de 0,756 em 2010. Isso representa a 191ª posição no Estado de São Paulo e a 448ª posição no Brasil. No momento atual, a busca da associação de apropriação de recursos conjugados com o crescimento do desenvolvimento humano é o grande desafio a ser apropriado (IBGE, 2019).

Nesse contexto, os gastos com Saúde e Educação, as duas maiores despesas, têm aumentado em proporções muito maiores que a do crescimento populacional, indicando a cidade como grande potencial dessas secretarias. A conjugação desses dois setores em investimentos para diminuição de desigualdades sociais, timidamente tem acompanhado os anos. O percentual dos gastos em cada setor é apontado na Figura 2.5.

Figura 2.5 – Gastos por setores em Ilhabela em 2017

Disponível em: Public Tableau (2019c)

2.2 As estruturas das secretarias de saúde e educação do município

Quando a educação não é libertadora, o sonho do oprimido é ser o opressor. Paulo Freire

A Lei Orgânica da Estância Balneária de Ilhabela que rege a cidade é a sua lei mais importante, e determina alguns direcionamentos significantes vinculados à atenção à saúde, em seus processos educacionais e intersetoriais das Secretarias Municipais de Saúde e da Educação (Ilhabela, 2019a).

Art. 30 - Do Código de Saúde Municipal: (p. 19)

XII- garantia a assistência à saúde, integral no seu caráter educativo, curativo e, principalmente preventivo, visando promover e recuperar o indivíduo como um todo; (p. 20)

XVII- promoção de campanhas, palestras e debates, visando o esclarecimento público dos vários problemas ligados à saúde;

XVIII- inspeção médica, nos estabelecimentos de ensino municipal, terá caráter obrigatório; (p. 21)

Art. 32 - Do Código da Educação Municipal: (p. 23)

XII- suplementar o atendimento ao educando no ensino fundamental e pré-escolar, através de programas de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde, especialmente quanto a atendimento médico, odontológico e psicológico;(p. 24).

Nesses apontamentos, a atenção à saúde e a EeS são evidenciadas como ferramentas a serem apropriadas tanto pelos profissionais de saúde como pelos da educação. Apesar desses determinantes, os trabalhadores não exercem com efetividade esses processos criando uma corrente de abandono de integração e vínculo entre as pastas mais “ricas”.

As Secretarias da Educação e da Saúde receberam investimentos de 159.000.000,00 e 124.981.000,00 em 2019, respectivamente, atingindo a porcentagem de 18,48% e 14,53% do total dos recursos do município, conforme a lei municipal número 1.339/2018 “Estima a receita e fixa a despesa do município de Ilhabela para o exercício de 2019”, de 26 de dezembro de 2018 (Ilhabela, 2018).

Com relação às transferências federativas dos recursos para o SUS, no bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde, houve a ordem de R\$ 5.788.962,26 totais com o repasse de R\$ 3.464.982,00, para a AB, perfazendo a porcentagem de 4,63% e 2,77% dos gastos da saúde do município (Ilhabela, 2018).

A estimativa de gastos municipais com a AB para 2019, com os gastos em projetos e em atividades, foi estipulada em R\$ 240.000,00, com o total de R\$ 48.324.000,00, perfazendo 38,66% dos gastos da saúde no município (Ilhabela, 2018, p. 58).

As transferências de recursos do Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE) do governo federal foram estipuladas em R\$ 5.366.509,41 em 2019, perfazendo a porcentagem de 3,37% dos investimentos da educação na cidade (Ilhabela, 2018).

Dessa forma pode-se concluir que os valores transferidos pelo governo federal, principalmente, relacionados aos *Royalties* são imprescindíveis para as ações na Saúde e Educação em Ilhabela, sem os quais o sistema entraria em colapso.

1. Estruturas físicas e de recursos humanos da Secretaria da Saúde:

A Secretaria Municipal da Saúde, em sua APS, é composta por oito Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), distribuídas ao longo da costa oeste (região

mais habitada do arquipélago) e uma unidade de saúde na Comunidade Tradicional do Bonete (Figura 2.6, nessa Figura aparece um equipamento a mais, o Hospital Mário Covas Jr.). Essa secretaria é composta por onze equipes da ESF, onze da ESB, um da NASF tipo I, uma Academia da Saúde e um Programa do Melhor em Casa (ANEXO B).

Figura 2.6 – Localização das unidades de saúde em Ilhabela

Fonte: Google Maps (2019a)

A assistência médica é composta por:

- a. Onze médicos da AB; três médicos de apoio à AB; um médico em comunidades tradicionais; sete pediatras e; um médico de cobertura.
- b. Onze enfermeiros lotados na ESF; dois enfermeiros de apoio; um enfermeiro em comunidades tradicionais e; um enfermeiro na UBS do Bonete.
- c. Treze dentistas na ESF e; dois dentistas de cobertura.
- d. Um farmacêutico e; um técnico em farmácia em cada UBS.
- e. Um enfermeiro; três fisioterapeutas; um profissional de educação física; um terapeuta ocupacional; um pedagogo; um psicólogo; dois nutricionistas e; um fonoaudiólogo no NASF.
- f. Oito profissionais de educação física na Academia da Saúde.
- g. Dois médicos; um enfermeiro; um dentista; dois técnicos de enfermagem; um psicólogo; um fisioterapeuta; um assistente social; um recepcionista e um técnico em administração no Programa Melhor em Casa.

h. Onze técnicos de enfermagem da ESF nas UBS; um técnico de enfermagem em comunidades tradicionais e; dois técnicos de enfermagem para coberturas.

i. Trinta auxiliares de enfermagem inseridos nas UBSF.

A saúde em Ilhabela é organizada em sua forma de trabalho por dois vínculos empregatícios: 1) funcionários da Prefeitura Municipal e 2) funcionários da Santa Casa de Misericórdia. No primeiro, os servidores são concursados e existe um Estatuto (Lei 1.326/2018), um Plano de Cargos e Carreiras (Lei 1.328/2018) e um Fundo de Pensão com Regime Próprio de Previdência Social (Lei 1.052/2014); esses servidores constituem cerca de 5% da mão de obra da saúde em Ilhabela. Já os trabalhadores da saúde da Santa Casa de Misericórdia são admitidos por influência pessoal/individual ou política, sem processo seletivo e inexistente uma progressão profissional, excetuando a categoria da enfermagem. A aposentadoria destes profissionais é regida pelo INSS e cerca de 95% dos recursos humanos da Secretaria de Saúde é aplicada nessa mão de obra (Fonte: Processo Administrativo 6.667/2018).

Em relação às consultas realizadas na APS, Atenção Secundária e hospital, em 2016 foram executadas 182.334., em 2017 – 199.281 consultas, já em 2018 – 221.397 atendimentos, no ano de 2019 – 237.365 consultas (SIGSS, 2019) Lembrando-se que a população estimada em 2019 para Ilhabela é de 34.970 habitantes (IBGE, 2019).

A Secretaria de Saúde tem um grande aporte de recursos dos *Royalties* e realiza, através do convênio com a Santa Casa de Misericórdia, uma manobra para contornar a lei de responsabilidade fiscal. Existe um alto investimento em infraestrutura e equipamentos e a quantidade de novas unidades de saúde, em reformas de ambientes hospitalares, compra de materiais e novas tecnologias têm se efetivado em grande volume no município. Nesse item, se aponta a produção de procedimentos e exames relacionados à reabilitação e recuperação da saúde.

A proporção do recurso financeiro total da saúde por habitante em Ilhabela no ano de 2018 foi de R\$124.981.000,00 por 34.333 habitantes, resultando em R\$3.640,25 por habitante (Ilhabela, 2018; IBGE, 2019). Em termos comparativos com a cidade de São Paulo, esses números foram de R\$8.756.935.942 por 12.176.866 habitantes no mesmo ano, equivalente a R\$719,14 por habitante (São Paulo, 2018; IBGE, 2019).

No entanto, esse repasse financeiro não se consolidou na avaliação do último Programa de Melhoria no Atendimento e Qualidade (PMAQ) de 2019 (Figura 2.9). Das dez equipes analisadas (nove da AB com ESB e uma do NASF), nenhuma alcançou a classificação 'Ótima' ou 'Muito Bom'. Oito tiveram o desempenho como 'Bom' e duas foram classificadas como 'Regular', mantendo praticamente suas avaliações do 2º ciclo do PMAQ de 2015 (Figura 2.8) e com notas inferiores ao 1º ciclo de 2013 (Figura 2.7; Ministério da Saúde, 2019).

Figura 2.7 – Notas do PMAQ 1º ciclo de Ilhabela

<div> <div>C15160</div> <div>ILHABELA</div> </div> <div> <div>Ministério da Saúde - MS</div> <div>Secretaria de Atenção à Saúde - SAS</div> <div>Departamento de Atenção Básica - DAB</div> <div>Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação</div> </div> <div> <div>Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade</div> </div>									
<div>1</div> <div> <div>Divulgação da Lista de Certificação das equipes de Atenção Básica que participaram do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB - Portaria nº. 283 de 28 de Fevereiro de 2013) *Estratos</div> <div>Método utilizado para estratificação dos municípios que participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das Equipes de Atenção Básica no processo de certificação, os municípios serão distribuídos em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos. Os estratos foram constituídos por um índice composto por cinco indicadores: 1 - Produto Interno Bruto (PIB) per Capita, 2 - Percentual da população com plano de saúde, 3 - Percentual da população com Bolsa Família, 4 - Percentual da população em extrema pobreza, 5 - Densidade demográfica. Link sobre os estratos: http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php</div> </div>									
2									
3									
4									
5	UF	IBGE	MUNICÍPIO	NOME DA EQUIPE	CNES	AREA	ESTRATO*	TIPO DE EQUIPE	CERTIFICAÇÃO 1º CICLO (método de certificação de equipes conjunto)
6									
15159	SP	352042	ILHA COMPRIDA	UNIDADE DE PSF III CENTRO ILHA CO	2749467	0003	4	ESB	ACIMA DA MÉDIA
15160	SP	352040	ILHABELA	UBS ITAQUANDUBA ILHABELA	2031655	0031	4	ESB	ACIMA DA MÉDIA
15161	SP	352040	ILHABELA	UBS BARRA VELHA ILHABELA	2038773	0021	4	ESB	ACIMA DA MÉDIA
15162	SP	352040	ILHABELA	UBS BARRA VELHA ILHABELA	2038773	0022	4	ESB	ACIMA DA MÉDIA
15163	SP	352040	ILHABELA	UBS COSTA SUL I ILHABELA	2076977	0011	4	ESB	ACIMA DA MÉDIA
15164	SP	352040	ILHABELA	UBS AGUA BRANCA	3531023	0024	4	ESB	MUITO ACIMA DA MÉDIA
15165	SP	352070	INDIAPORÃ	UNIDADE BASICA DE SAUDE PREFEITO	2041014	0001	1	ESB	MUITO ACIMA DA MÉDIA
15166	SP	352080	INÚRIA PAULISTA	USE DE INÚRIA PAULISTA	2034379	0001	4	ESB	ACIMA DA MÉDIA

Fonte: Ministério da Saúde (2019)

Um fator que, de alguma forma, conversa com a recente avaliação precária do PMAQ é a interferência política relacionada à Santa Casa de Misericórdia que abriga uma grande porcentagem da mão de obra da saúde de Ilhabela. Suas contratações sem avaliação curricular ou processo seletivo e as interferências nos processos e trabalhos, de alguma forma, prejudica o entendimento da produção de saúde na APS. Esse fato é fundamentado por profissionais sem formação para as práticas no sistema público de saúde.

Figura 2.8 – Notas do PMAQ 2º ciclo de Ilhabela

C29104											ILHABELA	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
1	<div>Ministério da Saúde - MS</div> <div>Secretaria de Atenção à Saúde - SAS</div> <div>Departamento de Atenção Básica - DAB</div> <div>Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação</div>										<div> Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade</div>	
2	<div>Divulgação da Lista de Certificação das equipes de Atenção Básica que participaram do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB - Portaria nº 836 de Junho de 2015): *Estratos: Método utilizado para estratificação dos municípios que participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das Equipes de Atenção Básica no processo de certificação, os municípios serão distribuídos em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos. Os estratos foram constituídos por um índice composto por cinco indicadores: 1 - Produto Interno Bruto (PIB) per Capita, 2 - Percentual da população com plano de saúde, 3 - Percentual da população com Bolsa Família, 4 - Percentual da população em extrema pobreza, 5 - Densidade demográfica. Link sobre os estratos: http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php</div>											
3												
4												
5	UF	IBGE	MUNICÍPIO	NOME DA EQUIPE	CNES	AREA	INE	ESTRATO*	TIPO DE EQUIPE	CERTIFICAÇÃO - 2º CICLO (método de certificação de equipes individualizado)		
6										ESF	ESB	
29103	SP	352042	ILHA COMPRIDA	UNIDADE DE PSF III CENTRO ILHA CO	2749467	0003	0000332909	4	AB/SB	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	
29104	SP	352040	ILHABELA	UBS ITAQUANDUBA ILHABELA	2031655	0031	0000332771	4	AB/SB	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	ACIMA DA MÉDIA	
29105	SP	352040	ILHABELA	UBS ARMACAO ILHABELA	2031965	0054	0000332798	4	AB/SB	ACIMA DA MÉDIA	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	
29106	SP	352040	ILHABELA	UBS BARRA VELHA ILHABELA	2038773	0021	0000332828	4	AB/SB	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	ACIMA DA MÉDIA	
29107	SP	352040	ILHABELA	UBS BARRA VELHA ILHABELA	2038773	0022	0000332836	4	AB/SB	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	
29108	SP	352040	ILHABELA	UBS COSTA SUL I ILHABELA	2076977	0011	0000332844	4	AB/SB	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	ACIMA DA MÉDIA	
29109	SP	352040	ILHABELA	CS III DE ILHABELA	2090678	0042	0000332852	4	AB/SB	MUITO ACIMA DA MÉDIA	ACIMA DA MÉDIA	
29110	SP	352040	ILHABELA	UBS AGUA BRANCA	3531023	0023	0000332860	4	AB/SB	MUITO ACIMA DA MÉDIA	ACIMA DA MÉDIA	
29111	SP	352040	ILHABELA	UBS AGUA BRANCA	3531023	0024	0000332879	4	AB/SB	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA	
29112	SP	352070	INDIAIPORÁ	UNIDADE BASICA DE SAUDE PREFEITO	2041014	0001	0000333085	1	AB/SB	ACIMA DA MÉDIA	MUITO ACIMA DA MÉDIA	

Fonte: Ministério da Saúde (2019)

Figura 2.9 – Notas do PMAQ 3º ciclo de Ilhabela

Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação										
2ª Lista de certificação do 3º ciclo do PMAQ-AB (Por Equipe)										
1										
2	A planilha abaixo apresenta a classificação das equipes e os valores repassados de acordo com o desempenho alcançado na 2ª Lista de certificação do 3º Ciclo do PMAQ-AB.									
3	UF	IBGE	MUNICÍPIO	CNES	INE	Tipo de equipe de adesão	Tipo de equipe de certificação	Classificação	Descrição dos critérios para classificação da equipe	Valor por equipe (R\$)
38833	SP	352030	IGUAPE	5169768	0000332763	AB	AB	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
38834	SP	352040	ILHABELA	2031655	0000332771	AB/SB	ABSB	Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	5.603,80
38835	SP	352040	ILHABELA	2031965	0000332798	AB/SB	ABSB	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	2.241,52
38836	SP	352040	ILHABELA	2038773	0000332801	AB/SB	ABSB	Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	5.603,80
38837	SP	352040	ILHABELA	2038773	0000332836	AB/SB	ABSB	Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	5.603,80
38838	SP	352040	ILHABELA	2076977	0000332844	AB/SB	ABSB	Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	5.603,80
38839	SP	352040	ILHABELA	2090678	0000332852	AB/SB	ABSB	Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	5.603,80
38840	SP	352040	ILHABELA	3531023	0000332860	AB/SB	ABSB	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	2.241,52
38841	SP	352040	ILHABELA	3531023	0000332879	AB/SB	ABSB	Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	5.603,80
38842	SP	352040	ILHABELA	6865240	0001574728	NAS/F1	NAS/F1	Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	2.331,35
38843	SP	352040	ILHABELA	7275021	0000332828	AB/SB	ABSB	Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	2.241,52

Fonte: Ministério da Saúde (2019)

A Secretaria Municipal de Educação, em 2018, é constituída por 36 unidades escolares (Figura 2.10), incluindo creches, Escolas de Ensino Fundamental I e II escola para Jovens e Adultos (EJA), totalizando 6.485 alunos. Seus recursos humanos são compostos por:

- 1367 funcionários da secretaria da Secretaria de Educação.
- 917 funcionários concursados.
- 401 funcionários contratados.
- 117 funcionários comissionados.
- 560 funcionários de nível superior.

f. 474 funcionários de nível médio/básico.

Esses números apresentam um contraponto quando relacionado à Secretaria de Saúde. A maioria dos funcionários da educação são ingressos através de concurso público e processo seletivo, sendo, respectivamente, servidores efetivos e contratados. (ANEXO C e D).

Figura 2.10 – Unidades escolares em Ilhabela

Fonte: Google Maps (2019b)

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)³² com metas variadas de cidade para cidade. Nos Ensino Fundamental I e II, esses índices variam de acordo com os critérios do MEC em conjunto com as respectivas prefeituras. No Ensino Médio, esses números são definidos pelos governos estadual e federal.

³² Ideb é o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, criado em 2007, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), formulado para medir a qualidade do aprendizado nacional e estabelecer metas para a melhoria do ensino.

O Ideb funciona como um indicador nacional que possibilita o monitoramento da qualidade da Educação pela população por meio de dados concretos, com o qual a sociedade pode se mobilizar em busca de melhorias. Para tanto, o Ideb é calculado a partir de dois componentes: a taxa de rendimento escolar (aprovação) e as médias de desempenho nos exames aplicados pelo Inep. Os índices de aprovação são obtidos a partir do Censo Escolar, realizado anualmente.

As médias de desempenho utilizadas são as da Prova Brasil, para escolas e municípios, e do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb), para os estados e o País, realizados a cada dois anos. As metas estabelecidas pelo Ideb são diferenciadas para cada escola e rede de ensino, com o objetivo único de alcançar 6 pontos até 2022, média correspondente ao sistema educacional dos países desenvolvidos (Fonte: <http://portal.mec.gov.br/conheca-o-ideb>).

Ilhabela tem alcançado, no Ensino Fundamental I, seus melhores resultados. Seu patamar tem crescido desde 2013, onde atingiu 5,3, chegando a 5,9 em 2015 e alcançando 6,5 em 2017, atingindo sua meta projetada (Figura 2.11).

Figura 2.11 – Evolução do IDEB do Fundamental I em Ilhabela

Fonte: QEdu (2019)

Em relação ao Ensino Fundamental II, referente do 6º ao 9º ano, o município obteve o índice de 5,1, não conseguindo superar a meta prevista de 5,4.

No Ensino Médio, que compete ao Estado, Ilhabela atingiu o valor de 3,5, não conseguindo atingir os índices preconizados do Estado e Federação, definidos em pelos governos estadual em 4,6 e federal em 4,7, respectivamente (Ministério da Educação, 2019).

Os resultados da educação municipal têm evidenciado uma melhora no crescimento em seus índices, provavelmente devido ao maior número de profissionais efetivados com concurso público, os quais geralmente apresentam melhor preparo. Mesmo que os alvos numéricos em relação a educação municipal ainda não tenham alcançado as projeções, seus números esboçam um futuro promissor.

Com esses apontamentos, é evidente que a saúde e educação municipal podem almejar índices, metas e resultados mais expressivos em conformidade com o forte amparo financeiro dos últimos anos. Esse lapso entre as avaliações e os

recursos tem incomodado a gestão e os próprios servidores ao reconhecer as condições e dispositivos os serviços poderiam ser mais bem executados.

2.3 O projeto Professor Saúde

“Tu deviens responsable pour toujours de ce que tu as apprivoisé”. Antoine de Saint-Exupéry (O Pequeno Príncipe).

Os desafios da EeS são variados e complexos, envolvendo um conjunto diversificado de atores sociais em suas práticas cotidianas do serviço em saúde, no reconhecimento dos interesses e saberes da população, na tentativa de desenvolver ideias inovadoras, fomentando processos educativos na construção de conhecimentos, colocando-se assim como contribuições centrais e de oportunidades para a prática do trabalho colaborativo e nas atuações integrais à saúde (Vasconcelos, 2004; Bornstein et al., 2014; Santili et al., 2016).

A escola José Benedito de Moraes, no bairro do Reino, faz parte do campo de análise³³ de atuação do profissional e pesquisador e tem em sua área adjacente uma das maiores concentrações populacionais em Ilhabela – os bairros Reino e Green Park, que comportam uma das comunidades mais vulneráveis do arquipélago. Suas habitações foram edificadas em uma região de morros de alta declividade, com sucessivas ocupações irregulares em construções simples em áreas sem escritura ou posses regularizadas, com carências de transporte, de serviços de coleta de lixo e de saneamento.

A população dos bairros, em geral, é caracterizada como de baixa renda, advinda principalmente da migração de diversos estados. As principais fontes de renda são os serviços de construção civil, pesca, turismo e comércio. A Figura 2.12 identifica o local da unidade de saúde da Água Branca, e a delimitação em negrito evidencia a área, as duas equipes da ESF e suas três áreas, Água Branca, Reino e Toca, além da localização da unidade Escola José Benedito de Moraes.

³³ **CAMPO DE ANÁLISE:** é o perímetro escolhido como objeto para aplicar o aparelho conceitual disponível destinado a entender o campo de intervenção: a inteligência acerca de como ele funciona, a articulação de suas determinações, a forma como são gerados seus efeitos etc. Este aparelho conceitual pode constituir-se de materiais teóricos muito heterogêneos, dependendo da sua eficiência para fazer a "leitura" do campo de intervenção. O campo de análise não está delimitado segundo um perímetro que coincida com a definição empírica ou "oficial" (instituída e organizada) de um segmento social. (Barremblitt, 2002, p. 139).

Figura 2.12 – Delimitação da área de atuação da pesquisa

Fonte: Modificado de Google (2019c)

As constantes visitas do pesquisador, em atividades rotineiras e programadas em ambientes fora da unidade escolar (que de certa forma são tradicionalistas e rígidas, regradas pela gestão em forma do instituído) identificaram uma série de problemas relacionados à saúde da população, tanto através de constatações clínicas em odontologia, como em conversas informais com a coordenação da escola e professores. Por esse motivo um projeto de promoção à saúde começou a ser desenhado.

Este projeto foi idealizado e coordenado pelo odontólogo da equipe Salmão da UBSF da Água Branca em diálogos com os educadores e aproximadamente trezentos estudantes de cinco a doze anos da Escola Municipal José Benedito de Moraes (Ensino Fundamental I). O projeto teve seu início em fevereiro de 2017 e término em dezembro de 2017. Suas ações interventivas seguiram o Projeto Político-Pedagógico (PPP) e o calendário escolar.

As atividades foram voltadas para três tipos de público alvo: 1) os professores; 2) os alunos e; 3) os pais/responsáveis, e foram direcionadas para desenvolver habilidades, conhecimentos e destrezas para a prevenção das condutas de risco e do autocuidado da saúde em todas as oportunidades educativas. Vislumbrou-se uma análise sobre os comportamentos, valores e condições sociais

dos entes envolvidos, efetivando uma prática presente da EeS nos diversos âmbitos de atuação.

Nove etapas foram articuladas e concretizadas:

1. A primeira etapa se referiu à idealização e formatação do projeto, com a elaboração teórica na escrita, levantamento bibliográfico com detalhes institucionais, organizacionais e documentais.

2. A segunda etapa estabeleceu o levantamento dos temas das atividades e da estrutura de organizacional do projeto.

3. Na terceira etapa efetivou-se a apresentação e aprovação para a gestão da escola e para a coordenação da AB.

4. A quarta etapa se construiu com a sensibilização dos profissionais da saúde e educação com gestores, professores e funcionários da escola com o trabalho proposto no ambiente escolar. Essa etapa foi subdividida em três, a primeira com a exposição da ideia para a gestora e coordenadora da unidade escolar, a segunda com uma reunião de professores e, finalmente, com conversas informais, com os possíveis educadores da saúde na indicação da intenção e o objetivo do projeto.

5. Após a aprovação das fases anteriores, a quinta etapa foi a captação dos temas de saúde e execução de atividades de acordo com a demanda do Conselho da Escola, pais/responsáveis e profissionais da educação.

6. Na sexta etapa, paralelamente à condução das atividades, foi apresentado para os secretários de saúde e da educação, e suas equipes técnicas, para que o andamento do projeto tivesse a aprovação institucional.

7. A sétima etapa apresentou a aprovação do Projeto Professor Saúde como projeto de intervenção pelo Conselho Municipal de Saúde (COMUS).

8. Na oitava etapa, foi realizado o encerramento do projeto na reunião de ESB e equipe de professores da escola com a apresentação dos trabalhos desenvolvidos durante o ano em uma aula expositiva para facilitar a interpretação e conhecimento.

9. A nona etapa foi a divulgação de resultados alcançados em Conselhos de Saúde e Educação.

Apesar do projeto de trabalho se basear no PSE em seus princípios doutrinários, principalmente em objetivos da atenção à saúde coletiva, não se propôs o modelo organizacional do programa em práticas assistencialistas. As

atividades indicaram um caminho da EPS com palestras, teatro, oficinas, atividades laborais, atividades lúdicas, problematizações e rodas de conversas dos profissionais da saúde em diversos temas com o direcionamento horizontal com apontamentos da produção de saúde (Brasil 2007a, 2011b, 2014).

O acolhimento de vinte e três profissionais da escola (dois da gestão, dezoito professores e três da administração) no andamento do projeto foi determinante para que as ações fossem efetivadas. Os processos educativos foram todos executados dentro do ambiente da escola. Os recursos humanos, equipamentos, materiais e espaços físicos necessários para condução das atividades foram disponibilizados pela gestão escolar.

Foram envolvidos quinze profissionais da saúde, incluindo o pesquisador, e um grupo de teatro de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com dez integrantes. Catorze temas de saúde com suas propostas no atendimento às indicações dos profissionais da educação, pais/responsáveis ou do Conselho Escolar foram intermediados pelo pesquisador com os profissionais da saúde. As diferentes categorias profissionais da saúde (APÊNDICE A) que construíram esse projeto foram formadas por: dois médicos, um cirurgião dentista, seis enfermeiros, uma nutricionista, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, um profissional de educação física, um técnico do CAPS AD e um membro do Conselho Municipal Sobre Drogas (COMSOD), além de dez ACS que executaram um teatro sobre a dengue.

Os profissionais envolvidos na execução das atividades provieram de vários setores da Secretaria de Saúde e da comunidade, como: da ESF, da ESB, do NASF, da Vigilância Epidemiológica (VE), do Núcleo de Educação e Saúde (NES), do Centro de Referência da Mulher (CRM), CAPS AD, do COMSOD e da gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Os temas e atividades trabalhadas (APÊNDICE B) em demandas propostas pela comunidade e educadores da escola foram o reconhecimento do território, saúde bucal, higiene pessoal e coletiva, sexualidade, uso de drogas, anatomia feminina e sexo, prevenção às drogas, saúde e sociedade, cuidados pessoais e higiene, *bullying*, pediculose, câncer de mama, ginástica laboral e dengue. Todos esses movimentos foram contextualizados para vieses de construção das aprendizagens e trocas de conhecimentos, evidenciando a educação popular como referencial.

As organizações dos diversos contextos e harmonização de conflitos no decorrer da intervenção com os diversos participantes em resoluções ou não, de diversos problemas no andamento do Projeto Professor Saúde foram evidenciados, como: tipo de metodologia (métodos tradicionalistas em confronto com metodologias ativas); determinantes de estrutura física da escola; insuficiência de recursos humanos e materiais (de profissionais relacionados com temas e equipamentos); negativas ou desencontros de profissionais da saúde relacionadas as atividades não executadas (onze atividades não contempladas no total); e adequações de datas e horários.

Os entraves, assim como as conquistas encontradas, foram evidenciadas nos apontamentos descritos dos profissionais de saúde que executaram as atividades. Todos que, de alguma forma, evidenciaram a condução desse trabalho descreveram suas experiências na redação do Portfólio Reflexivo Coletivo³⁴ confeccionado após as atividades. O Portfólio foi um articulador da prática educacional para a produção científica em uma trajetória que descreve todo o processo de construção de uma prática de intervenção.

O objetivo do Projeto Professor Saúde foi resgatar, repassar e discutir conhecimentos e informações básicas na área de saúde, que possibilitassem o entendimento e o correto manuseio dos processos fisiopatológicos e psicológicos de ocorrência mais frequente e relevante, direcionadas a um público de pré-adolescentes, em uma área de grande vulnerabilidade no município.

Os objetivos específicos moldaram a incorporação de ações educativas e interventivas na rotina de serviços de saúde com fundamentos da EPS, e estímulo do interesse pessoal dos profissionais na realização desse serviço, o conhecimento do território, assumindo atitudes em exercícios transdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais, e na articulação dos saberes da comunidade com os profissionais.

Buscou-se as práticas de aprendizagem significativa entre trabalhadores do SUS com a população e os educadores da escola, e uma sensibilização de profissionais do SUS no município, no interesse³⁵ de um conjunto de competências

³⁴ O “Portfólio Reflexivo Coletivo” terá um capítulo a parte neste projeto de pesquisa.

³⁵ **INTERESSE:** denomina-se assim as motivações, desejos, aspirações, expectativas e demandas pré-conscientes e conscientes que impulsionam ou mobilizam os agentes, grupos ou classes na atividade social. Os interesses caracterizam-se por serem conhecidos e assumidos pelos sujeitos e estarem dotados de uma certa racionalidade. Em geral, os interesses divergem ou se opõem aos

atribuídas às profissões da saúde. O trabalho em equipe integrado e colaborativo, com ênfase da evolução das práticas interprofissionais para responder aos problemas de saúde, esses processos de EPS na formação de uma consciência para visualizar a demanda que a comunidade demanda

2.3.1 Resultados do projeto de trabalho

A intenção do Projeto Professor Saúde não foi somente produzir uma ferramenta para a presente pesquisa, mas também construir uma atitude de pesquisa em um processo interventivo ou a grande possibilidade de “transformar para conhecer” sustentada por Lourau (Rossi, Passos, 2014; Fortuna et al., 2017), mas sim na ansiedade do pesquisador em alcançar seus objetivos, mesmo que a princípio sem a visualização de seu epílogo, em uma produção em duplo sentido, na pesquisa e em transformações nos serviços.

A produção científica será amplamente discutida a seguir nesta dissertação, mas os resultados das mudanças nos serviços com essa ação de intervenção serão explorados nesta sessão. O processo de transformação na rotina dos serviços dos trabalhadores do SUS no município, visualizado pelo pesquisador ao longo dos anos de trabalho, associado à falta de estímulo das diversas mudanças da gestão na promoção e prevenção de agravos à saúde estimularam o Projeto. Desse modo, segue-se como exemplifica a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) sobre as recomendações para elaborações de Projetos de Mestrados Profissionais em Ensino na Saúde (Ministério da Educação, 2010).

A Pós-graduação, por sua vez, que tem como premissa essencial formar recursos humanos altamente qualificados, associada a produção de conhecimento, que nesse caso específico, tome como objetos as variadas dimensões do ensino, que possam se materializar em transformações efetivas no cotidiano da formação de recursos humanos no campo da saúde no Brasil. [...] Assim, é essencial que esta esfera de atividade esteja também comprometida com a consolidação do SUS (Ministério da Educação, 2010, p. 2).

Em vários momentos os resultados para o serviço foram alcançados. A princípio, com os diálogos multiprofissionais nas UBSF, conversas com profissionais

da educação, reuniões da ESB, reuniões da AB e em articulações informais nos corredores com a gestão. Assim, a curiosidade de alguns profissionais que conseguiam visualizar o potencial de transformação do projeto no reconhecimento da atenção à saúde, e as constantes cobranças do educar em saúde pelo coordenador da AB em reuniões de equipes, o qual participou do projeto de trabalho como facilitador em uma atividade, transformaram o trabalho em um marco na cidade.

Com a documentação realizada, outros resultados tiveram uma maior legitimidade científica. Não que os diálogos dos bastidores e reuniões não se forjaram resolutivos e enriquecedores, mas a concretização das declarações das diversas pós-atividades educativas em considerações do projeto aliaram o conhecimento técnico com o acadêmico. Esses apontamentos foram reunidos em um documento único que foi chamado de Portfólio Reflexivo Coletivo e sua visualização tornou-se exemplo nas diversas ações de comunicação do pesquisador com conselhos, gestão da saúde, comunidade e poder executivo e legislativo para considerá-lo interventor e o produto de um mestrado.

O projeto foi aprovado no COMUS de Ilhabela do dia 11/10/2017 como projeto de intervenção para ESF do município para o ano subsequente. O direcionamento para um projeto de lei municipal relacionado como agente facilitador de práticas intersetoriais foi realizado. O estabelecimento de vínculos interdisciplinares foi efetivado com a participação e inserção dos profissionais da saúde no planejamento anual do PPP das escolas de Ilhabela para 2018. Pela primeira vez no município, em 2019, a Secretaria de Saúde pactuou com o PSE.

Os atores sociais da saúde que anteriormente não conduziam atividades educativas foram questionados pela gestão na construção de novos processos de trabalho em práticas colaborativas. A indicação como projeto de intervenção indica a melhoria na qualidade de vida da comunidade nas interfaces da EeS e a produção educativa em múltiplos aspectos começa a ser interpretada como um conjunto de competências dos profissionais de saúde no município.

Dessa forma, profissionais de saúde questionaram o idealizador do projeto no direcionamento do modo de atuação e execução, da rotina dos entraves e facilidades relacionadas à intersetorialidade e condução das atividades.

Nessa interpretação, que um pós graduando de mestrado profissional deve aliar o conhecimento com a sua prática, para conduzir serviços em seu meio de trabalho.

Essa modalidade de Mestrado deve oferecer subsídios teórico-conceituais e metodológicos aos profissionais, aprimorando seu desempenho, a partir de uma atuação mais crítica, reflexiva e criativa nos seus ambientes de prática profissional, deve ainda dotar esses profissionais dos instrumentos e procedimentos que o habilitem a apropriar-se, permanentemente, do conhecimento científico em continua mudança e atualização. Tais subsídios tem por objetivo orientar a elaboração de trabalhos de conclusão do Mestrado que representem projetos de intervenção com vistas a transformação das práticas (Ministério da Educação, 2010, p. 4).

O projeto visualizou, em diversas metodologias de ensino, as colocações de cada sujeito em suas atividades executadas, na evidência do contexto sócio-histórico comunitário, em linguagens na pretensão de indicar um caminho a criar realidades diversas no trabalho significativo de trocas e autonomia. Os processos de EeS constituem como um dos fundamentos das práticas profissionais e de um conjunto de competências, que os profissionais de saúde utilizam para responder aos problemas da população.

Esse movimento de EPS é debatido há mais de quinze anos no Brasil e agrega preceitos dos princípios doutrinários e organizativos do SUS. A existência, ainda, de profissionais no município com a visão tradicional para práticas rotineiras, tecnicistas e tecnológicas, formava um distanciamento do público alvo (Vasconcelos, 2001b). Nessa perspectiva, a colocação do projeto no incentivo do diálogo da Secretaria da saúde com a da Educação, foi estimulada e concretizada.

Na crença de realizar um processo exitoso, relevante e sustentável, com embasamento científico, orientando novas tecnologias da educação em aproximação aos pressupostos do empoderamento popular, reescrevendo as práticas de assistencialistas e no cuidado da saúde com indicações de intervenção e com uma nova proposta, reformulando processos de serviços geridos na AB do município com uma resposta aos pleitos da sociedade na qualidade da atenção à saúde.

3 PORTFÓLIO REFLEXIVO COLETIVO³⁶

A resposta certa, não importa nada: o essencial é que as perguntas estejam certas. Mario Quintana

A produção de dispositivos de aprendizagem em pesquisa qualitativa com tecnologias inovadoras dimensiona propostas pedagógicas e metodológicas em estratégias do pesquisar em saúde nas múltiplas dimensões do objeto de estudo. A prática investigativa e identitária da construção de novas rotas dos saberes em perspectivas mutantes no sentido da autonomia, criatividade e responsabilidade, voltam-se para condutas reflexivas e de revisão das ações profissionais (Cotta et al., 2011; Cardoso et al., 2015; Silva et al., 2014; Cotta, Costa, 2016).

A “Tentativa experimental” de Célestin Freinet³⁷ da escola livre em suas construções com conceitos fundamentais dedicados à causa popular e o senso de justiça social, é uma tentativa decorrente de uma necessidade evidenciada, e apresenta-se à memorização efetiva de processos educacionais. Com o preceito

³⁶ O conceito de Portfólio Reflexivo Coletivo se concretizou no 8º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde 2019 da ABRASCO em João Pessoa, na banca de apresentação do trabalho DIÁRIO DE MOMENTOS, MOVIMENTOS de COLETIVIDADE, e ao final da apresentação a banca discutiu e interpretou com o pesquisador que essa ferramenta se constituía de um Portfólio Reflexivo.

A partir desse momento quando se citar o nome de Portfólio Reflexivo Coletivo se dará o nome de Portfólio (primeira letra maiúscula), quando se colocar o uso genérico dos portfólios o nome portfólio (todo em minúsculo) será apropriado.

³⁷ Freinet nasceu em 15 de outubro de 1896, em Gars, povoado na região da Provença, sul da França. Foi pastor de rebanhos antes de começar a cursar o magistério. Freinet lutou na Primeira Guerra Mundial em 1914, quando os gases tóxicos do campo de batalha afetaram seus pulmões para o resto da vida.

Crítico da escola tradicional e das escolas novas, Freinet foi criador do movimento da escola moderna. Seu objetivo básico era desenvolver uma escola popular. Hoje em dia as suas propostas continuam, ainda, a ser uma grande referência para a educação. A criança era considerada o centro da educação, pois a educação não começa na idade da razão, mas sim desde que a criança nasce.

Em 1920, começou a lecionar na aldeia de Bar-sur-Loup, onde pôs em prática alguns de seus principais experimentos, como a aula - passeio e o livro da vida. No ano de 1925, Freinet filiou-se ao Partido Comunista Francês. Em 1928, Freinet e sua esposa (Élise Freinet, sua parceira e divulgadora) mudaram-se para Saint – Paul de Vence, iniciando intensa atividade.

Passado cinco anos, foi exonerado do cargo de professor. No ano de 1935, o casal Freinet construiu uma escola própria em Vence. Durante a Segunda Guerra Mundial o educador foi preso e adoeceu num campo de concentração alemão. Após um ano, foi libertado e reorganizou a escola. O educador liderou em 1956 a vitoriosa campanha: 25 Alunos por Classe.

Freinet morreu em 1966 (Virtuous, 2019).

para a repetição em situações semelhantes desses dispositivos empregados nesse processo se constrói o conhecimento. Esse dito “Movimento Freinet”, transgressor, adquire o contexto cooperativo, onde os indivíduos compartilham considerações e produções de âmbito inovador (Elias, 2017). Nesse sentido, Flores e Souza refletem.

Aquilo que se diferencia em duas tendências divergentes é um atual, sendo que o atual e o virtual são ambos reais, assim como o real é atual e virtual ao mesmo tempo. Nesse sentido, atualizar, diferenciar, integrar, pensar e problematizar é sempre um processo de criação, e a criação da vida só se dá pela diferenciação do virtual. O pensador afirma o direito de se criar, enunciar e gerir os próprios problemas, processos que põem em cena não apenas subordinação e adestramento, mas experimentação e dispositivo de abertura a outras sensibilidades. Trata-se de operar uma gênese da intuição, isto é, de determinar a maneira pela qual a própria inteligência se converte em intuição (Flores, Souza, 2014, p. 198).

O fenômeno do estudo, em suas flexibilidades e intensidades no decorrer do processo de investigação, interage com o objeto de estudo em múltiplas concepções nas variadas manifestações dos interlocutores³⁸ e de seu contexto histórico social. Essas interações delineiam o pesquisador em diversos momentos no decorrer do estudo nas suas reflexões, tornando-o um facilitador na produção de novos caminhos, novas interseções, induzindo a mudança das práticas no meio do estudo.

Os portfólios reflexivos são interpretados para a viabilidade de abertura de novos caminhos pedagógicos para a criação, análise, discussão e reorganização dos processos educativos em saúde. Essa ferramenta de ensino e compreensão tem recentemente sua apropriação na produção de saúde, e altera uma concepção anterior e interage na formatação do conhecimento individual e coletivo na atenção à saúde (Silva, Sá-Chaves, 2008; Cotta, 2013).

A finalidade do registro e futuro direcionamento da pesquisa na forma de portfólio, com conversas dos bastidores, manifestações subjetivas, comportamentos e impressões pessoais dos interlocutores, na compreensão do objeto de estudo, com a imersão do pesquisador na pesquisa nas experiências qualitativas identificam os portfólios como ferramenta essencial na construção de um projeto de estudo (Silva et al., 2014).

A possibilidade de uma ferramenta de pesquisa com propostas para a compreensão e do repensar o mundo real na formação profissional em suas

³⁸ Interlocutores identificados como participantes da pesquisa nomeados de profissionais e entrevistador. (Nota do autor)

competências, onde a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) identificam como fatores essenciais para os profissionais envolvidos em atividades educativas, cria perspectivas incandescentes na saúde pública local.

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), realizado pela Comissão Internacional sobre Educação, as competências necessárias à formação profissional delineiam-se em quatro linhas fundamentais: Aprender a *ser* – o atuar com autonomia, juízo, responsabilidade pessoal; Aprender a *conhecer* – o assimilar conhecimentos científicos e culturais gerais e específicos, que se completarão e atualizarão ao longo de toda a vida; Aprender a *fazer* – o adquirir procedimentos que ajudem a afrontar as dificuldades que se apresentem na vida e na profissão; Aprender a *conviver* e a trabalhar juntos – o compreender melhor os demais, o mundo e suas inter-relações (Cotta et al., 2013, p. 1848).

A inclinação do arranjo do tempo na formação social e moral do indivíduo³⁹ na intenção de se organizar e educar com a prática emblemática da concepção da formação humana, implica da criação de dispositivos de escrita e orientação. Nesse contexto, o registro de conhecimento e histórico no uso de portfólios, Silva e Sá-Chaves (2008) descrevem a existência de estratégias na diversificação e amplitude em tomadas de decisão de vários contextos educativos em novos significados.

O pesquisador experimenta e abre condições de dispositivos de acordo com suas sensibilidades na criação, anúncio e geração de dados em processos de gênese da intuição, voltado para experiência e de seus saberes técnicos. A percepção do seu território de atuação em relatos e descrições do portfólio reflexivo em produções e transmissões dos fatos averiguados, fortalece e sedimenta o contexto do objeto da pesquisa (Silva, Sá-Chaves, 2008)..

Os variados tipos de portfólios, em suas formas pessoais, abrem o leque de opções de conhecimentos e permitem julgar, raciocinar, duvidar e articular as diversas hipóteses existentes, e identificam, no processo de confecção, os vários objetivos a serem alcançados. As formas individuais de execução e interpretação dependem muito do momento histórico, sociocultural e, principalmente, da lógica de seu proponente (Silva et al., 2014).

Então, quando se tem uma nova proposta? Uma proposta de execução não individual, não pessoal ou íntima? Quando esses momentos são subtraídos de

³⁹ Indivíduo como ser humano inserido no meio social, se distinguindo dos demais através de suas relações sociais, como um ser único e indivisível, produzindo e sendo produzido pela sociedade onde convive. (Nota do autor)

vários indivíduos para se conceber um conjunto de pareceres, opiniões e subjetividades? A construção dos processos de interpretação das atividades em múltiplas visões de opiniões e pareceres, além de ampliar as múltiplas faces do conhecimento, interpretam os diferentes sinais na efetivação consistente dos resultados.

Nesse contexto, a criação desse território de aprendizagem, pesquisa e observação com uma estratégia de inventividade em uma perspectiva de condução foi efetuada através da elaboração do Portfólio de construção conjunta, onde após cada atividade executada no projeto Professor Saúde, os profissionais, tanto da saúde como da educação, explicitaram com descritivos de suas trajetórias de experiências, em manuscritos ou digitais impressos, compondo um documento único com 141 páginas.

As produções desse elenco voltado para práticas de EeS nas diversas ressonâncias dos diferentes saberes das atividades executadas, formou-se um documento rico em imagens, relatos e pareceres do projeto de trabalho em um caderno ilustrativo e reflexivo, direcionando significativamente a presente pesquisa.

A Saúde Coletiva tem impulsionado o trabalho dos portfólios reflexivos nas produções dos processos de trabalho de forma crítica, coletiva e integradora. Essa ferramenta surge como um método voltado para um impulso no remanejamento de atitudes vinculado em domínios afetivos e emocionais, em cooperações e interações sociais (Silva, Sá-Chaves, 2008; Cotta, 2013; Cotta, Costa, 2016).

Ao produzir uma análise teórica acerca do portfólio, construímos um diálogo epistemológico entre Saúde Coletiva, Educação e Filosofia, no sentido de oferecer elementos para se pensar o exercício de tecnologias relacionais fundamentais para o cuidado em saúde (Stelet et al., 2017, p. 165)

Stelet et al. (2017) descreve em sua pesquisa, que enumera o uso do portfólio reflexivo em cinco categorias: a) avaliar e/ou acompanhar a aprendizagem; b) avaliar habilidades clínicas; c) avaliar e/ou documentar competências; d) possibilitar o desenvolvimento profissional continuado e; e) estimular a reflexão. O documento confeccionado neste trabalho indica os itens *a*, *c*, *d* e *e* em diversas propostas de atuação.

O Portfólio apontou nesse estudo nos diversos incisos, relacionado ao item *a*, para acompanhar a aprendizagem dos educandos nas atividades dos profissionais da saúde em suas ações nas perspectivas dos educadores. No item *c*, do avaliar

e/ou documentar competências dos profissionais de saúde, o portfólio identificou o processo voltado ao educar em saúde em Ilhabela e terá uma discussão aprofundada durante a pesquisa. No que concerne ao item *d*, o documento propõe indicações específicas de possibilidades de desenvolvimento profissional continuado à medida que se formatava um produto do mestrado. E, por fim, o item *e*, no estímulo das reflexões, a retomada dos trabalhadores da saúde e educação com a leitura do Portfólio antes do roteiro semiestruturado enriqueceu as entrevistas em suas conduções.

Dezenove profissionais contribuíram para o Portfólio com relatos pós-atividades: dez da ponta dos serviços da saúde, seis da gestão da saúde, um membro do COMSOD de Ilhabela, e duas da gestão da escola José Benedito de Moraes. Além disso, o Portfólio foi enriquecido com as respostas dez perguntas de múltipla escolha e uma discursiva, executados em uma reunião de ESB com treze contribuições, e outra reunião com o corpo docente da escola José Benedito de Moraes com mais onze colaborações. Nesse Portfólio também foi acrescido um acervo de fotografias impressas das atividades executadas e de pensamentos reflexivos e indicações do pesquisador a respeito de educação transformadora e atividades executadas.

A busca por um documento que pudesse incorporar o prazer e a renovação como uma ferramenta que, de alguma forma, sedimentaria a transmissão do saber coletivo, na visão de um mundo em constante mutação, sem o engessamento do tradicional, aliando os processos de criação de um novo território de observação, em concepção de existires, fazeres e saberes, cria a concepção da aprendizagem, na procura incessante das reflexões dos processos de criação na pesquisa.

Assim, no Portfólio se observou um interessante dispositivo na produção da realidade e subjetividade grupal em suas diversas composições.

Precisamos formar professores críticos e conscientes que borbulhem desejo de mudanças, pessoas atentas ao mundo e inseridas em seu tempo. Estamos juntos porque não desistimos da luta de fazer da educação prazer e renovação; e de fazer da escola o espaço de encontros, descobertas e buscas. (Elias, 2017, p.618).

Esse Portfólio em diversos momentos foi o veículo de retomada da pesquisa. A dimensão histórica e social a todo instante procurou-se a análise do devir, das mudanças e transformações em várias faces do processo de pesquisar, do

inacabado, do algo mais, entre o estudo e sua produção, entre os sujeitos e o pesquisador, e entre o território e sua constante transformação do problema.

Esses diversos campos encontrados no início, durante e após a condução do trabalho foram explorados em todos os momentos do documento. As percepções do organizador e dos interlocutores do Portfólio, em exposições e pensamentos forçaram o pensar na causa e efeito da atividade, ampliando a visibilidade do projeto Professor Saúde e aguçando a pesquisa.

Para terminar, os fatos inerentes aos diversos emaranhados da construção das reflexões coletivas durante a construção do Portfólio configuram visões e perspectivas distintas, mas calcadas em uma linha uniforme de pensamentos no direcionamento do educar em saúde, como o pensar de condução de diferentes rotas para o mesmo destino. A dimensão de cidadania indicada para o ser humano, sem dividir a história, o social, a política e o ambiente, na busca incessante do conhecimento integral e multiprofissional em saúde em Ilhabela.

4 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino. Leonardo da Vinci

Os métodos de EeS são reconhecidos mundialmente como estratégias de promoção da saúde e prevenção às doenças e como uma tecnologia de processos de trabalho e modelos de atenção à saúde. Segundo a OMS, espaços de autonomia e conscientização. Esse conceito também tem sido apontado por entidades como a UNESCO e a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), como a ascensão do desenvolvimento positivo e de comportamentos saudáveis em diversas possibilidades de conteúdos (WHO, 2018).

Esses ambientes são alcançados com as indicações das Escolas Promotoras de Saúde e suas orientações, mas poucos países têm efetivado com sucesso essas ferramentas nas práticas rotineiras no mundo (WHO, 2018).

Desse modo, uma nova iniciativa nomeada “Tornando cada escola uma escola promotora de saúde”, foi introduzida pela OMS e pela UNESCO, com a finalidade de promover e desenvolver padrões globais para escolas de promoção da saúde, na intenção de atender mais de 2,3 bilhões de alunos e colaborar com a meta do 13º Programa Geral de Trabalho da OMS, que prevê mais de “1 bilhão de vidas mais saudáveis” até 2023 (WHO, 2018).

Segundo a OMS, mais de 1,7 milhões de crianças e adolescentes com idades entre cinco e dezenove anos morreram em 2016. A maioria dessas mortes poderia ter sido evitada ou prevenida através de atividades de promoção da saúde. Alguns dos principais fatores desses índices são relacionados com o campo da emancipação comunitária:

[1] Ao mesmo tempo, o ônus das doenças não transmissíveis (DNTs) e seus fatores de risco continua a crescer dentro dessa população.

[2, 3] Por exemplo, a prevalência de obesidade cresceu significativamente de menos de 1% em 1975 para quase 6% entre todas as meninas (50 milhões) e 8% entre todos os meninos (74 milhões) globalmente.

[4] Além disso, um quarto do ônus da doença pode estar relacionado a riscos ambientais, como poluição do ar, água contaminada, saneamento, higiene inadequada e produtos químicos.

[5] Crianças e adolescentes são expostos com demasiada frequência a riscos, que podem ter consequências graves para a saúde durante a vida adulta (WHO, 2018, p. 3).

No Brasil, em 2007, o MS criou uma nova orientação com ações no seu projeto político voltado para EeS. A estrutura técnica abrange princípios políticos, teóricos e metodológicos na construção no campo da EPS, com a participação dos profissionais de saúde, objetivando a desconstrução de práticas impositivas e convencionais nos seus formatos verticais e tradicionalistas (Brasil, 2007a, 2013, 2014).

De acordo com o relatório da Saúde Brasil, do MS, de 2017, o perfil de adoecimento e morte nacional tem sofrido um processo de mudança nos últimos anos, com quedas acentuadas nas doenças transmissíveis e mortalidade de menores de cinco anos. No entanto, concomitantemente, um acréscimo substancial de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas diabetes, cânceres e doenças cardiovasculares, e mortes por violência, têm se evidenciado. Processos educativos de prevenção poderiam ter diminuído esse aumento (Brasil, 2018b).

A Comissão Homônima da OMS admite a definição curta na qual os Determinantes Sociais de Saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Para Buss e Pellegrini Filho (2007), a relação do nível social com o processo saúde-doença não é recente e tem sua sustentação nas disparidades adquiridas. Isso é evidenciado, principalmente, em sociedades de valorização do acúmulo de renda em detrimento às políticas públicas, apontadas nas desigualdades sócio-políticas, econômicas e culturais, que interferem diretamente na saúde coletiva (Dubos, 1980; Ide, Chaves, 1990; Paim, Almeida Filho, 1998; Barata, 2001; Pareja et al., 2016).

As distorções da realidade local nas práticas de EeS em Ilhabela, somada à necessidade de evidenciar os percursos terapêuticos do empoderamento comunitário, instigou o investigador desta pesquisa a buscar respostas. A procura por pesquisas científicas e produções acadêmicas relacionadas a processos do educar em saúde em Ilhabela em bases de dados, como Portal do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (Sibi-USP), Publimed/Medline, Scielo, Lilacs/Bireme e Google Acadêmico, não foram positivas entre o segundo semestre de 2017 até o primeiro semestre de 2019.

O estudo apresentado é efetivado em uma das áreas mais vulneráveis de Ilhabela, onde os profissionais de saúde e educação trabalham e vivenciam suas experiências com a comunidade local. Os bairros Reino e Green Park, locais do estudo, apresentam grande parte de ocupações irregulares ou desordenadas, com

alta declividade e proximidade à mata nativa, assim como condições sociais precárias (Instituto Pólis, 2013b).

Essa pesquisa de abordagem qualitativa intencionou visualizar a realidade sociocultural dos sujeitos, experiências e as conduções da vida, em um contato horizontal entre objeto e sujeito. Essa aproximação apresenta uma relação em que o pesquisador se integra ao meio sócio-político do cenário de estudo, em um compromisso efetivo de produção de conhecimento conforme as demandas cotidianas da população local.

Além da experiência do pesquisador e suas discussões nos corredores profissionais e nos envolvimento extramuros com escolas e conselhos municipais, os mais de vinte cinco anos como profissional do SUS de Ilhabela aponta para a falta de práticas educacionais no município. Essa falta é evidenciada pelo relatório de Atividades Educativas na AB, entre 2015 a 2019 (ANEXO E, F, G, H e I), e de profissionais da saúde (ANEXO J). A Tabela 4.1 identifica a quantidade de processos de educação em número, com profissionais de saúde nas oito UBSF (11 equipes de AB) do município e sua relação da quantidade de execução de atividades educativas por profissional no ano.

Tabela 4.1 – Relação de atividades educativas executadas por profissionais na Atenção Básica

Ano	Quantidade de funcionários	Quantidade de atividades educativas anuais	Relação atividade/funcionário/ano
2015	276	684	2,47
2016	387	1.550	4,00
2017	457	2.004	4,38
2018	499	4.272	8,56
2019	581	5.283	9,09

Fonte: Setor de Tecnologia da Informação Ilhabela/Sistema SIGSS (2019)

A perceptível diferença entre os anos de 2017 e 2018, de alguma forma, pode evidenciar a apropriação do Projeto Professor Saúde e o projeto de intervenção aprovado no COMUS, em 11/10/2017, por trabalhadores da saúde. As diversas discussões do pesquisador nos ambientes de trabalho e apresentações para as ESB

e AB culminou para a adesão do PSE do MS em uma pactuação, no dia 27/02/2019 pela gestão municipal.

A base desse estudo procura quebrar o paradigma do cientificismo e centralidade no consultório para ações de saúde no município, evidenciando práticas promotoras de saúde e de prevenção às doenças e indicando novos trajetos de atenção à saúde, procurando uma formação de política pública municipal no envolvimento da macrorregião de todas UBSF de Ilhabela.

Tendo os dados supracitados em vista, buscou-se desenvolver um projeto de intervenção através de uma análise minuciosa das falas dos sujeitos da pesquisa, das propostas já realizadas no município e de um exame crítico e pertinente da criatividade do pesquisador em suas conversas intersetoriais nos vários conselhos, instituições e corredores de Ilhabela, no enfretamento de antigos formatos e na tentativa de reestruturação da atual realidade.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é discutir a consistência das experiências dos profissionais de saúde de Ilhabela no processo de Educação Popular em Saúde (EPS) de acordo com as políticas públicas e o planejamento sanitário do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.2 Objetivos Específicos

- Analisar as opções pedagógicas, ideias e inovações dos profissionais de saúde do município.
- Verificar o cumprimento das atribuições e competências dos profissionais de saúde em perspectivas multiprofissionais, transdisciplinares e intersetoriais no educar em saúde.
- Fomentar a parceria intersetorial das Secretarias de Educação e de Saúde.
- Identificar as contribuições nos processos educativos em saúde para o empoderamento comunitário.
- Produzir uma intervenção no município através de um projeto de Análise Institucional.

6 METODOLOGIA

O desenvolvimento da metodologia aplicada a essa pesquisa percorreu um conjunto de construções precisas e metodicamente ordenadas para se alcançar o objetivo do conhecimento sobre as diversas nuances desse trabalho. Nesse caminho, para chegar ao fim, foram criados procedimentos (métodos e técnicas) e normas teóricas. Além disso, foram empregados o poder subjetivo e criativo do pesquisador, para que o projeto se tornasse reprodutível, lógico, sistemático, fundamentado e válido, mas não finito, uma vez que a investigação nunca acaba (Gerhardt, Silveira, 2009; Minayo et al., 1994).

Assim, a partir dessas operações, formulou-se a conclusão de acordo com o questionamento inicial.

Os principais aspectos metodológicos dessa pesquisa se orientam:

- i. Quanto à abordagem de uma pesquisa qualitativa, que enfatiza a compreensão de seus resultados, nos conhecimentos aprofundados sobre o tema do educar em saúde (Fontelles et al., 2009; Minayo, 2013);
- ii. Quanto à natureza de uma pesquisa aplicada, na produção de impacto na demanda local e presente em instituições, organizações, atores ou grupos sociais com a resolução de seus problemas de saúde (Fontelles et al., 2009; Minayo, 2013);
- iii. Quanto aos objetivos de uma pesquisa descritiva e explanatória, relacionadas no descrever sucinto e aprofundado dos fatos de determinada realidade e no conhecimento dessa relação dos profissionais da saúde e educação com a comunidade (Fontelles et al., 2009; Minayo, 2013);
- iv. Quanto aos procedimentos, com a pesquisa de campo tornando-se necessária para que a realidade social e as ações rotineiras sobre EeS fossem exaustivamente evidenciadas (Fontelles et al., 2009; Minayo, 2013);
- v. Quanto ao desenvolvimento do tempo, com a pesquisa transcorrendo de forma longitudinal, com um intervalo de tempo em torno de oito a nove meses entre a experiência do projeto Professor Saúde e o início do projeto

de pesquisa, retrospectiva e com um coorte⁴⁰ retrospectivo na visualização do Portfólio (Fontelles et al., 2009; Minayo, 2013).

- vi. Quanto ao movimento, buscando-se ferramentas da Análise Institucional no contexto de um processo de intervenção dos objetos do campo da Saúde Coletiva, na articulação entre pesquisa e intervenção (teoria e prática), com o pesquisador se apropriando da encomenda e transformando o instituído com a restituição local (L'abbate, 2012).

6.1 Tipo de estudo

A escolha de uma pesquisa qualitativa para este projeto vem no contexto da interpretação indicada por profissionais e pesquisadores da saúde nos últimos 40 anos. A pesquisa qualitativa sai do escopo de pesquisas “sem preocupações sistemáticas”, evidenciadas anteriormente com vários manuscritos rejeitados em periódicos e com o caráter científico contestado. Para uma metodologia conceituada e altamente organizada/estruturada, e conseqüentemente, com uma aceitação de alta intensidade na comunidade científica atual, essa nova visualização de interpretação entre o mundo real pelo sujeito através de um vínculo indissociável, indica esse caminho recente (Turato, 2005, 2009; Pope, Mays, 2009; Kerr, Kendall, 2013).

[...] como foi gratificante e útil a escolha da metodologia qualitativa em sua pesquisa no campo da saúde, pois ela tinha medo de ser criticada pelos profissionais da área, já que, comumente, eles não enxergam essa abordagem metodológica adequada para pesquisa científica (Canzonieri, 2010, p. 579).

A percepção do fato pelo sujeito através de uma abordagem metodológica qualitativa evidencia a dinâmica existente entre o ambiente pesquisado e o indivíduo. A singularidade da palavra na compreensão da interpretação do sujeito em seu contexto de vivência no âmbito da história coletiva. Essa ciência⁴¹ recente

⁴⁰ O coorte retrospectivo (coorte histórica) é um o estudo para explorar fatos antigos ou não imediatos, no retorno do momento do passado distante ou não recém executados, o pesquisador pode marcar um ponto da investigação ou ação e conduzir a pesquisa até o atual, por análise documental e experiências Fontanelles et al. (2009).

⁴¹ Na sociedade ocidental, no entanto, a ciência é a forma hegemônica de construção da realidade, considerada por muitos críticos como um novo mito, por sua pretensão de único promotor e critério de verdade, [...] (Minayo, 2001, p.10).

interpreta novas analogias entre os atores comprovando sua cientificidade⁴², não como normas e modelos rígidos, na ideia reguladora de alta abstração, com ordenação de duas orientações: (i) elaborando primeiramente as teorias, métodos e princípios na formação de seus resultados e (ii) abdicando de vias e direções privilegiadas com a invenção, ratificação dos caminhos compartilhando na ideia do devir na conotação da cientificidade (Minayo, Sanches, 1993; Bosi, 2012; Minayo, 2012).

O dinamismo histórico do conhecimento através do universo da relação sujeito/observador/objeto da pesquisa abriga fenômenos dessa relação conferindo significados, não somente de dados isolados, mas sentidos dessas inclusões do contexto das experiências coletivas buscando uma verdade mais profunda, onde “Concluimos dizendo que, na área médica, a pesquisa qualitativa é importante para a ampliação do conhecimento clínico e melhora da qualidade do atendimento”(Taquette, Minayo 2016, p. 431).

Esse processo de produção de conhecimento determina aspectos definidos na escolha de teorias e métodos consistentes com as reflexões do pesquisador, a respeito de sua pesquisa e sua percepção de diversas abordagens e metodologias da pesquisa (Flick, 2009). Nesse contexto, os fenômenos indicam diversas questões relacionadas à pesquisa qualitativa em saúde, desenhando qualidades diversas de compreender questões epidemiológicas, metodológicas e teóricas (Minayo, Sanches, 1993; Minayo, 2012).

A pesquisa qualitativa em saúde utilizada nesse trabalho deu seu início através de uma ferramenta chamada de projeto Professor Saúde, onde iniciou-se um projeto de intervenção na intenção de uma melhora nas respostas à questões do desenvolvimento no tema EeS, a fim de facilitar e “estabelecer uma linguagem fundamentada em conceitos, métodos e técnicas para compreensão do mundo, das coisas, dos fenômenos, dos processos e das relações” (Minayo, 1994 p.10).

Entende-se que toda compreensão é parcial e inacabada, tanto por parte do entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como por parte dos pesquisadores, pois também tem sua limitação na compreensão e interpretação.

⁴² Cientificidade: Qualidade de ciência, que qualifica a técnica ou método como científico em seus processos de ação (autor).

6.2 O Cenário de estudo

O estudo foi desenvolvido na área de atuação da UBSF da Água Branca (localizada no bairro da Água Branca) acolhe os bairros da Água Branca, Reino e Green Park. Esses territórios afastados do eixo turístico, em uma região de periferia caracterizada por morros de alta declividade, com sucessivas ocupações, com construções simples em áreas sem escritura, de posses ou invasões no município. Em vários domicílios, a regularização pela prefeitura ainda não foi executada e existe carência de transporte público, problemas socioculturais, deficiências nos serviços de coleta de lixo e de saneamento básico.

Esses bairros são margeados por uma das maiores concentrações populacionais de Ilhabela, as quais comportam duas das comunidades mais vulneráveis do arquipélago – Água Branca e Reino (Figura 6.2). Essa população vulnerável provem principalmente da migração de diversos estados do Brasil e caracteriza-se por apresentar baixa renda, sendo geralmente empregados em serviços ligados a construção civil, pesca, turismo e no comércio do município. O parecer do Instituto Ilhabela Sustentável indica que: “Observamos que são nos bairros de Zabumba, Água Branca, Reino e Barra Velha onde se concentram a maior parte dos assentamentos precários” (Instituto Pólis, 2013c, p. 272).

Figura 6.1 – Bairros com ocupações desordenadas em Ilhabela

Fonte: Google (2019d)

O bairro Reino, localidade do estudo, apresenta um dos núcleos de ocupação desordenada e é o único na cidade com uma construção de habitações populares, definida pelo Plano Diretor municipal⁴³, em seu artigo 111. Em relação à essa regularização fundiária de ocupações urbanas dirigida à moradia de interesse social, o relatório do Instituto Ilhabela Sustentável faz o seguinte apontamento:

Neste empreendimento existem 80 unidades habitacionais construídas pela Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do estado de São Paulo (CDHU) e entregues em 2006. O conjunto está implantado em um terreno de 7.395,00m², com as 80 unidades distribuídas em prédios de 02 andares, com área privativa de 40m² por unidade. Este empreendimento, localizado no bairro Reino, está em fase de regularização por parte da CDHU, através do Programa Cidade Legal (Instituto Pólis, 2013c, p. 282).

Entre os bairros mais populosos de Ilhabela, o bairro Reino ocupa a terceira posição e o Água Branca a quinta posição, com 5904 habitantes cadastrados em março de 2019 (IBGE, 2019). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, essa população tem um alto grau de dependência dos serviços do SUS. A construção de uma nova UBSF está no plano de governo atual e vem acompanhada por uma cobrança da comunidade junto ao COMUS e na 3ª Conferência Municipal de Saúde, executada entre 20 e 21 de setembro de 2018.

Dentre os equipamentos de serviços públicos da área da educação e da saúde nesses bairros encontra-se: uma UBSF (Água Branca) com duas equipes da ESF (Equipes Salmão e Tubarão), com o anexo de uma Academia da Saúde; duas creches municipais; uma pré-escola; duas escolas municipais de ensino fundamental I; uma escola municipal de ensino fundamental II e uma escola estadual de ensino médio, descritos no Quadro 6.1.

Apesar da maior parte das estruturas escolares ter sua localização no bairro Água Branca, área mais plana, com fator socioeconômico mais favorável e menor índice populacional, a maior parte dos alunos que frequentam as escolas são dos bairros Reino e Green Park (território da Equipe Salmão), que não apresentam ofertas de níveis educacionais em seu território.

⁴³ Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/plano-diretor-ilhabela-sp>

Quadro 6.1 – Organograma de divisão das áreas da UBSF

Fonte: O autor

Os serviços de saúde oferecidos na UBSF Água Branca contam com duas equipes da ESF com duas ESB modalidade I, uma farmacêutica (40 horas/semanais), uma pediatra (20 horas/semanais), uma ginecologista (8 horas/semanais), uma psicóloga (20 horas/semanais), um fisioterapeuta (8 horas/semanais) e a equipe técnica da assistência social, além de uma Academia da Saúde com três educadores físicos nos períodos manhã, tarde e noite.

A estrutura física e os equipamentos disponíveis para o bairro Água Branca são adequados aos procedimentos dos profissionais desse local. A UBSF apresenta o primeiro Conselho Gestor/local, constituído em setembro/2017 (Galante, 2019a). Além de projeto de plantio de ervas medicinais, Projeto Saúde Verde (Galante, 2019b).

A escolha desse cenário para campo de estudo tem como fatores motivadores a experiência do pesquisador em mais de uma década de atuação na área como CD do SUS, o vínculo com a comunidade, a possibilidade de transformação de pensamentos e ações dos profissionais da saúde e educação com esse movimento, a grande demanda social do território de atuação.

6.3 Participantes do estudo

Os profissionais colaboradores da pesquisa foram escolhidos de forma intencional e não probabilística. O critério inicial para a definição dos profissionais da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Educação baseou-se no vínculo destes no processo educacional do projeto Professor Saúde.

Também foi levado em consideração como critério de inclusão dos participantes que estes apresentassem algum vínculo significativo com a comunidade estudada, e na “tradição particular nas ciências sociais que depende fundamentalmente da observação de pessoas em seu próprio território e da interação com elas em sua própria língua, com seus próprios termos” (Kirk, Miller, 1986⁴⁴ apud Pope, Mays, 2009, p.14). Em um caminho mais prático na homogeneidade da proposta da investigação, essa indicação não atribui, necessariamente, uma grande quantidade de colaboradores como descreve Minayo:

Definição da amostragem. A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é "quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?" A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (Minayo, 1992⁴⁵ apud Minayo, 1994, p. 43).

A amostra da pesquisa identificou o potencial de sua significação teórica para o desenvolvimento desse projeto em vinte sete sujeitos, sendo dezessete vinculados à Secretaria de Saúde, nove à Secretaria de Educação e um ao COMSOD. Exercendo com a percepção e subjetividade do pesquisador com relação à representação na relevância do tema. Foi realizado um pré-teste com uma profissional da saúde que visualizou, mas não executou, as atividades educativas do projeto Professor Saúde.

Os profissionais entrevistados foram separados pelo perfil funcional e setores das Secretarias da Saúde e da Educação, e foram nomeados de Gestores do

⁴⁴ Jerome Kirk era Professora Associada de Sociologia Comparada e Antropologia Urbana na Universidade da Califórnia em Irvine, e Marc L. Miller foi Professor Assistente de Estudos Marinhos e Professor Assistente Adjunto de Antropologia da Universidade de Washington. Escreveram o livro “Confiabilidade e Validade na Pesquisa Qualitativa”.

⁴⁵ Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 1ª. Ed. Rio de Janeiro/São Paulo: ABRASCO/HUCITEC, 1992.

Serviços de Saúde (GSS), Profissionais da ponta dos Serviços de saúde (PSS), Profissionais dos serviços da Educação (PsE) e Gestores dos serviços da Educação (GsE), como demonstra a Tabela 6.1 e 6.2.

Tabela 6.1 – Profissionais da saúde entrevistados

Grupo	Descrição	Quantidade
GSS	Presidente do COMUS	01
PSS	Profissionais dos Serviços da Saúde	10
GSS	Gestores de Serviços da Saúde	05
GSS	Presidente do COMSOD	01

Fonte: O autor

Tabela 6.2 – Profissionais da educação entrevistados

Grupo	Descrição	Quantidade
PsE	Profissional de serviços da Educação	07
GsE	Gestores de serviços da Educação	02

Fonte: O autor

Dentre os sujeitos que se apoderaram das atividades, diversas categorias profissionais da saúde colaboraram para as entrevistas (Tabela 6.3).

As entrevistas foram conduzidas em ambientes fechados e reservados, possibilitando a privacidade do entrevistado com o entrevistador, sem interferências externas e qualquer limite de tempo nas falas e posicionamentos. Um acolhimento introdutório foi realizado a fim de que o colaborador se sentisse à vontade nas respostas e de forma a quebrar a tensão inicial. As conversas foram gravadas em vídeo pelo Tablet Samsung Tab A6, com a aproximação necessária para capturar gestos de membros e face dos entrevistados.

Primeiramente, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e assinado por todos os participantes. Posteriormente, os mesmos foram reconduzidos às suas próprias escritas do Portfólio. Houve um lapso temporal de quatro meses a um ano entre as atividades educacionais executadas e a entrevista.

A ferramenta de saturação de dados não foi utilizada, mesmo que a amostra tenha sido intencional, como é amplamente evidenciada em pesquisas qualitativas (Fontanella et al., 2011; Minayo, 2017).

Tabela 6.3 – Profissionais da saúde entrevistados (categorias)

Categorias	Descrição	Quantidade
Médico	GSS	1
	PSS	1
Cirurgião Dentista	GSS	1
	PSS (Pré-teste)	1
Enfermeiro	Gestão	2
	PSS	4
Psicólogo	PSS	1
Educador Físico	PSS	1
Terapeuta Ocupacional	GSS	1
Nutricionista	PSS	1
Agente Comunitário de Saúde	PSS	1
COMUS	Presidente (GSS)	1
COMSOD	Presidente (GSS)	1
Técnico do CAPS/AD	PSS	1

Fonte: O autor

6.4 Técnica e instrumentos para coleta de dados

O principal ponto de partida para uma pesquisa qualitativa é a interpretação do verbo 'compreender' em seu contexto mais significativo e profundo de sua realidade local e momentânea, entretanto passível de reformulação, nessa interpretação fundada no entendimento, seguindo que interpretar nada mais é que construir probabilidades projetadas pelo que é compreendido (Minayo, 2012).

O rigor científico para as técnicas e instrumentos de coleta de dados, parte fundamental dos princípios da pesquisa científica, exercita as teorias e conceitos para a construção dos resultados e conclusões do trabalho. Essa exatidão deve interpretar os diversos vieses para reduzir o máximo possível as falhas na incorporação dos dados.

Em pesquisas qualitativas são reconhecidos diversos problemas em vieses, erros ou fatores de confusão durante a coleta de dados. Na tentativa de evitar esses itens, as medidas a seguir foram conduzidas para a legitimidade desse trabalho (Turato, 2009; Freitas, Jabbour, 2011; Ollaik, Ziller, 2012; Boulos, 2016).

A dificuldade de representatividade da amostra, assim como conclusões equivocadas oriundas de variantes individuais e puramente pessoais, aponta para possíveis erros aleatórios. Esses erros foram evitados com uma amostragem ampla, com diversos setores e categorias profissionais e, intencionalmente, com trabalhadores que possuem intimidade no educar em saúde e com representação efetiva com o objetivo proposto.

Com relação aos erros sistemáticos, apresentam-se os vieses de seleção e classificação. O viés de seleção determina a existência de uma diferença sistemática entre os sujeitos selecionados para o estudo. Esse problema foi evitado por meio de seleção específica dos entrevistados, com todos os colaboradores escolhidos tendo evidenciado, de alguma forma, o projeto Professor Saúde.

O viés de classificação determina uma falha na realização dos procedimentos ou do teste na metodologia, relacionado com o viés da memória (do sujeito entrevistado) e viés do observador (expectativa de resultados do pesquisador).

No caso do viés de memória, esse entrave foi solucionado com a visualização do Portfólio. Apesar de a pesquisa ter a base no projeto Professor Saúde e também nos processos educativos gerados a partir dele, essa retrospectiva não representou uma dificuldade.

Em relação ao viés do pesquisador, a hipótese da pesquisa e seu objetivo não foram colocados aos colaboradores. Somente orientações específicas do TCLE, da entrevista e do questionário semiestruturado foram explicitadas, dessa forma esse quesito foi evitado. Essas condições não anularam totalmente esse risco, pelo fato da grande interação entre os colaboradores e o pesquisador.

Por fim, os problemas de confusão que não se diagnostica o efeito de diferentes condições, de variáveis dos diversos sujeitos envolvidos, ocasionando resultados e conclusões inadequadas. Esse critério foi diminuído com as múltiplas categorias dos trabalhadores, tanto da saúde como da educação, da ponta dos serviços e da gestão, levando-se em conta suas categorias e cargos, com seus relatos e interpretações conversando entre si sobre o mesmo tema.

Nessa tentativa de diminuir ao máximo os riscos da contaminação da pesquisa, a escolha da técnica da Observação Participante foi apropriada como elemento oportuno para se recolher entendimentos sobre perspectivas, opiniões, experiências e conduções dos participantes, onde o pesquisador se integra na pesquisa também como colaborador.

Na observação participante é o próprio investigador o instrumento principal de observação. Isto significa que, de acordo com os postulados epistemológicos do paradigma interpretativo ou compreensivo, o investigador pode compreender o mundo social do interior, pois partilha a condição humana dos indivíduos que observa. Ele é um ator social e o seu espírito pode aceder às perspectivas de outros seres humanos, ao viver as mesmas situações e os mesmo problemas que eles (Lessard-Hébert et al., 2008, p. 155).

Como instrumentos, ferramentas e técnicas para a coleta de dados, a observação participante, o Portfólio Reflexivo Coletivo e o Diário de Pesquisa⁴⁶, a entrevista semiestruturada, Análise de Discurso e Análise de Conteúdo, tiveram a fundamentação teórica para a concretude do trabalho.

Com relação à observação participante, o pesquisador gerenciou e interagiu em todas as atividades do projeto Professor Saúde, desde a gestão da escola e os profissionais executores até as datas e horários, tipos de atividades, temas das palestras, recursos necessários e metodologias de apresentação. Essas práticas educacionais discutiram os assuntos conforme a demanda dos educadores e o

⁴⁶ O Diário de Pesquisa é interpretado como uma ferramenta eficaz de intervenção da Análise Institucional na Saúde Coletiva (Pezzato, L'abbate, 2011)..

conselho da escola. O vínculo do pesquisador com o ambiente escolar possibilitou uma interação dos executores com o público alvo. Essa aproximação tornou-se imprescindível para a negociação dos diversos processos educativos.

A observação das atividades identificou diferentes técnicas e conduções dos palestrantes. Esse conjunto de falas, metodologias, gestos e práticas foram documentados por imagens e discussões no momento e logo após os eventos com o objetivo de recolher o maior número de informações a respeito de processos educativos, inserindo o investigador no ato da investigação.

O Portfólio foi confeccionado durante o projeto Professor Saúde com relatos descritos pelo pesquisador, executores das atividades e a coordenação da escola foram anexados juntamente com diversas fotos e documentos para ilustração. O Capítulo 3 desta dissertação discorreu sobre essa ferramenta da pesquisa.

O Diário de Pesquisa não foi somente um Diário de Campo, mas um diário do pesquisador desde sua apropriação de execução de uma pesquisa científica em sua construção, passando por diversas etapas da pós-graduação em dificuldades e conquistas acadêmicas, assim como as diversas indicações de sua vida profissional e pessoal. Teve seu início no dia 01/01/2018, dia do início da escrita da dissertação, e término no dia 17/01/2020 data do depósito da pesquisa, contando com 161 páginas.

O diário adicionou, após cada entrevista, as particularidades que a gravação não proporcionou em seus bastidores, relacionadas às dificuldades e facilidades das conversas. Esse documento acompanhou o pesquisador em sua rotina e experiências no decorrer da pesquisa, como um apoio subjetivo, interagindo o objeto da pesquisa com o investigador, tomando-se esse também como objeto do estudo. Visualizando que “é importante que o autor inclua suas condições e suas dificuldades de interpretação, pois elas fazem parte da objetivação da realidade e de sua própria objetivação” (Minayo, 2012, p. 625).

O diário tornou-se um companheiro da viagem na pesquisa identificando que “o que significa ser um antropólogo, alguém que trabalha com material humano, que não simplesmente observa e anota o que vê, mas passa a fazer parte do objeto de seu estudo, influenciando-o e sendo por ele influenciado” (Malinowski⁴⁷, 1997 apud

⁴⁷ Bronisław Kasper Malinowski nasceu em 7 de Abril de 1884 e faleceu em 16 de Maio de 1942 foi um antropólogo polaco. É considerado um dos fundadores da antropologia social. Atuando na London School of Economics (LSE), fundou a escola funcionalista.

Pezzato, L'Abbate, 2011, p. 1301). Essa ferramenta colocada como Hess (1996) expõe “excelente instrumento de análise da vida institucional” (Pezzato, L'Abbate 2011, p. 1304), fortificando a relação da metodologia com a intervenção.

Com relação ao roteiro de perguntas semiestruturadas, que contou com doze questões abertas (APÊNDICE C), na tentativa de aumentar o grau de indução das respostas, esse questionamento foi discutido e acordado entre o pesquisador⁴⁸, a orientadora e banca de qualificação do mestrado, na direção da proposta da pesquisa.

Foi executado um pré-teste do roteiro com uma profissional de saúde com conhecimento do projeto Professor Saúde. Essa primeira interlocução calibrou o mestrando em suas conduções, posicionamentos e readequação das perguntas relacionadas aos objetivos da pesquisa, em uma experimentação apropriada para se obter uma reflexão pelo exercício dos questionamentos.

O uso do roteiro semiestruturado, desde que pré-testado e tendo o pesquisador prévio entendimento dos objetivos de cada pergunta, permite que a entrevista flua pela ordem do discurso do entrevistado, [...], a diretividade de cada pergunta aponta para um foco, o que limita o sujeito a responder dentro de um campo associativo bastante definido e previamente delimitado pelo próprio pesquisador (Muylaert et al., 2014, p.197).

Todas as entrevistas foram realizadas em locais totalmente controlados sem interferência externa. Os profissionais de saúde foram entrevistados em consultórios dentro da UBSF, e os profissionais de educação foram entrevistados na biblioteca da escola José Benedito de Moraes. As entrevistas tiveram uma duração entre 10 a 33 minutos, com a maior parte delas com o tempo entre 15 a 20 minutos.

Antes do início da gravação, foi disponibilizada, aos entrevistados, a leitura do Portfólio, o qual foi percorrido livremente ou por escolha de tópicos mais interessantes, com o apontamento do entrevistador nos relatos próprios de cada colaborador e fatos mais relevantes do projeto Professor Saúde. Foram respeitadas as conduções do entrevistado relacionado às respostas das perguntas, sem a necessidade da preocupação com o tempo e espontaneidade durante o procedimento.

⁴⁸ O pesquisador executou todas as entrevistas.

A Análise de Discurso⁴⁹ se deu na transcrição e interpretação do roteiro semiestruturado em recursos da técnica, que permite analisar dados qualitativos, em suas relações de codificação e categorização, direcionados aos objetivos do trabalho.

6.5 Coleta de dados

O início das coletas de dados ocorreu em 2017, com a observação dos participantes nas atividades de EeS do projeto de trabalho. O pesquisador, além de participar das palestras educativas, confeccionou o Portfólio.

A apropriação dos dados com os encontros individuais com os colaboradores, na busca da compreensão do significado dos processos educacionais na AB, foi acordada previamente em diversos horários e períodos e se iniciaram no dia 07 de junho de 2018 (pré-teste) e terminaram em 11 de agosto de 2018. As entrevistas foram executadas a princípio com os profissionais da saúde e posteriormente com os profissionais da educação. Essa configuração foi escolhida devido a maior facilidade do pesquisador na comunicação com o primeiro grupo.

Essas entrevistas foram gravadas e transcritas pelo autor. Suas transcrições, sem a análise, foram enviadas aos entrevistados por meio do aplicativo Whatsapp e as falas foram comprovadas em suas autenticidades pelos próprios colaboradores.

⁴⁹ Essa técnica baseada nos ensinamentos de Paul Ricoeur em seu círculo hermenêutico é construído em três mimesis. Através da noção de mundo a configurar, mundo configurado e mundo refigurado.

Paul Ricoeur nasceu numa família protestante.

Em 1936, licenciado em filosofia, criou a revista *Être*, inspirada nos preceitos de Karl Barth, teólogo cristão suíço.

Em 1939, servindo como oficial de reserva, foi preso pelos nazistas e enviado ao campo de Grob Born e depois a Arnswalde, na Pomerânia, atualmente Polônia.

No pós-guerra foi acadêmico na Universidade da Sorbonne. Passou também pelas universidades de Louvain (Bélgica) e Yale (EUA), onde elaborou uma importante obra de filosofia política. Paul Ricoeur participou de debates sobre linguística, psicanálise, o estruturalismo e a hermenêutica, com um interesse particular pelos textos sagrados do cristianismo (Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Paul_Ric%C5%93ur).

6.6 Análise e interpretação dos dados

As pesquisas qualitativas identificam que os fenômenos se integram de maneiras de igual relevância e profundidade em suas diversas manifestações momentâneas em falas, pausas, gestos, interrupções e feições. A interpretação de seus significados em sua totalidade, de uma forma integral e sem a perda dos ocultos e pormenores é indispensável para a descrição da realidade atual do sujeito (Pope, Mays, 2009).

Ao mesmo tempo, a grande quantidade de dados gerados nas análises dos documentos das observações participantes, entrevistas semiestruturadas, Diário de Pesquisa e Portfólio determinaram uma vasta quantidade e qualidade do material a ser avaliado. Nesse amplo processo analítico foram construindo diferentes suposições que anteriormente não foram evidenciadas no início da coleta de dados. Essa correlação das “idas e vindas” do material produzido com o referencial teórico fundamentou a construção da análise.

Construir a tipificação do material recolhido no campo e fazer a transição entre a empiria e a elaboração teórica. O processo de tipificação é mais denso e intenso que o exercício de ordenação, mas tem a mesma finalidade: apropriação da riqueza de informações do campo, tentando, na medida do possível, não “contaminá-lo” por meio de uma interpretação precipitada. É preciso esclarecer que não existe uma mente vazia de dados anteriores ou uma cabeça isenta de teorias e ideologia. O esforço compreensivo tem o sentido de valorizar ao máximo os achados do campo (Minayo, 2012, p. 624).

O primeiro passo para que se iniciasse a interpretação dos dados, foram as transcrições das entrevistas. Esse processo endossou o conteúdo da pesquisa e foi determinante na construção das categorias alcançadas durante o procedimento.

Para a análise do material qualitativo, a opção da modalidade da Análise de Discurso é identificada com uma articulação entre três áreas do conhecimento: o materialismo histórico, a linguística e a teoria do discurso. Esses acontecimentos enxergam o sentido das palavras como evoluções ideológicas e históricas em sua compreensão, e em qual contexto houve sua produção. A apropriação dos movimentos e silêncios visualiza as contribuições de seus significados (Minayo et al., 1994; Minayo, 2012, 2013).

A leitura das análises, de acordo com Ricoeur (1986), tem-se a princípio uma “leitura ingênua” que o pesquisador analisa o texto para entender o significado como um todo. Em seguida, a leitura da “compreensão”, que indica a visualização mais elaborada da ação linguística, e encerra-se com a interpretação e construção do significado da pesquisa em sua interação linguística associada às análises dos dados da pesquisa.

[...] uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social (Gill, 2002, p. 244).

Com a Análise de Discurso executada, foram se construindo as unidades temáticas, entre elas, as já evidenciadas na pesquisa de campo e as construídas no decorrer do caminho das transcrições e interpretações da triangulação de dados, fez surgir de mais duas categorias e duas subcategorias, além das quatro já apropriadas no estudo.

A Análise Temática de Conteúdo, em suas etapas da descrição e interpretação no Portfólio Reflexivo Coletivo, possibilitou um fechamento tanto das categorias formadas como das unidades de análise nos textos, organizando os dados para essa abordagem qualitativa (Bardin, 1977; Pope, Mays, 2009)

A triangulação de dados, método de dinâmica de investigação, compreende a análise de estruturas interagindo com os procedimentos e resultados. Na triangulação das fontes de dados, as análises encontradas interagem com referências. Na triangulação do autor, outro pesquisador interage com os achados do investigador. O uso conjugado, desses dois procedimentos, é recomendável para uma maior validação da pesquisa (Deslandes, 1994; Minayo, 2005; Gomes et al., 2005).

A triangulação das fontes de dados nessa pesquisa buscou os materiais do roteiro semiestruturado, do Portfólio, do Diário de Pesquisa e das referências bibliográficas (Deslandes, 1994; Minayo, 2005; Gomes et al., 2005).

Com relação à triangulação do autor, buscou-se a contribuição de uma doutora em biologia, no intuito de reduzir eventuais pontos cegos das categorias formadas. Esse fator determinante de construção dos diferentes conceitos da complexidade da interpretação dos diversos contextos e fenômenos da pesquisa (Deslandes, 1994; Minayo, 2005; Gomes et al., 2005). Assim, as transcrições foram

lidas e suas categorizações formadas individualmente, posteriormente foram compartilhadas para se concretizar em qual fala se inseria cada categoria em consenso.

Os dados secundários, fora da pesquisa de campo, foram usados durante a investigação, na análise e tratamento do material coletado, executando uma combinação de dados primários com os secundários, em diferentes abordagens metodológicas. Esses dados foram coletados da ferramenta do Portfólio. Esse recurso foi apropriado em diversos momentos no estudo, em retornos frequentes para a complementaridade da representação da discussão e resultados.

6.7 Mecanismos de análise institucional⁵⁰

O pesquisador criou um panorama de análise e autoanálise em seus processos de trabalho. Na construção de encargos e bônus em suas implicações nos serviços do SUS, com uma proposta de parceria intersetorial das Secretarias de Saúde e da Educação. A interpretação que as coletividades têm necessidades complexas, com a intencionalidade de transformação do seu lugar social e a si mesmo. Nesse movimento político possibilita formar estratégias de coletivização de experimentação funcional voltada para uma pesquisa interventora (Lourau, 1993; L'Abbate, 2003; L'Abbate, 2012; Galvão, Galvão, 2017).

Para exemplificar essas condições, Lourau refere intervenções realizadas, de 1967 a 1969, quase todas em colaboração com Lapassade, no “QUADRO PRÁTICO de algumas intervenções socioanalíticas experimentais durante as quais foi elaborada a análise institucional”. O título fala por si mesmo! (Lourau, 1975, p. 280).

Ao explicitar as estratégias do método de intervenção socioanalítica, o autor refere os conceitos que mais tarde seriam consideradas como regras ou princípios da Socioanálise: a análise da encomenda e da demanda, a auto-gestão do grupo, a intenção do dizer tudo, a elucidação da transversalidade, a análise das implicações, a explicação dos analisadores e a restituição (L'Abbate, 2012, p. 200).

⁵⁰ **ANÁLISE INSTITUCIONAL:** seus fundadores e principais expoentes são G. Lapassade e R. Lourau, apesar de a denominação ter sido criada por F. Guattari. Esta corrente institucionalista, uma das mais coerentes e empenhadas, reconhece como seus antecessores a Psicossociologia, a Dinâmica de Grupos, a Psicoterapia e a Pedagogia institucionais, assim como a Socioanálise de Van Bockstaele. Contudo, a Análise institucional superou amplamente esses precursores no sentido de uma radicalização de suas teorias, modos de intervenção e objetivos últimos (Barremblitt, 2002, p. 137).

Nessas propostas de processos educativos, de acordo com as evidências do ambiente, visualiza-se enxergar o território formado com as exigências de serviços e produtos, e evidencia os processos de pendências de saúde locais, colocadas como análise das demandas⁵¹ (Barremblitt, 2002; Campagnoli, 2016).

Mesmo que os personagens da comunidade, em muitos momentos, não identifiquem o controle sobre seus próprios meios condicionantes de vida, ficando alheia a capacidade de gerenciar seu próprio bem-estar, o projeto procurou acolher suas ansiedades⁵², com mecanismos do controle institucional em um projeto de EeS.

A possibilidade da evidenciação das necessidades apontadas fundamentadas na autoanálise, um dos dois objetivos do Institucionalismo, onde a comunidade se compreende como protagonista de seus problemas em articulações de auto ajuste na elaboração de dispositivos para adquirir recursos de melhora e estabilização de sua vida saudável direcionou o projeto Professor Saúde e fundamentou a pesquisa.

Não foi apresentado o segundo objetivo básico do Institucionalismo como proposta, onde a autogestão forma “os processos autogestivos implicam uma falta completa de denominações, hierarquias, quadros, especificidades etc.” (Barremblitt, 2002, p. 19). Esse processo mais complexo de estruturação e organização dos agentes coletivos, apesar de mais horizontal, não foi efetivado no trabalho.

O saber coletivo em saúde exercita a topografia nos elementos essenciais da saúde pública de forma horizontal e participativa, na intencionalidade de impetrar um contorno revolucionário envolvendo o instituído em uma dialética com os

⁵¹ **ANALISE DA DEMANDA:** é a análise e deciframento que se faz do pedido de intervenção por parte de uma organização. É o primeiro e um importante passo para que se comece a compreender institucionalmente a dinâmica dessa organização. É o material de acesso inicial que já contém valiosos aspectos conscientes, manifestos, deliberados, assim como todo um filão de aspectos inconscientes e não-ditos que remetem a um esboço inicial da conflitiva e problemática da organização solicitante. A demanda tem conotação especial para o institucionalíssimo, particularmente a de que é produzida pela oferta de bens e serviços (Barremblitt, 2002, p. 136).

⁵² **ANSIEDADES:** correntes institucionalistas, tais como as psicologias institucionais de base psicanalítica Kleiniana (Elliot Jacques, Pichon Riviere, Bleger e outros), subscrevem, de diversas formas, a tese de que as organizações são “sistemas de defesa contra a ansiedade”. O conceito de ansiedade deve ser entendido, nessas teorias, como similar ao cunhado por Melanie Klein para sua concepção da personalidade psíquica, particularmente para sua descrição do “mundo interno” ou “self inconsciente” dos sujeitos. As posições esquizoparanoides e depressivas, que são as configurações que adquirem os variados elementos que compõem o self (pulsões, objetivos, defesas, fantasias) no curso do desenvolvimento, são acompanhadas de vivências características denominadas ansiedades. Assim se fala de ansiedades paranoides, depressivas, confessionais etc., sendo que as defesas que se arbitram contra elas (dissociação, projeção, idealização, negação etc.) podem tomar os elementos institucionais e organizacionais (contratos, organograma, regulamentos) como suportes (Barremblitt, 2002, p. 137).

personagens envolvidos. Impulsionado com o projeto Professor Saúde e na pesquisa, na busca da institucionalização de novas estratégias de EeS municipal formaliza-se o instituinte em seu trabalho interventivo (Santos, 2002; Pereira, 2000; L'Abbate, 2003; Kleba, Wendausen, 2009; L'Abbate, 2012).

Nesses caminhos de análise da implicação⁵³ desenvolvidas nos trajetos dos serviços e pesquisa pelo analisador, e com resistências políticas-sociais-culturais das intervenções militantes da EeS, imaginou-se implicações transformadoras transversais das práticas locais (micropolíticas) e municipais (macropolíticas) em trocas de conhecimentos e fazeres na sociedade ilhabelense (Rossi, Passos, 2014; Rocha, Deusdará, 2017).

6.8 Questões éticas

Para a concepção desse projeto de pesquisa, os princípios éticos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNSa) (Brasil, 2012c), que aprova as pesquisas e normas regulamentadoras em pesquisas com seres humanos, foram atendidos.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (CEP-FOUSP) avaliou e aprovou essa pesquisa por meio do parecer número 2.585.024 em 06 de abril de 2018 (ANEXO K). A Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela não possui um Comitê de Ética, desse modo, os secretários municipais de saúde e de educação apreciaram e autorizaram o projeto (ANEXO L e M).

Aos participantes foram expostos às propostas do estudo e seus riscos, que foram considerados mínimos, além da garantia do caráter sigiloso de identificação pessoal e na divulgação dos dados. Foi explicitado que, se em algum momento

⁵³ **ANALISE DA IMPLICACAO:** a implicação define-se como o processo que ocorre na organização analítica, em sua equipe, como resultado de seu contato com a organização analisada. É um termo que tem certa semelhança com o conceito psicanalítico de contratransferência (reação – consciente e inconsciente – que o material do paciente produz no analista), só que no institucionalíssimo a implicação não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa e sobre determinada (ver Sobre determinação). E ao mesmo tempo, um processo político, econômico, social, etnológico heterogêneo que deve ser examinado em todas as suas dimensões. Por outra parte, não é apenas uma reação da equipe interventora ao contato com o objeto de análise. Ela pode até ser previa a qualquer contato. Não começa no "cliente" e é, isso sim, uma interinfluência recíproca, simultânea, que faz parte integrante do processo de análise da organização. Análise de implicação é a compreensão da interação, da interpenetração dessas duas organizações, enfatizando a parte que cabe a intervinda (Barremblitt, 2002, p. 137)..

houvesse qualquer tipo de constrangimento, o roteiro semiestruturado seria interrompido. Também foi assegurado aos participantes o acesso aos resultados parciais e finais do estudo.

Após esses trâmites, a obtenção do consentimento com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) e somente após esta assinatura a coleta de dados foi efetivada. Para que se evitasse o reconhecimento dos sujeitos, os profissionais foram numerados de 1 a 27 de acordo com a ordem cronológica das entrevistas. Essa informação só está disponível para o autor e a orientadora desta pesquisa.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (Brasil, 1988, art. 205).

Os resultados obtidos nesse estudo e as respectivas discussões serão organizadas em três capítulos, são eles: Capítulo 1 – **O Sujeito**, que discorre sobre as percepções dos sujeitos envolvidos na pesquisa; Capítulo 2 – **A Educação**, que aborda as possibilidades da Educação em Saúde e; Capítulo 3 – **As Opções do Educar em Saúde**, que leva em consideração as opções dos trajetos do educação proposta para os profissionais de saúde.

O primeiro capítulo aponta o entendimento dos profissionais de saúde e educação sobre os processos de EeS, da gestão e da ponta dos serviços do SUS de Ilhabela, proporcionando subsídios concretos para se discutir modelos apropriados de atenção à saúde. No segundo capítulo são apresentadas as possibilidades pedagógicas construídas sob a ótica dos sujeitos da pesquisa, visualizando percepções de novos contextos e seus impactos para o empoderamento comunitário. E, finalmente, no terceiro e último capítulo, é apresentado o desenho da compreensão dos rumos e caminhos da EeS, seguindo as barreiras tradicionais dos processos de trabalho do SUS de Ilhabela, norteados por trajetórias ilustradas pelas experiências pessoais e da pesquisa, ultrapassando fronteiras intersetoriais e institucionais da cidade.

Os assuntos, em determinados momentos, apesar da origem diversificada, indicam coincidências em temas e esboços, mas oferecem uma concepção concreta e diferenciada quando discutidas em seus pareceres.

A partir dos olhares dos profissionais dos serviços de saúde e de educação e, posteriormente, por meio da Análise de Discurso com o auxílio da Análise de Conteúdo do Portfólio, as categorias e subcategorias elencadas para essa pesquisa foram consolidadas (Tabela 7.1).

Tabela 7.1 – Categorias da pesquisa formadas

Categorias		Subcategorias	
1	Opções pedagógicas, ideias e inovações	1a	Mecanismos de intervenção e seu impacto no sujeito
2	Atribuições e competências dos profissionais de saúde	2a	Conhecimento de demandas de saúde da comunidade
		2b	Reconhecimento do indivíduo como um ser histórico-social
3	Parceria intersetorial da secretaria da Educação e Saúde	3a	Entraves e dificuldades na atenção à saúde
4	Experiência x Informação (Empoderamento da comunidade)		

Fonte: O autor

As categorias formadas foram discutidas de acordo com o grau de relevância que o autor visualizou na pesquisa como maior potencialidade indicada pelos entrevistados. Dessa maneira se formou, nos capítulos, diferentes discussões a respeito das categorias. Para um maior entendimento, a Tabela 7.2 sistematiza a sessão onde se encontra as argumentações sobre as categorias e subcategorias.

Tabela 7.2 – Categorias e Subcategorias discutidas nos Capítulos/Seções

Categorias e Subcategorias/ Capítulo	Capítulo 1				Capítulo 2			Capítulo 3	
	O Sujeito				A Educação			As Opções	
Sessão	7.1.1	7.1.2	7.1.3	7.1.4	7.2.1	7.2.2	7.2.3	7.3.1	7.3.2
1 Opções pedagógicas, ideias e inovações					X	X		X	X
1a Mecanismos de intervenção e seu impacto no sujeito							X	X	X
2 Atribuições e competências dos profissionais de saúde			X	X				X	X
2a Conhecimento de demandas de saúde da comunidade	X	X	X					X	X
2b Reconhecimento do indivíduo como um ser histórico-social	X		X					X	X
3 Parceria intersetorial das secretarias da Educação e de Saúde	X	X						X	X
3a Entraves e dificuldades na atenção à saúde	X							X	X
4 Experiência x Informação (Empoderamento da comunidade)	X	X						X	X

Fonte: O autor.

7.1 Capítulo 1 – O Sujeito

Falta-nos reflexão, pensar, precisamos do trabalho de pensar, e parece-me que, sem ideias, não vamos a parte nenhuma. José Saramago

A visão dos profissionais de saúde e de educação de Ilhabela sobre as práticas intersetoriais e educacionais norteiam esse capítulo. As narrativas, de interpretação da hermenêutica-dialética dos sujeitos, descrevem as particularidades de suas experiências identificadas em diferentes propostas e evidenciam os processos voltados para EeS.

Paulo Freire, ao interpretar o sujeito em suas particularidades, nos diz que “Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos” (Freire, 2001, p. 40). O indivíduo, em seu sentido sócio-histórico, em seu momento súbito, dos seus modos de viver e desvela o olhar individual e pleno da situação desse estudo, contribuindo com a ciência em seus significados de uma pesquisa social (Minayo et al., 1994).

Interessa-nos particularmente um aspecto fundamental dessa dialética: o lugar do sujeito, esse ser pensante que, ao atribuir predicados ao mundo, identifica a si próprio. Interessa-nos a experiência de “resistência” que faz surgir esses sujeitos como presenças reais. Troque-se o voo da pomba pela história humana, a resistência do ar pela presença inexorável do outro e entenderemos a tese que sustenta o presente ensaio: não existe o sujeito individual, ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um “sonho” de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente “o outro de cada um (Ricoeur, 1991⁵⁴)” (Ayres, 2016, p. 66).

As transcrições dos sujeitos entrevistados (sendo o número um o pré-teste e não considerado na análise da pesquisa, mas importante para a apropriação da metodologia do estudo), estão inseridas com o número do personagem em ordem cronológica dos encontros e pela página/parágrafo no final das transcrições. O Portfólio Reflexivo Coletivo dialoga com os capítulos seguintes com as falas das entrevistas contribuindo para os fechamentos dos temas.

A Tabela 7.3 indica as representações de cada sujeito e suas respectivas seções. As transcrições, categorizações e triangulações estarão disponíveis em caderno impresso apresentados pelo autor na defesa da pesquisa.

⁵⁴ Ricoeur P. O si mesmo como um outro. Papirus, Campinas; 1991.

Tabela 7.3 – Categorias, numeração dos sujeitos e seções da discussão dos sujeitos

Categorias Profissionais	Sujeitos	Seções
Pré-teste PSS	1	-----
PSS	2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 17	7.1.1, 7.1.3, 7.1.4, 7.2.1, 7.2.2 e 7.3.1
PsE	19, 20, 21, 22, 25, 26 e 27	7.1.2 e 7.3.1
GSE	3, 8, 13, 14, 15, 16 e 18	7.1.1, 7.1.3, 7.1.4, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3 e 7.3.1
GsE	23 e 24	7.1.2 e 7.3.1

Fonte: O autor

Nos olhares dos PSS e dos GSS, através da metodologia da Análise de Discurso, foram-se construindo todas as categorizações da pesquisa com os códigos dos sujeitos das suas falas. Para facilitar as discussões dos resultados, categorias e subcategorias foram elencadas com os relatos de cada colaborador e suas experiências pessoais estão inseridas nas próximas seções.

7.1.1 Os profissionais da saúde, gestão e dos serviços, dialogam com consenso?

Uma quantidade significativa de estudos sobre EeS no SUS adaptam as práticas dos profissionais da saúde no contexto da EPS, fomentando a educação na integralidade da atenção à saúde. Diversos autores contextualizam sobre essa conexão com os princípios do SUS. O apoio às redes das diversas entidades sociais, movimentos de inclusão social e ações coletivas, fortalece o controle social e de exercícios populares em saúde, fomentando as políticas públicas que garantam as ações intersetoriais (Merhy, 2004; Stotz, 2004; Stotz et al., 2005; Vasconcelos, 2004, 2010; Vasconcelos et al., 2015; Vasconcelos, Prado, 2017; Gomes, Merhy 2014a, 2014b).

A importância apontada no estudo sobre o maior envolvimento dos profissionais de saúde em conhecimento do território e novas direções na produção em saúde, mostram a centralidade e importância desses temas na saúde coletiva local, em consonância com que Santos e Westphal apontam como cidades saudáveis no Brasil:

Para que tal proposta se estabeleça, o que precisamos hoje no nosso país é difundir a nova forma de pensar e fazer saúde, que pressupõe a existência de problemas comuns às populações que vivem num mesmo território; para que as administrações se abram para a inovação e se proponham a vivenciar uma nova forma de gestão municipal e governabilidade (Santos, Westphal, 1999, p. 82).

Mesmo com esses direcionamentos dos referenciais e dos olhares dos trabalhadores de saúde de Ilhabela, nas tecnologias dos processos educativos ainda demandam uma maior atenção, principalmente em relação aos procedimentos-centrados, organizações dos serviços e cumprimento de metas.

Dessa forma, nessa metodologia, os sujeitos da saúde são identificados por números de 2 a 18, sendo os profissionais dos serviços especificados pelas siglas PSS e os da gestão como GSS (inclusos aqui os presidentes de conselhos municipais) e os códigos (numerados em página/parágrafo da transcrição da entrevista) inseridos para justificar as categorias alcançadas.

A separação por categorias facilita a compreensão da pesquisa. Esse capítulo discute os olhares da gestão e dos profissionais da saúde com as seguintes categorias: Conhecimento de demandas de saúde da comunidade (Subcategoria 2a); Reconhecimento do indivíduo como um ser histórico-social (Subcategoria 2b), Parceria intersetorial da secretaria de Educação e Saúde (Categoria 3), Entraves e dificuldades na atenção à saúde (Sub categoria 3a) e Experiência x Informação (Empoderamento da comunidade) (Categoria 4).

Essa codificação sistematizada de análises temáticas dos conteúdos associados às suas performances proporciona uma leitura mais apropriada dos eventos formados e possibilita uma maior facilidade na obtenção da conclusão.

1. Conhecimento de demandas de saúde da comunidade (Subcategoria 2a).

Esse olhar, do conhecimento das necessidades, dos sentidos das múltiplas dimensões individuais, atende a portaria nº 2.436/2017 que visa “Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades (...)” experimentando novas condutas da realidade social relacionadas em seus saberes em construções concretas (Brasil, 2017b). Esses procedimentos são citados pelo II Caderno de Educação Popular em Saúde:

Dentre estes processos, destaca-se o desenvolvimento de espaços de encontro mediados pelo diálogo, abertos para uma nova cultura participativa que acolhe e legitima a contribuição do saber popular ao lado do saber técnico científico, os quais poderão contribuir também para o desejado reencantamento popular pelo SUS (Brasil, 2014, p. 22).

Essa experimentação ocorre com novas descobertas, envolvendo os ambientes externos, fora do consultório, em abordagens dinâmicas para e com a comunidade em seus pleitos. Nesse contexto, os PSS identificam essas possíveis potencialidades:

PSS 2 [...] na maioria dos projetos que eu fiz dentro das escolas, foram voltadas para a promoção da sexualidade, prevenções, né? Então, prevenção voltada tanto para sexualidade com as doenças sexualmente transmissíveis, que é coisa que eles pedem muito, né? (balança a cabeça em afirmação)⁵⁵ Para apontar dentro das escolas, mais também para prevenção da saúde mental, então, esse é o maior foco de atuação nesse período aí. (2/7)⁵⁶

PSS 2 [...], então, eu senti que às vezes a questão do corpo, da permissão, né? (gesticula em sinal de positivo) De qualquer pessoa tocar é muito maior, porque como eles levam na brincadeira, se passa a mão no bumbum do outro, para eles é só uma brincadeira, então, eu vi essa questão dessa vulnerabilidade, até que ponto essa brincadeira pode virar uma coisa séria, [...] (4/7)

PSS 4 [...] nós na verdade ouvimos bastante e fizemos poucas perguntas, foi mais para entender a problemática da comunidade local, né? Desse bairro e aí eles colocaram várias situações e a gente muitas das vezes explicou que poderia ajudar, em algumas situações com as crianças dentro da escola, né? (4/2)

PSS 5 [...] hoje a gente tem muitas pessoas que tem, por exemplo, doenças crônicas, hipertensão, diabetes, e eu vejo que os nossos índices, né? A gente tem um índice alto de infarto agudo, de A.V.C., né? De complicações periféricas do diabetes, principalmente por falta de instrução, por falta de ter uma boa educação em saúde mesmo, que a pessoa quando é bem educada, quando ela sabe da importância que aquela simples ação, de ter uma melhor a qualidade de vida e tudo, é primordial para melhorar o (pausa, pensa) a (pausa, continua pensando) melhorar o processo, os marcadores e os níveis da glicemia e níveis de pressão, tomar o medicamento certo e tudo, e tudo são orientações/instruções que precisam ser dadas de forma, de forma efetiva, [...] (6/2)

PSS 6 [...], e a gente conversou sobre quais seriam as necessidades, o que eles nomeavam ali, o que eles podiam nos passar, do que eles gostariam que a gente atuasse, então dentro da (pausa, pensando) da (pausa e afirma) da alimentação, eles colocaram a questão de como eles são seletivos, então que mesmo que as merendeiras da escola fizessem salada,

⁵⁵ Os comentários entre parênteses têm as percepções do pesquisador nas análises dos discursos dos colaboradores onde a gravação por vídeo foi avaliada em seus gestos, caras e bocas.

⁵⁶ Se inicia aqui (página/parágrafo) dos apontamentos das transcrições de cada profissional.

fizessem legumes, eles acabam por não servindo, que eles tem a alimentação do arroz, feijão e carne, e aí a gente levantou a situação que eles não tem tanta a condição financeira deles não permitissem que eles fizessem uma alimentação tão variável, fato que não é real, [...] (3/5)

PSS 9 [...] esta questão da higiene íntima das meninas, né? É uma das coisas que às vezes as mães, um assunto que as mães têm vergonha, ah (pausa, gestos de pensar) não é que elas tenham má vontade, às vezes nem elas sabem direitinho como ensinar suas filhas como se lavarem direitinho e os próprios meninos, eu falo isso porque às vezes eu chego e vejo as meninas e os meninos nessa idade, seis, sete, oito anos com problemas, com corrimento, [...] (4/7)

PSS 17 Como que um dependente químico vai buscar um emprego, mal vestido, maltratado, né? (afirmação em gesto) Como que ele vai conseguir isso, querendo ou não nós vivemos em um país preconceituoso, malvestido, o cara já não tem a possibilidade de emprego, se você não conseguir conversar direito, menos chance você vai ter, né? (3/1)

Na identificação dos requerimentos da população, os PSS se posicionam em processos de trabalho que contemplam suas reivindicações, observando que a presença do trabalhador nos espaços da comunidade incorpora a vida dos personagens nas condutas das atividades educacionais. As falas acima evidenciam a concretização dos processos em EPS (Brasil 2007b, 2013, 2014; Vasconcelos, 2001b, 2010; Vasconcelos et al., 2015; Vasconcelos, Prado, 2017).

Essa capacidade de escuta de sentir as histórias de vida, e propor soluções para seus obstáculos, a gestão também evidencia que o conhecimento dessas necessidades são mutantes na cidade e as buscas devem ser constantes e aprimoradas:

GSS13 [...], a gente já tem alguns bolsões de pobreza, a gente tem é (pausa, pensando) uma dificuldade até de mapear, porque é uma cidade que convive com o turismo e em alguns momento tem muita gente na cidade provocando problemas até de trânsito e congestionamento. Demora para você chegar em um local, é (pausa, gestos enfáticos) muita gente que vem por causa desse aumento de emprego na alta temporada e depois acaba ficando, mas não com uma condição de saúde ideal. Inclusive a gente já tá até com algumas favelas por aí, no município com dificuldade de saneamento básico, dificuldade de transporte, é (pausa, boca de decepcionado) o perfil muda, né? Hoje a gente vai numa escola, quando examina uma criança a gente fala: que mês você veio para cá? Porque a gente percebe só pelo exame clínico, só pelo olhar, que ela não faz parte daquele grupo, que ela chegou a pouco tempo de um lugar, que ela não tinha esse acesso. (4/3)

GSS 14 E aí eu acho que tento sim, outras vezes, mais abertas, para ouvir o que vem das pessoas, da população, né? Se eu vou num grupo de gestantes, às vezes eu quero falar de parto, mas (pausa, olha ao lado, pensa) as demandas são outras, né? As demandas são (pausa, pensa novamente) o que está acontecendo com a família, com as outras crianças da casa [...] (3/1)

GSS 15 [...] eu vi que (pausa, face de interrogação) não uma deficiência, mas que eles (os educandos do Projeto Professor Saúde) estavam tendo uma necessidade, procurando alguém para apoiar, procurando alguém para dar um suporte, para dar um norte, para nortear eles. (4/3)

GSS 16 Ilhabela é muito peculiar na questão da miscigenação, né? Então pela quantidade de imigrantes que vêm para Ilhabela e acaba perdendo a identidade e o poder público não atinge esses núcleos de uma forma, aqui faz com que a vulnerabilidade, né? (rosto com indignação) Esteja lá no dia a dia, e com isso a gente sabe que tem a falta de educação, a gente tem cada vez mais adolescentes, né? Com gestação, na maioria das vezes indesejada, que isso vai refletir também no serviço de saúde, serviço educacional, social e assim sucessivamente. Então acho que tem infelizmente, isso Ilhabela não tá livre disso. (2/7)

GSS 18 [...], entendendo que a sociedade muda e então o serviço de saúde precisa acompanhar as mudanças que tem na sociedade, (gesto como se fosse como atitude básica)[...] (2/3)

Na retomada do Portfólio Reflexivo Coletivo do Projeto Professor Saúde, onde os discursos são antecessores às das entrevistas, e os apontamentos são identificados pelas páginas, em relação ao reconhecimento das demandas da comunidade, os gestores e profissionais da saúde identificaram as seguintes questões de seus desejos:

PSS 2 Os professores foram receptivos e atenciosos, mostraram a maior dificuldade no aspecto da sexualidade e agressividade, no que diz respeito ao ato verbal e comportamental. (p. 7)⁵⁷

PSS 4 Listamos essa problemática devido ao aumento de casos de diarreia, vômito, problemas de saúde bucal, e principalmente por se tratar de um bairro onde a condição socioeconômica é baixa. (p. 9)

GSS 14 [...] com a seguinte questão: "O que mudou em seu corpo agora que você está crescendo?" "E na sua vida, quais são as mudanças?"(p. 13)

GSS 18 É através do diálogo e consequente validação do saber popular que se pode criar um ambiente de corresponsabilização, fundamental para a consolidação da importância do autocuidado, empatia e espírito de colaboração, sem os quais se torna impossível o fomento de um sistema de saúde universal e equânime. (p. 14)

Nesse sentido, se apropriando das demandas da comunidade, os profissionais da saúde entendem por incorporar a atuação ampliada do ser humano, nas múltiplas facetas do estabelecimento e do reconhecimento da individualidade e da visão social.

⁵⁷ A nomenclatura inserida aqui, a partir de agora, apresenta o número da página do Portfólio, onde se apresenta o relato do profissional.

2. Reconhecimento do indivíduo como um ser histórico-social (Subcategoria 2b).

O conceito de observação das necessidades singulares dos usuários dos quais demandam o cuidado, parte da base que os profissionais da saúde, antes de tudo, são entes sentimentais e que “como pessoa, ser humano que afirma a humanescência nas relações de respeito, carinho e aprendizagem” (Brasil, 2014, p. 103).

Essa associação que interpreta as particularidades de cada indivíduo com os mediadores, profissionais da saúde, responsáveis pelas práticas de EPS fica evidente no texto de Stotz (2004, p. 179) “é importante reconhecer que os saberes alteram as práticas e o fundamental, do ponto de vista da educação popular, é lutar pela afirmação dos sujeitos e, portanto, respeitar as diferenças, saber escutar e reconhecer”, como se torna evidente a partir da leitura dos seguintes fragmentos:

PSS 2 Da questão da sexualidade, naquele momento que eu fiz com os alunos, eu percebi que muitas vezes é um tabu dos adultos, né? (pausa rápida) De como abordar a sexualidade, por exemplo, com os alunos era muito maior, a questão dos próprios professores do que dos adolescentes, porque para eles, algumas coisas que diziam era brincadeira, não é de fato levando para questão da sexualidade ou dúvidas que eles tinham, é uma coisa que eles escutam e eles reproduzem, sem ter muitas vezes é (pausa e pensa) sem conhecerem de fato sobre aquilo que estão falando. (3/5)

PSS 4 E aí, tem que ter o carisma, empatia com o paciente, né? (gesto de afirmação) Para a gente conseguir ampliar, apenas não só a queixa, tentar tratar todo o paciente, né? Como um todo. (1/16)

PSS 5 [...], eu acho que na palestra (de *bullying* no Projeto Professor Saúde) eu preendi bem a atenção dos pais, e não sei que você lembra que teve uma mãe que veio agradecer e falou que a filha dela sofria e que nunca retrataram, [...] (6/4)

PSS 6 Questão não só da alimentação, mas da sexualidade, da relação entre pais e filhos, eu notei que é uma comunidade (do Bairro do Reino) que (pausa, cara de afirmação) que precisa de muito carinho, precisava da gente ali, precisa do profissional junto, precisa do amparo, do apoio, [...] (4/9)

PSS 9 [...], as crianças, elas são muito carentes, então às vezes você tem que tomar cuidado quando você fala de alimentação para a criança, às vezes ela não tem nem o que comer em casa, [...] (4/3)

PSS 17 Antes de ser um (pausa, pensa) um conselheiro, um terapeuta em dependência química, eu sou um dependente químico (está longe das drogas há 9 anos), né? Então, assim, eu me vi do outro lado, entrei em recuperação, me capacitei, fiz esses cursos, entrei no conselho, fiz as provas que precisavam fazer e hoje eu tenho esse certificado, [...] (4/3)

Esses olhares muitas vezes são compartilhados e sinalizados pela gestão em consenso nos próximos apontamentos:

GSS 3 [...], é uma comunidade mega carente de tudo, de conhecimento, de carinho, de conversa, de tudo, (cara de afirmação) então eu acho que é sim! Super vulnerável, super! (5/3)

GSS 8 Então, primeiro trazer a consciência desse serzinho que está se formando cidadão em conhecer e respeitar aquele momento, né? Da sexualidade dele que não está formada, lembrando que, a questão da sexualidade não está formada só em tempo de sexo, de órgão, né? Mas na questão do prazer, da busca do prazer, que a gente pode estar buscando, a gente pode estar descobrindo esse prazer através do esporte, né? De uma atividade com o colega, né? Através do toque, do abraço, né? Foi isso que a gente colocou depois da, da, das atividades, nós levamos para eles [...] (5/5)

GSS 14 [...], eu acredito que educação em saúde você faz com vínculo, [...] (4/5)

GSS 15 [...], então esse menino aqui tá tendo um problema, o que está acontecendo com ele? Não sei. Deixa ver a ficha médica dele? Vamos ver o histórico da família, vamos ver, tem alguma busca ativa, que foi na casa dele e constatou alguma coisa, né? (gestos de indignação) O histórico policial de repente, da família, que o pai tá preso, que é alcoólatra, tem um B.O. na polícia, eu não sei qualquer uma leitura que dê uma consistência maior de como foi construído aquele ser humano, para que se possa, de forma individual, dar um tratamento para ele, [...] (5/5)

GSS 18 [...] a política de humanização é uma coisa muito mais ampla do que isto, na minha visão, ela busca recuperar o caráter humano, do ser humano e devolver isto para o serviço de saúde, e olha, você é um ser humano, o profissional de saúde é um ser humano, nós somos sistemas abertos, e a gente (pausa, pensativo) a gente se afeta de inúmeras formas e não tem mais como a gente não (pausa, cara de consistência) não levar em consideração que estas afetações, elas mudam o curso do serviço de saúde de uma forma bem significativa. (3/1)

GSS 18 [...], ninguém consegue captar profundamente o que significa, né? "Acolhimento". Eu acho que tem a ver com isto, né? (afirmando em gestos) Tem a ver com esta dificuldade da gente trazer primeiro para a gente, para depois a gente oferecer para os outros, então neste sentido que eu estou querendo dizer, que é importante que o núcleo do projeto, ele tem que partir daí, né? Será que com isto a gente está favorecendo ou não está favorecendo a autonomia das pessoas? (9/1)

Essas inspirações são visualizadas pelo Portfólio nos registros executados anteriormente às conversações, onde se visualiza a identidade de cada sujeito no seu ambiente.

PSS 17 Falamos sobre a prevenção universal e prevenção indicada, uma vez que é entendido que o bairro está em uma área de vulnerabilidade [...] (profissional é morador do bairro) (p. 12)

GSS 14 No entanto a medida que as respostas eram dadas logo percebi que a principal preocupação que eles tinham dizia respeito à proximidade dos mesmos com álcool e outras drogas. A grande maioria dos alunos tinham histórias de drogadição entre os membros da família ou de alguém muito próximo. (p. 13)

PSS 5 A intenção da palestra foi de fato conceituar o *bullying*, acredito que a mensagem foi passada aos pais e professores tiveram como intuito; educar a população a fim de se estabelecer atitudes com o outro, perceber a importância de ter um convívio social e de conhecer valores de convivência, identificar as maneiras que o *bullying* pode acontecer na escola. (p. 19)

PSS 7 O fato é que a saúde do trabalhador, entre eles os trabalhadores escolares como professores, merendeiras e faxineiras, possui acometimentos específicos. Podemos citar, entre as principais, as doenças músculo-esquelético e as doenças mentais, resultantes de nosso estilo de vida e da organização social produtiva. (p. 25)

A importância de se colocar no lugar do outro, de ouvir, do poder da escuta, do reconhecimento, da compreensão da vida, reafirma os princípios e diretrizes do SUS, especialmente da integralidade na atenção à saúde e das responsabilidades sanitárias dos profissionais da saúde, essa capacidade de estabelecer um melhor Projeto Terapêutico Singular (PTS) envolve atividades fora do seu habitual, do consultório, dos procedimentos e receitas, incorpora o anseio de “vivenciar outros mundos”.

3. Parceria intersetorial da secretaria de Educação e Saúde (Categoria 3).

A experiência de participar de espaços diferentes sai do escopo tradicional e do modelo biomédico, e amalgama a visão sanitária. Cria-se subsídios ideológicos e práticos para existência de parcerias em colaborações intersetoriais e multidisciplinares. Essas trajetórias são descritas na EPS (Brasil, 2007a, 2014; Gomes, Merhy, 2014a, 2014b), e aparece nos registros dos PSS que enxergam a complexidade existencial do instituído na cidade com incertezas, mas também, em novas perspectivas:

PSS 2 Eu acho que é enriquecedor (projetos de EeS), eu acho que (pausa, pensa) esse projeto (Projeto Professor Saúde), como eu disse, é uma base, é uma coisa que (pausa, em cara de dúvida) é uma educação que deveria existir em todas as escolas, porque é uma base, eu acho que a gente pode dentro da escola, prevenir, fazer a promoção de saúde para que o trabalho não seja somente quando ele esteja somente no posto de saúde, [...] (5/5)

PSS 4 [...], eles tiraram bastantes dúvidas até em questão do acesso da unidade de saúde, eles tiraram dúvidas de como orientar essas crianças, então foi bem bacana a conversa, eu acho que pelo menos para os coordenadores e professores eles conseguiram entender até o motivo do projeto (Projeto Professor Saúde), o motivo de a gente estar ali. (4/8)

PSS 5 [...] é legal a gente fazer uma parceria né, eu acho que se a gente programar bastante coisa dá para fazer coisas e ter resultados bem (pausa, pensa) bem excepcionais, ter uma experiência bem excitante. (7/3)

PSS 6 [...], acho que é um projeto (Projeto Professor Saúde) pioneiro, acho que é um projeto modelo, então acho que é um projeto que a gente deveria levar como prioridade, tentar de fato exercer nessa escola para que a gente pudesse fazer em todas as outras escolas também, [...] (5/9)

PSS 7 [...] faria um casamento muito bom aí, entre Educação e Saúde, acho que anda paralela os dois, andam juntos, né? (pensativo) Tanto a nossa atuação dentro da Educação e a Educação dentro da Saúde, dá para ter uma interação boa. (4/9)

PSS 9 Até na UBS que eu trabalho, nós temos sete escolas, então são muitas escolas, dá para fazer muitos trabalhos, trabalho bom, né? (3/4)

PSS 17 [...], eu acho, que através da educação, eu acho que a gente pode alimentar muito mais essa conscientização de que muita gente, [...] (5/9)

A reprodução dos PSS tem a lógica nas parcerias da educação e saúde, esse pensamento no município é aguçado e visualiza a proclamação de uma nova ordem, mas essa inclinação ainda não instituída, mas arquitetada em moldes da EPS na autonomia e transformação, é interpretada da mesma maneira pelos GSS que discutem esse conceito nos seus percursos irregulares da produção do trabalho:

GSS 3 Achei fantástico! Eu gostaria de participar mais e em mais locais, né? Porque no fim ficou bem (pausa, cara de pensativa) ainda é bem limitado a uma escola, né? Pelo que eu entendo. (3/13)

GSS 8 “Nossa, que atividade boa. Deveria fazer isso sempre” (atividade de sexualidade do Projeto Professor Saúde), porque ela como professora, nunca tinha imaginado que a menina ali, tinha dificuldade de saber o que era uma menstruação, então são coisas que (pausa para pensar) que eles trazem. (4/5)

GSS 13 [...] imprescindível, sem isso não tem saúde, não existe, porque se a gente não contar com a colaboração, com o apoio deles, não aproveitar o tamanho e o público que a gente atinge quando a gente faz uma ação dentro da escola e a repercussão que isso traz, a gente está perdendo (pausa, gesto de afirmação) tempo, porque a gente fica no atendimento individual e está acontecendo o que sempre aconteceu e o que a gente sabe que nunca vai ser suficiente, e a mudança se dá exatamente aí, na participação na educação em saúde, e (pausa, parece em dúvida) envolvimento de outras áreas. (5/3)

GSS 14 São projetos que possam comunicar, comunicar com a população, comunicar, uma comunicação eficiente, adequada às necessidades das pessoas, [...] (4/9)

GSS 15 Não, esse processo não existe uma só, isso tem que ser continuado, sempre. (cara de exclamação) (3/3)

GSS 15 [...], as políticas públicas estão começando a entender isso, que as secretarias tem que agir em forma de rede, todas elas as de prevenção, de educação, de saúde, tudo todas tem que funcionar na missão, [...] (3/5)

GSS 16 Acho que a educação a gente tem que morrer pensando em sempre de fundir a educação, com isso está receptivo a ter essa informação, e sempre está perdendo (cara de afirmação com veemência), e sempre também está devolvendo isso pra sociedade, esse é um significado que acho muito importante e que devia ser inserido todos os dias dentro de um colégio, ou de uma universidade, de uma pós, ou de um doutorado, assim seja, que possa ser inserido e fazer parte da vida do profissional da saúde e da vida das pessoas em um modo geral. (2/5)

GSS 18 Em vez de se criarem é (pausa, pensativo) espaços de fomento para que existissem uma interligação mais concreta entre a Unidade Básica de Saúde e a Unidade Escolar, bem descentralizada, o que aconteceu é que o município centralizou isso na figura de uma única pessoa (gira a cabeça para ao lado, exclama), e naturalmente esta pessoa não teve condição de tocar o processo para frente, [...] (4/1)

GSS 18 [...] nosso município a gente não aderiu ao programa, a gente tinha aderido na gestão passada, só que a forma de que foi pactuada e a dificuldade de ter organização para cima no serviço de informação para o Ministério, fez com que a gente não conseguisse receber a verba proposta para a quantidade de alunos que a gente tinha pactuado, e eu preferi que a gente reestruturasse melhor os nossos serviços para poder fazer uma pactuação mais consistente, (ênfatizando os conceitos com gestos) [...] (4/3)

A interpretação dos atores contribuintes do Portfólio relacionada à sinergia intersetorial, alcança volumes significativos no entendimento da efetivação dos diálogos intersecretarias.

PSS 2 Estou contente com a parceria (do projeto Professor Saúde) e espero ajudar e confortar suas angústias e necessidades. (p. 7)

PSS 10 Todos os professores e coordenação da escola se mostraram aberta a essa parceria (do projeto Professor Saúde). (p. 9)

GSS 14 [...] e também a clareza da importância de projetos que envolvam profissionais de várias áreas do conhecimento no ambiente escolar, considerando que o ambiente escolar é um ambiente propício para tratar de inúmeros temas que perpassam pelo ser social e que, dada a complexidade das questões que acometem a sociedade, o professor não pode assumir sozinho essa responsabilidade. (p. 13)

GSS X (O gestor indicado contribuiu com o Portfólio, mas no momento da pesquisa de campo, devido à sua agenda, não pode contribuir em seu relato nas entrevistas) Foram discutidas propostas da parceria da Educação e Saúde no município com o direcionamento de projetos voltados para integração das duas secretarias, indicando aos profissionais da saúde atividades com a prática de educar em saúde e envolvimento com a Educação. (p. 22)

Nos bastidores da construção do Portfólio nas intercomunicações o posicionamento do pesquisador em seus entraves de idas e vindas tem suas angustias evidenciadas das condutas intersetoriais e multidisciplinares:

Pesquisador - A dificuldade de integração entre dias, horários, demandas, profissionais e elenco de ouvintes às vezes é imensa, sei que esse projeto (Professor Saúde) indica um caminho na produção de conhecimento, que integra a Educação e Saúde na condução da promoção, prevenção e atenção à saúde, mas apesar da boa vontade da gestão da escola, o olhar assistencialista e de procedimentos clínicos ainda imperam na comunidade, [...] (p. 17)

As nuances dos contratos institucionais entre as secretarias de saúde e educação ainda é utópica em Ilhabela. Sua existência tem poucas pactuações locais e certa fragilidade nos serviços. Em paradoxos do pensamento com as ações, com direitos ainda não alcançados pela população do município. Em outras indicações do Caderno da Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, é aguçado a ação intersetorial em considerações aos profissionais da saúde com soluções práticas para a promoção à saúde (Brasil, 1997).

A busca de uma ação mais integradora dos vários setores da administração pública pode ser um elemento importante no trabalho das equipes de Saúde da Família. Como consequência de sua análise ampliada do processo saúde/doença, os profissionais do PSF deverão atuar como catalisadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente são algumas das áreas que devem estar integradas às ações do PSF, sempre que possíveis (Brasil, 1997, p. 22).

4. Entraves e dificuldades na atenção à saúde (Sub categoria 3a).

Os achados anteriores são discutidos nesse item de forma crítica que a sociedade ilhabelense reproduz. As derivações do educar em saúde locais ainda apontam para obstáculos da atenção à saúde. Esses entraves relacionados aos modelos de assistência das parcerias públicas e nas ofertas dos serviços de saúde têm resoluções teóricas em vários autores que direcionam os serviços do SUS (Ronzani, Stralen, 2003; Villela et al., 2009; Sousa et al., 2011; Almeida, 2013; Cecílio et al., 2012).

Essas representações problemáticas são apontadas pelos profissionais da saúde:

PSS 4 Na Unidade Básica de Saúde, o trabalho é muito, muito árduo, né? Muito atendimento é preconizado pelo SUS os atendimentos e eles

preconizam muito atendimento por dia, eu ainda não fazia, fazia os atendimentos, mas não fazia da forma que é preconizado pelo SUS, eles pediam quinze minutos de atendimento e eu fazia mais, né? (evidencia a fala com gesto afirmativo) E eu fazia a porta aberta, que é como se fosse um pronto atendimento dos pacientes, então eu não conseguia sair muito do meu ambiente de trabalho, né? Para fazer uma palestra nas escolas ou para fazer alguma coisa preventiva, era mais tratamento mesmo. (2/3)

PSS 5 [...] eu vejo que a gente tem uma, um desafio que é trabalhar e conseguir se organizar muito bem na questão do processo de trabalho ao que se refere ao atendimento da nossa demanda espontânea, a demanda espontânea, Ilhabela é uma cidade que todo mês aumenta e nunca diminui, está sempre aumentando nosso contingente populacional e atender uma grande demanda, né? De população, além da quantidade de nossos recursos que a gente tem na unidade é um pouco complicado. E isto torna a gente mais preso a esta parte assistencial, né? Principalmente ao atendimento da demanda espontânea e compromete, né? Dificulta um pouco esta organização, né? (o tempo todo em afirmação) Em promover este trabalho em educação e saúde de estar entrando na escola, de fortalecer os grupos de educação em saúde, [...] (1/16)

PSS 6 [...], a gente não trabalha tanto em parceria com a secretaria de educação, né? (afirma) É uma falha que a gente tem dentro do nosso município [...] (3/3)

PSS 7 Eu acho que mais por parte dos profissionais, alguns profissionais interagem bem, outros tem dificuldade, acho que é justamente por causa de alguns bloqueios mesmo, tem que ser trabalhados, eu acho que um profissional que pudesse atuar dentro do dessa (pausa, pensa) dessa duas áreas, principalmente na parte de (pausa, pensativo ainda) de direcionamento, eu acho que futuramente daria para trabalhar junto, perfeito, algumas pessoas tem dificuldade ainda de entender que Educação e Saúde tá vinculado, [...] (4/11)

PSS 9 Eu vejo de verdade que a gente não tem muito tempo para sair de dentro da unidade de saúde e fazer um trabalho extra campo, nas escolas ou mesmo na comunidade mesmo, fazendo visitas, é (pausa, afirmando) em clubes, em (pausa, pensa) nos grupos de Hiperdia. Eu vejo assim, que a gente tem pouco tempo, [...] (1/18)

PSS 10 [...], acho que a gente trabalha muito com a parte assistencial, tá? E menos com a parte de prevenção, tá? A gente tem, como o dia é muito corrido, né? A gente não tem tanto tempo pra fazer mais grupo, mais orientação, mais do trabalho na escola, tá? (1/10)

PSS 17 Na verdade eu acho que poderia ser um pouco mais, né? Outras, outras secretarias, não se pode se falar dessa forma, mas é (pausa, pensa em interrogação) se houvesse uma integração, eu acho que faria muito mais fácil todas as áreas, sabe a educação, a saúde, o esporte, porque tem tudo a haver, né? (5/3)

A inclinação do modelo hegemônico, biomédico, assistencial, sem um cardápio da integralidade na saúde, vincula o paciente reduzido ao corpo interpretado como uma biomassa, em processos de trabalho de tecnologias duras e leve-duras em seus aspectos físicos dos consultórios e de seus poderes com os

protocolos e saberes científicos puramente hegemônicos (Merhy, 2004). Essa tendência é indicada pelos GSS do arquipélago:

GSS 3 Eu não acho (pausa, pensa) bom está deixando a desejar tanto no ambiente de trabalho em si como no município, educação e saúde para mim não é só fazer educação em saúde do profissional, você tem que (pausa, pensativa) educação em saúde é da comunidade, e eu acho que a gente falha demais na educação em saúde da comunidade, por isso nós temos problemas sérios, por exemplo de procura inadequada do serviço. Porque você não educa, como você vai querer que o cidadão saiba quando te procurar, né? Então eu acho que falta demais, eu acho que isso aí é uma coisa crônica, né? Nós não temos essa cultura de educar a nossa população, né? E os profissionais também estão (pausa, pensando novamente), a gente vai (pausa, interrogando) vai cavucando, né? As coisas, mas (pausa, em negação) acho que não devia ser assim, né? acho que a gente devia ser privilegiada com mais coisas para o nosso crescimento profissional, não acho, não acho que tenha esse incentivo. (2/3)

GSS 13 [...], os mais novos (profissionais de saúde bucal) principalmente, tem uma certa dificuldade (de realização de EeS), não sei se sai com aquela ânsia, de pôr em prática a parte técnica, a parte de “cortar, abrir, cirurgia, consertar, grandes especialidades”, (ênfatisa) [...] (1/14)

GSS 14 [...], eu acho que as pessoas acham que basta ser médico, ou basta ser enfermeiro, basta ser dentista, para saber comunicar, para saber fazer educação em saúde, e eu acho tão delicado, tão delicado, (em indignação) então assim, uma formação que cuide dos profissionais, eu acho que seria bem importante. (3/7)

GSS 15 [...], as informações não correm e muitas vezes as secretarias estão fazendo um movimento e a outra não sabe, né? Estão gastando energia, estão gastando dinheiro, e principalmente ficando desmotivadas, além de tudo está fazendo um esforço sozinha, tem alguém fazendo o mesmo esforço e você nem sabe, você podia estar dividindo o olhar, dividindo (exclamando) [...] (7/1)

GSS 16 Eu entendo que a parceria da educação e saúde é muito rica, porém ela não está sendo efetiva aqui no nosso município, eu acho que ela é essencial, mas não estou dizendo que a educação de Ilhabela está sendo parceira da Secretaria de Saúde, e nem também vejo na Secretaria de Saúde esse anseio de unir essas duas células em um corpo que se chama administração pública, unir a se a educação pra um bem comum da população. Então assim, eu acho que isso a gente tá engatinhando (parece indignado), eu acho que é algo essencial e necessário que essas duas secretarias, que são as que recebem maior orçamento dentro no município, comecem a convergir e conversar pra ver onde eles estão indo, qual caminho, os outros precisam saber, a população precisa saber, os funcionários públicos precisam saber pra qual norte a gente vai, (falas que indicam certa insatisfação)[...] (4/3)

GSS 18 [...] não existe uma cultura de educação permanente, de educação constante e geralmente o que acontece é que o profissional ele acaba, ele acaba ficando preso na experiência dele mesmo, que eu acho que é bem a característica da ciência médica, que é uma ciência empírica, a pessoa acaba ficando e girando em torno do que é o conhecimento dela e do manejo que ela faz com processo de doença, né? (exclama e ênfatisa) Principalmente que é a característica da formação médica hoje, hoje a

formação médica ela é voltada para, ela é segmentada e voltada para os aspectos de doença. (1/16)

GSS 18 [...] nosso município, por a gente ter esta fragilidade com essa relação da política de educação permanente e qual é o verdadeiro significado e importância desta estrutura no serviço de saúde. (ênfatisa) (3/3)

Esses olhares concebem formulações anteriores às entrevistas na ferramenta do Portfólio, que contextualiza sobre os problemas do diálogo entre os personagens dos percursos do educar em saúde.

PSS 17 Percebemos a necessidade de informações e ações pra que possamos prevenir mais e prevenir sempre. (p. 12)

Pesquisador - Nesse momento de inclusões e exclusões observo que existem uma série de dificuldades relacionadas à organização e execução das atividades multiprofissionais. Desde a comunicação e estímulo dos executores das atividades até os entes assimilaram as mesmas. (p. 8)

Os preceitos de emancipação galgam pela informação inicial e interessada com uma posterior edificação da experiência, mas quando se exclui a possibilidade de apropriação do ser humano de seus condicionantes do processo saúde-doença, esse enfoque que restringe a estratégia de depósitos, que oprimem a construção de avanços de solvência das necessidades sociais em saúde.

Novas maneiras de experimentar ações na EPS eleva o potencial de pertencimento de seu próprio viver com saúde na comunidade, gerando poder ativo, criador e transformador do mundo pelo sujeito (Freire, 1981).

5. Experiência x Informação (Empoderamento da comunidade) (Categoria 4).

Os conceitos entre palavras interpretadas, entre experiência e informação, muitas vezes apropriadas como sinônimos tomam um novo tom, assim “[...] a informação não deixa lugar para a experiência, ela é quase o contrário da experiência, quase uma antiexperiência” (Bondia, 2002, p. 21).

Iniciando com essa desconstrução da ótica dessas palavras, e incorporando ao estudo como fator regulador do conhecimento efetivo. As percepções reveladas dos PSS abordam o tema da experiência como agente de transformação do

indivíduo e no ato do autocuidado as práticas educativas em saúde (Merhy 1999, 2004).

PSS 2 [...] eu percebi, tenho essa vivência do projeto (Projeto Professor Saúde), eu percebi que a questão maior era dos professores, como abordar a sexualidade, do que de fato, a sexualidade como eles achavam que era uma coisa que já tinham uma relação sexual, enfim, era uma brincadeira mesmo de criança. (3/5)

PSS 4 [...] porque eu vejo que as pessoas estão com carência de informação, apesar de ter muita informação, elas não conseguem entender as informações, (ênfatisa) [...] (3/7)

PSS 5 [...] hoje a gente tem muitas pessoas que tem, por exemplo, doenças crônicas, hipertensão, diabetes, e eu vejo que os nossos índices, né? A gente tem um índice alto de infarto agudo, de A.V.C., né? De complicações periféricas do diabetes, principalmente por falta de instrução, por falta de ter uma boa educação em saúde mesmo, que a pessoa quando é bem educada, quando ela sabe da importância que aquela simples ação, de ter uma melhor a qualidade de vida e tudo, é primordial para melhorar o (pausa, pensa) a (pausa, continua pensando) melhorar o processo, os marcadores e os níveis da glicemia e níveis de pressão, tomar o medicamento certo e tudo, e tudo são orientações/instruções que precisam ser dadas de forma, de forma efetiva, né? Pois a pessoa, o doente quando é bem instruída, no meu ponto de vista, quando ela tem uma boa educação e saúde, ela é coadjuvante no tratamento dela e a gente tem uma eficácia e o sucesso terapêutico nestes processos das doenças crônicas principalmente, muito melhor, né? (afirmação) A gente tem um grande sucesso terapêutico quando a pessoa é bem-educada, ela tem uma boa educação, uma boa educação em saúde, sobre o problema que ela tem. (6/2)

PSS 6 [...], eu acho que o trabalho em grupo é valioso também nesse sentido, acho que é uma troca de experiências, é uma troca de valores, então acho que a gente consegue agregar mais assim realidade (pausa, para pensar) agregar mais informação quando a gente faz qualquer tipo de trabalho em grupo, [...] (2/1)

PSS 9 [...] entre uma turma e outra, um menino em específico, correu e foi para o banheiro, fez as necessidades dele e voltou, e falou assim: "tia eu fiz do jeito que você me ensinou, eu fui, eu lavei as minhas mãos antes e depois de fazer minhas necessidades". E mesmo no posto de saúde, as crianças que veem, falam: "eu te conheço você foi na minha escola, você me ensinou a lavar as mãos, tem que escovar os dentes, quando disse que nem tudo que é gostoso vai fazer bem para nossa saúde, que eu tenho que tomar banho direitinho, lavar meu cabelo", (sorri timidamente) [...] (3/6)

PSS 11 Porque as crianças elas são muito receptivas, né? (afirma com o olhar) E elas realmente aprendem e levam o que elas aprenderam, o que elas viram pra casa, pros pais, pros familiares, né? (4/10)

As buscas por condições dignas de saúde esbarram no excesso de informações que prejudicam a descoberta individual, como cita o PSS 4 onde os personagens "não conseguem entender as informações". As construções efetivas de EPS se evidenciam na real possibilidade de defesa de direitos, da organização da população, em apropriações de justiça social e de autonomia.

GSS 8 [...] para que eles possam no futuro saber quem eles são, e poder tá tendo essa consciência, uma responsabilidade do tema de saúde. (gesto de afirmação) (3/3)

GSS 13 [...], o que eu sempre tentei fazer foi exatamente puxando o que cada um (profissional de saúde bucal) tinha de bom (Gesticula, conversa com os braços), então pegava a experiência de quem gostava de fazer odonto bebê, pegava a experiência de quem gostava de falar em grupo, a experiência de quem gostava de trabalhar com outras pessoas, e até com outras áreas (intersectoriais) e tentar juntando isso [...]

GSS 13 E assim é em relação a medicamentos, em relação a cuidados do corpo, então ela é muito mais, é (pausa, pensa) depende muito que pessoa tem esse conhecimento, que ela tem essa consciência, que ela entenda que tenha uma parceria com o profissional de saúde, né? Não aquela coisa de: tá doendo e vou lá; eu tô com problema, tomo um remédio, eu faço um exame, né? (gesto da cabeça em afirmação) Não. Uma coisa, se ela tem consciência, que se está ali o remédio para eventualmente precisar tomar, ela precisa fazer a parte dela e saber muito bem qual a parte dela, não no sentido de cobrança, mas no sentido de conscientização. (3/3)

GSS 14 [...], não adianta eu (pausa, pensa) eu falar com a população a partir da minha necessidade, daquilo que eu acho importante, aí eu não faço educação em saúde, mas eu comunico a partir da necessidade, e vou junto com eles dando uma resposta daquilo, junto com eles construindo o caminho ideal para uma vida saudável para eles, [...] (cara de como se estivesse afirmando o tempo todo) (4/9)

GSS 18 [...], projeto de educação em saúde são (pausa) são projetos que, em primeiro lugar, eles têm que (pausa) que promover um processo de autonomia, né? Eu acho que educar em saúde é você oferecer uma informação para uma pessoa que favoreça o entendimento dela em relação aos processos dela mesma, e como ela responde a isto para a sociedade, [...] (8/3)

GSS 18 [...], então neste sentido que eu estou querendo dizer, que é importante que o núcleo do projeto, ele tem que partir daí, né? Será que com isto a gente está favorecendo ou não está favorecendo a autonomia das pessoas? (9/1)

A experiência é recordada do Portfólio nas diversas formas de composição das pessoas, evidenciando que essa busca deve se inserir no cotidiano do sujeito em seus vários modos da vida, e encaminha as ações educativas podem tramitar para a consciência crítica.

GSS 8 Todos desenharam a imagem corporal do colega e o órgão sexual feminino e masculino após explicação sobre o que é sexualidade: eles se destacaram na busca do prazer em práticas esportivas, comer, viajar, entre outros. (p. 11)

GSS 14 Tinha a impressão de que eles gostariam de ouvi(r) de mim a informação de uma "fórmula mágica" de como eles poderiam ficar longe das drogas. Diante da dimensão das questões levantadas, apenas tentei levá-los a uma reflexão sobre o que tudo aquilo representava na vida de cada um deles e sobre o impacto que as escolhas/decisões tem em nossas vidas. (p. 13)

GSS 15 A interação dos participantes foi bem pequena durante a passagem dos slides e vídeos, porém em seguida começamos um “bate papo” e esse sim acredito eu, tenha sido bem sucedido, pois pude expor as sensações, desejos e compreensão das situações, de um jovem durante os vários estágios da drogadição (o profissional tem uma experiência própria nesse assunto), dando a oportunidade aos participantes de se reavaliarem na sua lida com jovens que apresentam o afloramento de algumas características sinalizadas, em seu cotidiano. (p. 15)

PSS 9 Tive o resultado do meu trabalho, no mesmo dia, na escola, onde um aluno veio me falar que foi ao banheiro e que lavou as mãos antes e após suas necessidades fisiológicas. (p. 18)

GSS 3 [...] que impulsionou intenso e produtivo debate com participação de mulheres e homens, nos fazendo alcançar um dos grandes objetivos: o despertar da curiosidade masculina, importantes parceiros na detecção precoce do câncer de mama, além da necessária conscientização de que é essa condição atinge também o sexo masculino. (p. 23)

A EPS em Ilhabela está em descobrimento de seu processo de formação. O anseio de ampliar essas práticas se depara com processos de trabalho ainda muito médico-centrados, em cobranças da população em assistencialismo e em seus entraves organizacionais instituídos. As diferentes interpretações nas categorias encontradas emanam dos desdobramentos entre as formações das categorias profissionais, das posições hierárquicas e do pensar em saúde dos profissionais da saúde.

Apesar das falas centradas na pessoa, de muitos PSS e GSS, a prática não dialoga com os pensamentos. A dicotomia da promoção/prevenção com a assistência em procedimentos médicos, geram processos de trabalho em saúde inertes e tolhidos, esses formatos preconizam ações na produção de números gigantescos de consultas, procedimentos e exames.

As convivências dentro dos espaços de Ilhabela não cooperam para as parcerias profissionais e intersetoriais, o envolvimento dessa interação caminha timidamente sem muito apoio da instituição e ordenamento de conhecimentos nesse viés. Os profissionais da ESF, NASF, Academia da Saúde e Melhor em Casa tem pouca comunicabilidade com a gestão, as reuniões da AB são ditadas por demandas dos serviços em protocolos, procedimentos e assistências tecnológicas.

As propostas de cooperação entre secretarias surgem somente com ações centradas em um número reduzido de PSS, que interpretam como essencial na produção dos serviços, em projetos individuais sem o senso da grupalidade. Normalmente o trabalho de parcerias entre secretarias envolvem campanhas,

programas institucionais e com objetivo específico apontado uni profissionalmente, pessoal e temporário.

7.1.2 A visão dos profissionais da educação, pontos e contrapontos da parceria com a saúde.

Pergunto coisas ao buriti; e o que ele responde é: a coragem minha. Buriti quer todo o azul, e não se aparta de sua água — carece de espelho. Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende.
João Guimarães Rosa (Grande Sertão: Veredas)

A educação visa uma ordem social de qualidade. O caminho que leva a essa disposição é dimensionada em alternativas criativas, concretas e sustentáveis. Moran em seu texto que envolve novas tecnologias na educação, identifica que “As mudanças na educação dependem, em primeiro lugar de termos educadores maduros, intelectuais e emocionalmente curiosos, que saibam motivar e dialogar” (Moran, 1999, p. 2).

As Inovações em metodologias e adaptações de estruturas e gerenciamento do ser humano elucidam a concretude com o embasamento científico com construções dos conhecimentos. Essa sustentação tem seus movimentos contínuos no envolvimento de parcerias (Moran, 1999; Ceccim, Ferla, 2008; Educação Popular em Saúde em movimento, 2014).

Esse conceito foi apropriado quando se executou as entrevistas dos pedagogos da escola José Benedito de Moraes, como fator determinante para compor a pesquisa.

Nesse contexto, a Constituição de 1988 no seu Artigo 205 conceitua que:

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

Paulo Freire descreve com o texto Desafios da educação de adultos ante a nova reestruturação tecnológica, que: “A educação é sempre uma certa teoria do conhecimento posta em prática [...]” (Freire, 2000, p. 40). O projeto Professor Saúde entrou nessa visão onde se determinou que a teoria está associada à ação para produzir o saber.

As mudanças efetivas na educação são construídas coletivamente, entre os profissionais da educação, gestão e comunidade, e suas verdadeiras revoluções modificam as estruturas organizacionais e dos pensamentos, gerando mudanças essenciais na sociedade (Freire, 1981; Moran, 1999).

O livro “A Pedagogia do Oprimido” de Freire, escrita no Chile em 1968 e publicado no Brasil somente em 1974, efetiva uma síntese da educação popular, das lutas que articulavam a educação nas reformas de base. Sua criação tem a concepção da educação crítica, onde a manutenção da desunião dos oprimidos facilita a manipulação e seu controle pelos opressores. Em sua revisão com “A Pedagogia da Autonomia”, Freire observa na que o “Saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.” (Freire, 1996, p. 25)

O movimento da Reforma Sanitária, embasado nos pensamentos de Freire começam a compor na saúde outros olhares para prevenção dos agravos, essa nova perspectiva de ação funda a EPS, esse olhar é apropriado no I Caderno de Educação Popular em Saúde do MS.

Vasconcelos (2001) resgata historicidade de constituição da Educação Popular em saúde no Brasil a partir da participação de profissionais de saúde em experiências de educação popular de bases freirianas nos anos 70, inaugurando uma ruptura com as praticas tradicionais de educação em saúde (Brasil, 2007a, p. 14).

A partir desse conceito da EPS a pesquisa com os educadores da escola José Benedito de Moraes incorpora uma contextualização diferente em suas categorias para uma discussão na busca de resultados mais efetivos. Mesmo que nas transcrições o aparecimento de outras diferentes categorias foi evidenciado, a comunicação das falas com as categorizações vislumbrou um maior potencial em três grupos.

Assim, a opção de dialogar nesse capítulo com as categorias: Conhecimento de demandas de saúde da comunidade (**categoria 2a**), Parceria intersetorial da secretaria de Educação e Saúde (**categoria 3**) e Experiência x Informação (Empoderamento da comunidade) (**categoria 4**), compreende melhor os formatos da docência em suas essências organizacionais e doutrinárias.

1. Conhecimento de demandas de saúde da comunidade (categoria 2a).

O reconhecimento dos saberes da população com suas demandas, associado ao vivenciar das práticas educacionais, concretiza uma resposta social em realidades e necessidades do ser histórico (Freire, 1996). Trabalhando essa indicação, os profissionais da educação, nomeados de PsE e GsE discursam:

PsE 19 Descrever a docência, eu acho que a docência é estar com os outros e estar com outras pessoas e compartilhar conhecimento. E poder conversar e poder conhecer melhor essas outras pessoas, poder conhecer o interesse e contribuir para de alguma maneira o desenvolvimento destas pessoas e para o meu desenvolvimento também, porque eu vejo que isto é uma troca, né? (ênfatisa) (1/14)

PsE 22 [...] a comunidade quase não, a comunidade tem zero de oferta de cultura, por exemplo não há um aparelho cultural aqui dentro dessa comunidade, não há nenhum, já teve, mas não há, é (pausa, pensa) tem espaço aqui em cima (sobre a quadra de esportes), porque não há aparelhos utilizados de forma pontual pela Secretaria de Esporte, por exemplo, aqui dentro, então você tem um campinho, mas quem dá aula ali é a própria comunidade, é o Simplício (voluntário da comunidade) que vai ali dar uma aula [...] (8/5)

GsE 23 [...] como eu disse assim, eu sou daqui, eu moro aqui no Reino, então, eu tenho o olhar durante, de segunda a sexta, mas eu tenho o olhar de sábado e domingo, que eu estou passando na rua, enfim, e aí você acaba vendo muita coisa, e (pausa, expressão de decepção) me dói assim sabe? (ênfatisa) De saber que muitas vezes, e aí entra nas questões políticas também, falta de oportunidade, as crianças ficam muito jogadas, e a vontade de fazer alguma coisa [...] (5/3)

GsE 24 [...], mas a gente precisa construir e já está tendo a oportunidade de construir o currículo de Ilhabela, então nada mais é do que, eu tenho que construir uma coisa com a cara de Ilhabela, não vou ver o que acontece lá na favela de São Paulo e trazer para o Reino, eu tenho que ver o que o Reino precisa, então eu estou falando como escola, enquanto diretora de escola, vou dar a minha contribuição enquanto a vivência de Reino, o que (pausa) que o Reino precisa aprender, o que (pequena pausa, pensa) que precisa estar no currículo, [...] (4/7)

GsE 24 Porque eu quero que este pai venha e seja responsável por este filho, mas é uma família doente, e eu vejo que ali pai e mãe não tem, eu digo estrutura de família, né? São vários modelos de família que a gente tem hoje, então os modelos da família do Reino são todos doentes, na maioria. Em um estudo nosso aqui acho que, de 70 a 80 por cento de famílias sem estrutura. Daí a importância da Saúde e da Educação. Na realidade tem que estar de mão dada, né? (com tom de exclamação) Porque se não tiver, estiver isoladamente cada um no seu canto, fica difícil, fica complicado. (5/1)

PsE 27 Fundamental, fundamental, toda e qualquer ação intersetorial ela é fundamental para construir conhecimento, para construir uma ação mais organizada, seja o profissional da saúde ou de outra área, que possa entrar e contribuir, com um olhar atento e cuidadoso dentro de um espaço escolar, ele é muito bem-vindo, e claro, para você entrar numa escola, no espaço,

tem que compreendê-lo como espaço que se construiu historicamente e tentar entender quais são as nuances desse espaço e tentar intervir da maneira mais é (pausa, para pensar) eficiente possível, já vi situações de pessoas que entram na escola e acabam trazendo, por exemplo, descontextualizado, pensar também, é importante a parceria, fundamental, ela foi muito utilizada ao longo da história, ao longo da história da escola, tudo, porém, a gente sempre tem que ter cuidado com as questões das parcerias e esses processos de adequação. (tons de cobrança) (3/3)

As narrativas contemplam os tons de raciocínio que Moran se posiciona: “O conhecimento se dá no processo rico de interação externo e interno, conseguimos compreender melhor o mundo e os outros, equilibrando os processos de interação e de interiorização”(Moran, 1999, p. 3).

Nesse ritmo, os profissionais da educação do município se alinham na mesma ideologia. A necessidade de enxergar nos entornos de convívio da escola é descrita nas falas anteriores, e suas colocações alcançam outra localidade – a saúde, como discursa o colaborador GsE 24: “Daí a importância da saúde e da educação. Na realidade tem que estar de mão dada, né? Porque se não tiver, estiver isoladamente cada um no seu canto, fica difícil, fica complicado”.

Nessa união entre secretarias em Ilhabela ainda não observa a possibilidade de uma abordagem ampliada em encontros terapêuticos. Esses momentos de reunião são interpretados a seguir.

2. Parceria intersetorial da secretaria de Educação (categoria 3).

A formação de parcerias intersetoriais incorpora dimensões complexas de relacionamentos e ansiedades. Essas conversas fomentam como estratégia a articulação de políticas, serviços e pessoas. Esse desafio de conectar setores, reestruturam políticas públicas locais e regionais, e essa articulação beneficia distintos saberes técnicos e pessoais, diminuindo a fragmentação dos serviços de saúde e se colocando como estratégia de integralidade no cuidado.

Os discursos ampliam a tese de que essas parcerias podem responder a uma grande quantidade de problemas encontrados na comunidade. Essas fronteiras imaginárias de origens da inércia dos sistemas ficam em segundo plano quando a experimentação coletiva rompe o pré-conceito e interpreta as competências profissionais.

PsE 19 Eu acho que é uma parceria que deve ser muito consolidada, que eu acho que precisa ser mais forte, para que de fato não seja uma experiência que vai durar um tempo só, mas que seja várias experiências, que realmente o município de Ilhabela tenha isto em todas as unidades básicas de saúde e em todas as escolas, né? (pausa e pensa) Porque eu acho o trabalho de educação ele precisa ser, acho que isto é uma questão de a gente ainda não sabe trabalhar em conjunto, como unir a Saúde com a Educação, a Assistência Social com a Segurança, então assim, os vários setores, né? Como trabalhar junto, como eu disse, a gente fica trabalhando cada um no seu canto que ninguém conversa, então eu acho que esta parceria da Educação e da Saúde seja de fato um projeto, né? (ênfatisa) Um projeto político que dê continuidade e que de fato aconteça em todas as unidades e em todas as escolas que seja pensado de uma maneira macro para Ilhabela, eu acho que seria interessante. (4/5)

PsE 20 Então, como eu falei, eu acho interessante, eu acho que isto deveria continuar, né? (projeto Professor Saúde) É importante sim, e são ações que eu acho que realmente as crianças e nós também, porque muita coisa que a gente não conhece, que é importante, que a gente tem que ter este acesso a estas informações, eu acho importantíssimo, foi muito bom, né? Deveria ter mais. (2/19)

PsE 21 Olha, é um projeto (projetos educacionais em saúde) que ajuda bastante a gente, os professores, e também ajuda os alunos, que por meio dele a gente consegue também atingir os nossos alunos, né? (pausa e pensa) E aí gente trabalha de modo que possamos melhorar a qualidade de vida, não só nossa, e também nossa clientela, nossos alunos. (3/9)

PsE 22 [...], a outra coisa é desenvolver um projeto mais longo, em que as pessoas entendam que quem está entrando tem total liberdade para entrar, porque é parceiro e faz parte daquele contexto, então o que aconteceu o ano passado (projeto Professor Saúde) é bem diferente do que é uma ação pontual! (em tom de exclamação) Nós tínhamos, nós tivemos inúmeras mini ações dentro de um projeto maior, então é diferente, é realmente diferente, e sim participei de todas as ações que foram sendo propostas nesse íterim de dezessete anos, mas o projeto maior que a gente consegue perceber uma sequência maior, talvez o ano anterior foi o que eu tenha vivenciado com mais ênfase. (7/3)

GsE 23 [...], mas assim, a princípio, essa parceria para mim, é de suma importância. Então assim, é (pausa, pensa) para que eles se desenvolvam, para que eles tenham noção do mundo a sua volta e que, sabe, a questão da prevenção, de doenças que a gente sabe que como o senhor mesmo detecta aqui, a questão da higiene bucal aqui é um agravante muito grande, a gente sabe que isso interfere muito na qualidade de vida deles, são muitas questões! Se eu entrar em todas eu acabo me estendendo muito, mas para mim é primordial e essencial.(em tom de afirmação) (5/3)

GsE 24 [...], eu acho que vai ser um momento agora de a gente unir na verdade estas Secretarias, porque eu vejo assim, são os carros chefes, saúde e educação, então, como eu vou entrar para fazer um trabalho de aprendizagem para educar estas crianças, se a questão emocional, se a questão física tava lá, tá doente.(2/5)

Essas construções envolvem o viés ideológico no fortalecimento das parcerias intersetoriais pelos profissionais da educação, mas em suas próprias falas

a seguir nesse patamar, de alguma forma, ainda não se evidencia sua reprodução no município.

PsE 19 [...], eu acho que primeiro, eu acho que a educação fica muito isolada e eu acho a saúde também fica muito isolada, cada um para o seu canto e cada um no seu espaço, e eu vejo que essa ideia de, por que assim, na escola a gente está trabalhando com a saúde a todo o momento, a gente está a todo o momento trabalhando com as crianças com os conceitos da saúde, enfim, (pausa, respira) de bem estar físico, mental, social e claro, a gente fazer isto sozinho é uma coisa, você ter profissionais de saúde que venham a contribuir para que você consiga desenvolver este trabalho é extremamente importante, assim, eu acho que é essencial. (2/5)

GsE 23 [...], a gente sempre discuti isso em HTPC em reunião de professores de coordenação, a importância talvez de ter uma equipe multidisciplinar na escola, né? (ênfatisa) Isso é de hoje, no meu ver, em minha opinião, é uma necessidade básica das escolas hoje, é uma equipe multidisciplinar que ajude o professor a (pausa, pensa) a integralizar melhor essas crianças que estão dentro da sala de aula, que só o professor com a formação hoje precária que se encontra na, no panorama atual nacional, não dá conta! (em tons de exclamação) E a gente precisa desse olhar mais focado na questão da, do desenvolvimento integral mesmo. (2/3)

PsE 26 Eu acho assim, que se fosse uma parceria, tem que ser uma parceria com todas as escolas, eu acredito, para tentar fazer o negócio funcionar mesmo, né? (parece um pouco contrariada) Uma secretaria acho depende da outra, a educação acho que uma sozinha não consegue dá conta, isso a gente tem concreto, que a gente não consegue dar conta, a gente vê pela demanda do CAPI. (3/5)

PsE 27 Essa interlocução, entre as duas secretarias, mas eu acredito que poderia estar mais atrelado, eu acho que a gente poderia estar mais relacionado e mais assessorado de um lado e de outro [...] (5/11)

Nesses relatos, observa-se uma discrepância no idealismo com o real, o projeto piloto Professor Saúde de EPS é interpretado como um projeto importante a ser difundido nos diversos outros espaços escolares. A experimentação do ato do trabalho em saúde permitiu a concretização dos movimentos institucionais em mudanças das práticas de saúde e do fazer saúde, pelo menos momentaneamente.

O modelo lógico-ideal de fomento das práticas educacionais no município, além de ser incorporado em suas parcerias institucionais, deve apropriar a real produção do conhecimento. A partir que o profissional de saúde se adentra no ambiente escolar, e sua ação de educação deve contemplar a aprendizagem significativa, sua prática se condiciona em metodologias que incorporem a realidade social à prática educacional.

3. Experiência x Informação (Empoderamento da comunidade) (Categoria 4).

Nesse último item é retomado a diferenciação entre o saber da experiência com o excesso de informações, onde se forma uma política cognitiva na produção de conhecimentos, fornecendo processos mais potentes no campo social. Esse conceito formata seres conscientes em aquisições do bem-estar, e são interpretados como essenciais na composição nos encontros que afetam a vida.

PsE 20 Os alunos sempre, porque quando eles têm alguma atividade que realmente mexe com eles, eles conseguem aprender alguma coisa daquela atividade, eles sempre, quando surgem assuntos na sala, eles sempre comentam, e das atividades que tivemos aqui no ano passado, sempre um ou outro comentam, é que ficou, mesmo. (2/11)

PsE 21 Sim, ficam mais atentos, eles conseguem esmiuçar melhor esta questão que estão passando, eu citei o exemplo da pediculose, quando é discutido com eles o assunto, eles passam a entender o problema, e depois eles passam a enxergar, eles podem tratar o problema, e com o tempo eles vão perceber que aquele problema que ele tinha era o que impedia ele de aprender, então às vezes eles até percebem “olha professor”, como estou agora, estou bem melhor, estou fazendo isto (pausa, pensa), minha mãe está comprando o remédio, estão passando o remédio, então isto, eles têm esta percepção. (3/3)

PsE 22 Ontem eu estava numa reunião de um conselho, conselho de Fundeb, e aí, uma conselheira falou: “Olha, lembra de um trabalho que foi feito na escola do Reino que chamava projeto Carinha Comunidade, que trazia um monte de coisas, assim, então eu falei dele para uma pessoa que que não sei o que e ela vai te ligar”, então, isso é o que fica, essas coisas assim, ações que deram certo, que pode ser que dê resultados para outras pessoas, isso é o interessante, a escola modifica! (exclama) Naquele momento, naquele momento, modifica, parcerias modificam pessoas! (ênfatiza) (6/1)

PsE 27 [...] atividades de conhecimentos que são ainda voltados muito para questão intelectual ou cognitiva que a gente chama, e muito pouco para as questões das vivências, talvez algumas experiências ao longo que a gente vai explicitar aqui, nos fez quebrar um pouco essas barreiras, as saídas (extramuros), as trilhas, os estudos em outros espaços, fez com que a gente quebrasse um pouco esse paradigma que mesmo havendo essa quebra, [...] (2/3)

Uma conformação crítica, consciente e real através de um processo de uma nova experimentação no ato, com propostas atuais de enxergar o mundo, em linhas de força que unem diversos sujeitos capazes de reformatar novas concepções de agir, enxergar novos instrumentos educacionais e vivenciar conformações criativas, como Bondia identifica a experiência modulando seu entendimento na prática de existência.

Se a experiência é o que nos acontece e se o saber da experiência tem a ver com a elaboração do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece, trata-se de um saber finito, ligado à existência de um indivíduo ou de uma comunidade humana particular; ou, de um modo ainda mais explícito, trata-se de um saber que revela ao homem concreto e singular, entendido

individual ou coletivamente, o sentido ou o sem-sentido de sua própria existência, de sua própria finitude (Bondia, 2002, p. 27).

7.1.3 Percepções e limitações do “educar em saúde”

Os profissionais da saúde, da gestão e dos serviços, enumeraram uma grande quantidade de atividades educacionais voltadas para EPS, em processos que executaram ou vivenciam na rotina de trabalho do SUS em Ilhabela. O projeto Professor Saúde é colocado como propulsor para práticas de EeS municipal e para a construção da pesquisa.

Esse projeto contextualizou as práticas educacionais locais que estavam atreladas às poucas experiências formatadas no decorrer dos anos. Esse comparativo da vivência profissional com o projeto executado aguça uma discussão efetiva de *como* e *onde chegar* na atenção à saúde no município.

Os discursos promovem a tese da necessidade do educar em saúde para responder às necessidades da população, extrapolar as fronteiras do consultório, da unidade de saúde e do assistencialismo. Essa experimentação de um projeto piloto que retira a indicação centrada em procedimentos ambulatoriais, adequa o posicionamento das competências profissionais e, amplia a prática educativa do ensinar e aprender mútuo.

Quero dizer que ensinar e aprender se vão dando de tal maneira que quem ensina aprende, de um lado, porque reconhece um conhecimento antes aprendido e, de outro, porque, observando a maneira como a curiosidade do aluno aprendiz trabalha para apreender o ensinando-se, sem o que não o aprende, o ensinante se ajuda a descobrir incertezas, acertos, equívocos (Freire, 2015, p. 19).

Essa sessão trabalhou a categoria das Atribuições e competências dos profissionais de saúde (**Categoria 2**), conversando intimamente com as categorias Conhecimento de demandas de saúde da comunidade (**Categoria 2a**) e Reconhecimento do indivíduo como um ser histórico-social (**Categoria 2b**), entendendo que esses temas se sobrepõem e se completam.

Ao sair da zona de conforto os profissionais da saúde visualizam a oportunidade de construir outras vertentes, de aprender as necessidades e características da população.

PSS 2 [...] e aí nós trabalhamos com os alunos mesmo do terceiro ano, voltado para o tema sexualidade, mas com a expressão corporal, na realidade eles que levantaram a demanda das dúvidas deles, conforme foi trabalhando o corpo humano. (4/1)

GSS 3 [...] eu não gosto de coisas muito quadradas, muito quadradinho, eu gosto de sentir o ambiente que eu vou falar na hora, porque você, né? Às vezes, monta uma aula maravilhosa, linda de morrer, chega lá e não é nada daquilo que você estava pensando, [...] (3/15)

PSS 4 Nós fizemos um (pausa, pensa) uma (pausa, reflete, indecisa) conversa, né? Como se fosse uma roda de conversa com os professores e coordenadores da escola, foi mais para a gente pensar como abordar é (pausa, pensa) os, as crianças, [...] (3/1)

PSS 9 [...] nós somos assim, educadores, né? E educandos, da mesma forma que ensina, a gente aprende com nossos pacientes, crianças, adultos e de todas as idades. Então eu me sinto também uma educadora. (1/16)

A evidência dos fragmentos acima, onde quando o trabalhador da saúde se desloca do seu cenário habitual de tarefas, rompe-se o modelo tradicional do arcabouço da doença como aspecto principal em suas condutas. Entendendo a complexidade humana em seus ambientes sociais em diversas formas assume mudanças em seus comportamentos, esses achados assumem percepções poderosas.

GSS 3 E isso impactou bastante, eu vi que deu uma impactada, tava muito cheio, tinha criança, tinha pai, tinha mãe, tinha um público bem heterogêneo, bem legal, achei isso fantástico, então eu praticamente só conversei apesar de ter bastante gente foi mais na base da conversa mesmo. Eu expus o que eu estava fazendo lá e deixei bem aberto prá (pausa) e choveu de dúvidas mesmo, choveu de pergunta de como fazer, o que fazer, o que é, então acho que foi bem dinâmico, eu não me programei quadradinho não, eu esperei para ver o que estava me esperando lá. (4/1)

PSS 5 [...], eu acho que na palestra (atividade de *bullying*) eu preendi bem a atenção dos pais, e não sei que você lembra que teve uma mãe que veio agradecer e falou que a filha dela sofria e que nunca retrataram, [...] (6/4)

Mas alguns profissionais ainda têm o conceito do “depósito” como significado de saúde em suas conduções, coroando a autoridade adquirida em sua formação, em imposições de quem sabe e de quem tem que aprender. Formatando pensamentos e processos educacionais muito rígidos e tradicionais.

PSS 4 O que eu conseguia às vezes, o que eu consegui uma vez, foi ir numa creche, mas era porque estava tendo muito problema de escabiose, então eu fui já para tratamento de escabiose, não fui para uma orientação para não ter a escabiose. (2/3)

GSS 16 [...],a gente aqui tem muito na questão social de pessoas que não tem a menor condição nem mesmo dela se cuidar, de gerenciar sua vida, de trazer os recursos pra sua casa e acaba colocando crianças no mundo, né?
(3/3)

Essas posturas ligadas ao entendimento Flexneriano e da polícia sanitária, sem o reconhecimento do saber da comunidade, com embasamento biológico e compreensão uni causal das doenças, onde o conhecimento médico deve ser ensinado e não trabalhado, figura modelos limitantes nas práticas de EeS no município. Vasconcelos debate essa indicação em seu artigo.

Diante dessa complexidade, é impossível um agir profissional prescritivo e orientado apenas por um saber técnico, por mais que seja aprimorado. A grande solução está no diálogo com as pessoas envolvidas, construindo-se coletivamente as soluções necessárias (Vasconcelos, Prado, 2017, p. 25).

Assim, acender o cuidado em saúde em suas múltiplas nuances de pensamentos, condutas e institucionalizações localmente, se revelam em facetas, ao mesmo tempo, engrandecedoras e assustadoras. As soluções e problemas encontrados se intercalam, simultaneamente, em movimentos de emancipação e de retrocesso.

7.1.4 As vivências e competências construídas

A quantidade expressiva de descrições e pesquisas relacionadas à EeS nas competências e atribuições dos profissionais de saúde na AB é evidenciada por diversos autores (Candeias, 1984; Santos, Westphal, 1999; Stotz, 2004; Stotz et al., 2005; Severo et al., 2007; Junqueira, 2008; Reis et al., 2015), e ainda por documentos norteadores institucionais (Brasil 2007a, 2007c, 2012b, 2014; Santos, 2013).

As pesquisas qualitativas pautadas nesse tema ganham corpo e evidenciam essa importância para a produção em saúde no Brasil (Silva et al., 2010; Câmara et al., 2012; Flisch et al., 2014).

[...] pensar num emaranhado de relações, conceitos e legislações que passam a integrar o espaço privilegiado de formação para o trabalho em saúde. Suas ferramentas agregam valores ao processo de planejamento das ações de ensino, mas desafiam os educadores da sua área a buscarem

uma nova arquitetura para a construção de oportunidades afinadas com a nova conjuntura (Merhy, 2004, p. 25).

Um apontamento comum na pesquisa foi relacionado às atribuições e competências dos profissionais de saúde vinculado à EeS (**Categoria 2**), mesmo com a inexistência de uma questão específica nessa temática. Dessa forma esse ponto relevante de destaque aponta uma das prioridades do sistema nacional de saúde relacionado aos seus recursos humanos.

Na portaria do Ministério da Saúde nº 2.436/2017, uma revisão da criação do Programa de Saúde da Família, indica que entre as atribuições comuns dos trabalhadores da saúde relacionados à atenção à saúde das ESF está em “realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público” (Brasil, 2017b). Segundo Capozzolo et al. (2013), os profissionais de saúde em seus processos de trabalho envolvem as linhas de cuidado relacionadas nos diversos contextos do viver do usuário e os diálogos com a comunidade, evidenciando suas prioridades.

Em suas falas, os profissionais da ponta dos serviços de saúde (PSS) mencionam que a atenção à saúde se efetua com os processos educativos em suas conduções.

PSS 2 [...] nós trabalhamos também com a questão de educação, então dentro das escolas, dentro das creches e também em projeto de educação em saúde montada para pais, para adultos, né? E muitas vezes, essa educação continuada que a gente chama, né? É feita dentro da unidade básica de saúde, na sala de espera. (1/9)

PSS 5 [...] trabalhar na atenção básica, trabalhar com a promoção e prevenção de saúde, né? Trabalhar com as atividades de educação em saúde, trabalhar com os grupos, [...] (1/12)

PSS 7 [...], a gente trabalha pregando mesmo, (gestos de confirmação, de afirmação) a gente que nós somos os pastores, né? A gente prega saúde. Até mais que o médico mesmo, [...] (1/14)

PSS 17 Eu faço grupos de manutenção do tratamento, então é, não deixa de ser informação que o que a gente tá o tempo todo, tentando trazer para uma nova realidade, que se acostuma a viver de uma forma e aí a gente traz uma ideia, uma informação de que existe possibilidade de viver de outra forma, [...] (2/7)

Os PSS interpretam que fundamentalmente a EeS está vinculada nas práticas do serviço. Essa discussão dos fazeres e de intenções nos diversos ambientes

interpretam novos formatos contestadores quando discutidos pela gestão da saúde do município.

GSS 3 Eu não acho (pausa, olha para o lado) bom está deixando a desejar tanto no ambiente de trabalho em si como no município, educação e saúde para mim não é só fazer educação em saúde do profissional, você tem que (pausa para pensar) educação em saúde é da comunidade, e eu acho que a gente (profissionais da saúde) falha demais na educação em saúde da comunidade, por isso nós temos problemas sérios, por exemplo de procura inadequada do serviço. (2/2)

GSS 8 Precisaria mais assim, é (pausa, pensativa) se ligaria em mais redes e colocaria mais projetos (educacionais) dentro dessas redes, então a gente poderia estar ampliando nossos serviços, [...] (2/3)

GSS 13 Tem gente fazendo um trabalho maravilhoso e se esforçando muito para que isso aconteça, e outros tem dificuldade de sair da (pausa, gesticula) da parte técnica, de sair da zona de conforto, de enfrentar público de uma vez só, enfim, cada um com a sua razões e dificuldades, mas eu acho que tem bastante gente sim e mesmo quem ainda não está fazendo, já tem essa consciência que vai ter que mudar e não descobriu como. (3/7)

GSS 16 [...] essa situação e é algo que a atenção básica poderia estar parando, poderia estar potencializando a questão da educação, a conscientização junto com a educação, essas pessoas que estão em situação de vulnerabilidade, que muitas vezes, o que eu vejo em Ilhabela e a gente fala do nosso quintal, é que as famílias estão terceirizando a educação e se estão terceirizando a educação pra quem é? Se as famílias estão assim levantando a mão e clamando pra que alguém eduque o meu filho, que não é isso o correto, então a gente precisa pegar, entre aspas, o “boi pelo chifre” e começar a levar a educação para essas pessoas e discutir amplamente o planejamento familiar nas igrejas, nos conselhos, na escola essencial, nos UBS, hospitais e assim tem que ser discutido amplamente, [...] (3/3)

GSS 18 [...] não existe uma cultura de educação permanente (no município), de educação constante e geralmente o que acontece é que o profissional ele acaba, ele acaba ficando preso na experiência dele mesmo (gestos com veemência), que eu acho que é bem a característica da ciência médica, que é uma ciência empírica, a pessoa acaba ficando e girando em torno do que é o conhecimento dela e do manejo que ela faz com processo de doença, né? Principalmente que é a característica da formação médica hoje, hoje a formação médica ela é voltada para, ela é segmentada e voltada para os aspectos de doença. (1/16)

A nítida diferenciação entre a visão do PSS em suas percepções, com os pensamentos dos GSS evidenciam as dificuldades da EeS em suas competências em Ilhabela, mas o escopo da prática dos PSS, de alguma forma, começa a se articular em diversos contornos na evidenciação de novos apontamentos das ideias e ações na APS.

PSS 2 Eu acho que é enriquecedor, eu acho que (pausa, pensativa) esse projeto (Projeto Professor Saúde), como eu disse, é uma base, é uma coisa que (pausa) é uma educação que deveria existir em todas as escolas, porque é uma base, eu acho que a gente pode dentro da escola, prevenir,

fazer a promoção de saúde para que o trabalho não seja somente quando ele esteja somente no posto de saúde [...] (5/5)

PSS 5 [...], que mencionei no começo que é uma fragilidade nossa, que é trabalhar com uma (pausa, olha para baixo) com esta questão intersetorial, não só com a Educação mais com outros, né? E é um pontapé, que a gente dá para começar a fazer, e começar afazer uma reflexão e quais bons resultados a gente vai tirar disto, e como a gente pode afinalar melhor este processo de trabalho, para estar tornando ele alguma coisa mais efetiva na nossa rotina de trabalho. (8/5)

PSS 11 Realmente é só no dia a dia, na prática, que a gente vai aprendendo, e a gente acaba aprendendo também se educando, [...] (2/7)

GSS 13 [...], a visão de saúde tem mudado bastante e o trabalho dos profissionais nessa área tem sido importante (olhar de afirmação), porque não teria mudança, ficaria somente dentro da sala clínica, dentro do centro cirúrgico, ou o que fosse né, tem notado uma revolução muito grande, é (pausa, pensa) uma valorização, tem notado que as pessoas tenham entendido esse processo dessa mudança. (1/12)

GSS 14 Eu acho que a informação do profissional ela é fundamental para o trabalhar com educação em saúde. Então, eu acho que as pessoas acham que basta ser médico, ou basta ser enfermeiro, basta ser dentista, para saber comunicar, para saber fazer educação em saúde, e eu acho tão delicado, tão delicado, então assim, uma formação que cuide dos profissionais, eu acho que seria bem importante. (3/7)

GSS 16 [...], vem *Royalties*, vem as demandas e a gente não tem planejamento, isso é uma coisa que muito me incomoda, apesar de eu ser gestor de planejamento isso não quer dizer que a caneta que tem mais tinta é a minha (gesto de afirmação), a gente depende de alguns instrumentos de gestão, mas mais do que isso, a gente depende das pessoas que operacionalizam esses instrumentos que nem sempre tem capacidade.(4/3)

GSS 18 [...] eu acho que isto tem a ver com o fato de a gente ainda viver o modelo assistencial médico privatista (cara de decepção), onde o atendimento individual e a consulta e a própria estrutura de saúde ainda tem um peso cultural e uma cobrança muito forte por parte da população, e a dificuldade do serviço de Atenção Básica de também entender, e isto tem a ver com o nosso processo de formação, que o nosso trabalho vai muito além disto, [...] (3/3)

O Portfólio alcança as divergências moldadas das práticas educativas em Ilhabela. A inquietação do pesquisador com as tradicionais roupagens dos profissionais de saúde bucal, nos apontamentos da equipe depois da apresentação do projeto Professor Saúde com relação ao questionamento entregue pós exposição, cria o desabafo:

Pesquisador – Depois da apresentação da aula (do projeto Professor Saúde) e a entrega do questionamento para a equipe (de saúde bucal), inclusive presenteando cada colega com uma caneta, veio à tona o que nesses longos anos de trabalho observo com relação à equipe, a falta de vínculo com o serviço, a falta de conhecimento de suas atribuições, a falta de vontade de adquirir conhecimentos e a falta de direcionamento da coordenação na indicação de processos de atenção à saúde.

Estavam presentes 22 profissionais da equipe de saúde bucal, [...] somente 13 respostas foram entregues, [...] Tive no final da reunião onde somente 1 profissional que me perguntou a respeito do projeto [...] Assim, revi o que estou acostumado a enxergar, uma equipe sem vontade própria, com visão técnica-assistencial, sem participação intersetorial e integral e com condução voltada para a doença. (p. 44)

Na mesma ferramenta do portfólio, e com a mesma estrutura de aula e questionamento, mas dessa vez para os profissionais da educação, novas configurações são evidenciadas.

Pesquisador – Depois da aula fiz um questionário, também muito parecido com o apresentado para a saúde bucal, [...], parecia realmente que estavam fazendo uma prova, quando distribuí as folhas, todas permaneceram concentradas. Comecei a perceber nesse momento a diferença entre as atitudes de alguns dias antes, [...], parecia que as professoras queriam construir algo, estavam inseridas nessa atividade, me lembro com detalhes da falta de interesse da equipe de saúde bucal, deu a entender que estava em mundos diferentes. (p. 56)

Apesar de um início tímido e recente dos processos educacionais da saúde, a possibilidade de atentar outras vertentes no entendimento da integralidade da atenção à saúde, se inicia a lógica de contemplar a complexidade do ser humano e as demandas de saúde da comunidade ilhabelense com parcerias intersetoriais.

7.2 Capítulo 2 – A Educação

Paulo Freire em seu livro de *Conscientização e alfabetização: uma nova visão do processo*, conceitua a educação em uma problematização entre o homem domesticado e acomodado na sociedade fechada em temas e tarefas onde os educadores pudessem trabalhar com os educandos, caracterizando o “Trânsito” em uma era que se esvazia e outra que se inicia .

A Educação, por isso, no Trânsito que vivemos, se faz uma tarefa altamente importante. A sua instrumentalidade decorrerá sobretudo da capacidade que tenhamos de no integrar com o Trânsito mesmo. Dependerá de distinguirmos lucidamente – no Trânsito – o que esteja nêle mas não seja dele, do que, estando nêle, seja realmente dele (Freire, 1963, p. 3).

Essa conformação de educação conscientizadora e libertadora, alcança movimentos de conhecimentos concretos, de discussões baseadas em fatos e de fundamentos existenciais. Essa linha de raciocínio nos diversos terrenos confronta

com as indicações muito atuais e reais do combate à educação em vários setores institucionais e da população.

No livro *Pedagogia do Oprimido*, Freire relata que: “Quanto mais as massas populares desvelam a realidade objetiva e desafiadora sobre a qual elas devem incidir sua ação transformadora, tanto mais se “inserem” nela criticamente” (Freire, 1987, p. 26). Nesse contexto, é interpretado que a educação significativa modifica o viver das pessoas, fazendo com que elas deixem de ser oprimidas e revolucionem suas atitudes. Essa é educação política onde o indivíduo toma poder sobre seus atos.

A proposta educacional do Professor Saúde inserida nessa pesquisa moldava uma proposta de evidenciação das demandas comunitárias, por meio de conselhos escolares e dos profissionais da educação. A intenção de evidenciar esses parâmetros nas atividades se baseava na intencionalidade de propor uma discussão posterior para a pesquisa, fomentando novas opções educacionais com foco na prática da liberdade do indivíduo.

Nas próximas seções serão discutidas as interpretações dos profissionais da saúde e da educação sobre as Opções pedagógicas, ideias e inovações (**Categoria 1**), e sobre os Mecanismos de intervenção e seu impacto no sujeito (**Subcategoria 1a**) envolvidas intimamente como práticas para a educação conscientizadora, divididas em três seções.

7.2.1 As opções pedagógicas traçadas (**Categoria 1**)

A preparação que nosso método exige do professor é o auto-exame, a renúncia à tirania. Deve expelir do coração a ira e o orgulho, deve saber humilhar-se e revestir-se de caridade. Maria Montessori

As práticas cuidadoras discutidas na EeS têm como marcos nos Cadernos de Educação Popular em Saúde de 2007 e 2014 do MS com a orientação institucional no estímulo à integralidade na atenção à saúde. Na visão que a educação é um fator determinante para os processos de trabalho dos profissionais SUS, em suas percepções e intervenções em seu território.

Essa convergência em desenvolver ações de ordem pedagógica no desenvolvimento de autonomia do sujeito foi explorada no projeto Professor Saúde e

pesquisada no estudo. Os sujeitos entrevistados discursaram as opções pedagógicas em suas vivências adquiridas no projeto de intervenção e com base em suas experiências profissionais.

A proposta de construir espaços pedagógicos como prática reflexiva dos educandos, rompe com o modelo hegemônico, construindo cenários educativos em diversas linguagens, metamorfoseando informações em ferramentas de construção de novos saberes e conscientização popular.

[...] apresenta-se a educação popular em saúde como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nos merecemos (Brasil, 2007a, p.10).

Esse direcionamento é evidenciado em propostas pelos profissionais da saúde:

PSS 2 Sempre foram dinâmicas, voltadas para dinâmicas com os alunos [...] (2/11)

PSS 4 Nós fizemos um (pausa, pensa) uma (pausa, parece confusa) conversa, né? Como se fosse uma roda de conversa com os professores e coordenadores da escola, foi mais para a gente pensar como abordar é (pausa, indecisa) os, as crianças, [...] (3/1)

PSS 8 [...] mas foi um papel bem grande, e assim para deitar a criança e ela desenhar a imagem dela do que ela via, um vê o outro daquela forma, o que (pensa) que eles veem, né? (aparenta um pouco de nervosismo) Naquele primeiro momento quando se olha para uma pessoa, e foi legal porque eles contornaram, né? O corpo humano deles, e saíam, a gente pediu para levantar, e aí parece com quem? Então a imagem, o contorno daquele corpo, está vazio, a gente não parece, né? Com ninguém, a gente não tem sexo, né? (em afirmação) A gente não tem cara, a gente não tem boca, não tem cabelo, a gente não tem um corpo formado, só tem o contorno, daquela imagem, e a gente falou: Que imagem vocês estão vendo? Então trabalhando esse lado sensorial, mas para a atenção, [...] (3/5)

PSS 9 [...] a gente trouxe várias escolas com crianças pequenininhas para dentro do posto de saúde e fizemos várias atividades, com brincadeiras, histórias e também até ensinamos o que é uma boa alimentação, oferecemos muita comida natural, preparada pela equipe mesmo e foi muito bom [...] (2/1)

Algumas iniciativas não acariciavam a metodologia ativa. A apropriação na construção de atividades com métodos tradicionais tornou-se menos trabalhosa e com uma maior facilidade de controle organizacional, orientando as informações colocadas em depósitos pontuais e expositivas.

PSS 5 [...], foi explanado uma (pausa, pensa) uma palestra também com método apresentado com recurso de Power Point, falando para eles entenderem de que forma de quais são as verminoses que a gente iria abranger e de que forma iria agir, nos dias e de como eles são disseminados, né? (afirmando) Falando da questão de higiene pessoal e tudo mais, e da importância daquela ação pontual de estar entrando na escola e fazer o medicamento em dose única, que era o Obendazol para dar para todas as crianças, [...] (4/3)

GSS 13 [...] eu acho que um projeto para funcionar tem que ser, ter é (pausa para pensar, gesticula com as mãos) começo, meio e fim, [...] (5/5)

Quando um posicionamento indica processos educativos voltados em procedimentos técnicos, superficiais e com um término, não se indica a síntese da educação problematizadora e política entre as pessoas, entre o concreto e sua abstração conceitual, sem uma investigação temática na complementaridade de assumir sua própria história, e não termina com o tempo, mas que ela sempre se transforma (Freire 1987, 1992, 1996).

Os entraves de concluir as reconstruções éticas e humanísticas nos diálogos da produção de educação nos serviços de saúde são apontados por um dos gestores da saúde, em sua visão íntima de seus comandados:

GSS 18 Quando a gente pensa em educação em saúde, a maioria dos profissionais imagina é (pausa, pensa) construções de protocolos ou então, a gente (pausa, parece de certa maneira desiludido) a gente fala de novas tecnologias para tratamento de doenças, é (pausa, olha para o lado, retrabalha o pensamento) pelo menos é o que eu escuto por aí, principalmente os colegas médicos, e entende que o processo de educação em saúde é um processo muito mais amplo, que leva em consideração a própria forma que o profissional de saúde se vê no serviço de saúde, é muito mais que um processo de alinhamento de condutas, né? (2/3)

GSS 18 E nisto é que surge a dificuldade de que em algumas coisas a gente acaba trazendo nos processos de educação permanente de fato sejam implantadas, o que eu quero dizer é o seguinte, existe uma distância muito grande naquilo que é o processo teórico e naquilo que é o que você faz de fato [...] (5/1)

Outros trajetos se iniciam em Ilhabela no despertar de um modelo pedagógico transformador em sua síntese e método, onde os profissionais do SUS visualizam para uma nova tecnologia na produção de saúde, em processos de remodelação, afetividade e flexibilidade.

PSS 2 [...] muitas vezes os professores trabalhavam antes com os alunos aquele tema, e aí para o dia que nós chegávamos e eles traziam já algumas perguntas direcionadas para o tema que nós íamos atuar [...] (2/11)

GSS 3 [...] E quando você tem propriedade, fala com propriedade e com amor e com paixão aquilo que está falando, com conhecimento você percebe que as pessoas gravam mais. (2/5)

PSS 12 [...] é um amor, uma paixão a gente ter essa inclinação, talvez seja uma aptidão mesmo, em informar, fazer rodas de conversa, preparar uma aula, com carinho e consideração, [...] (2/1)

GSS 14 [...] foi bem interessante porque vim falar de um assunto e veio outro assunto, completamente diferente, então depois dessa história, eu conversei muito com a equipe de trabalho, né? (em afirmação) Sobre essa possibilidade de a gente ter sempre uma, esse jogo de cintura de como é importante, né? (como uma exclamação) (2/9)

O Portfólio explora esses termos em metodologias e dinâmicas em diferentes formatos pedagógicos indicados após o projeto Professor Saúde e anterior a esta pesquisa. Essas opiniões são colocadas nas contribuições dos professores no questionamento do encerramento do projeto Professor Saúde.

Cirurgião Dentista (p. 31) – Realização de atividades lúdicas, como gincanas.

Professor – Sugiro atividades lúdicas, como jogos e apresentações dos temas que estão sendo trabalhados.

Jogos informatizados seria um grande atrativo.

A presença de psicólogos, oftalmologistas e médicos com ações preventivas (p. 57).

Professor – Envolver os alunos menores com teatro e práticas de higiene bucal (p. 59).

Professor – Palestras, jogos diferenciados que contenham a saúde para melhor compreensão dos pequenos, vídeos educativos sobre a saúde (p. 61).

Professor – Oficinas (alimentação saudável com alunos e professores)

Mais momentos dos profissionais da saúde com os professores (para esclarecimentos...)

Palestras p/ os alunos com mais ludicidade. p/ os pais assuntos cotidianos que muitos não conhecem muito (p. 62).

Professor– Contudo é possível realizar mais trabalhos com apresentações de teatros, experiências culinárias (no caso da alimentação correta (saudável), [...]) (p. 66).

7.2.2 Inovações, ideias e contextos da educação em saúde (**Categoria 1**)

A melhor maneira de aprender é ensinar.

Maria Montessori

Os profissionais da saúde de Ilhabela principiam processos de mudanças em processos da EeS, mesmo que timidamente, com outras formas de educar em

modificações dos processos de trabalho e a eles próprios. Se iniciam na visualização de ferramentas de propriedade e estímulo da compreensão do mundo real e ao ser envolvido na comunidade. Nesse sentido, Freire discursa:

Os dois princípios referidos (a compreensão do mundo dos educandos e formação permanente dos educadores) podem inclusive fundar toda uma transformação da escola e da prática educativa nela. A partir daqueles dois pontos, dizia eu às educadoras e educadores no encontro, seria possível irmos desdobrando *n* dimensões, inovando a organização curricular, as relações educadores-educandos, as relações humanas na escola, direção-professores-serventes-zeladores, as relações da escola com as famílias, com o bairro em que a escola se acha (Freire, 1992, p. 86).

Nas relações com e para os sujeitos “e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes” (Merhy, 1999, p. 3), os profissionais da saúde desenham na instituição/instituído/instituinte seus processos de organização e suas diferenças nas relações de força determinam os serviços. Esse jogo do ato do trabalho, de acordo com os interesses e necessidades são mutáveis.

O ato do trabalho abrange as diferentes competências, as fundamentais figurando como aptidão da observação, entendimento, análise e resolubilidade dos problemas; as instrumentais nas capacidades linguísticas, cognitivas, organizacionais e tecnológicas; as interpessoais em apropriações de convívios de equipe e interpessoais na responsabilidade ética e social e; as sistêmicas atadas às habilidades em idealizar melhorias nos sistemas e criatividade nos serviços (Merhy, 1999; Fonseca, 2015).

O profissional de saúde em Ilhabela inicia, em suas competências, o registro dos processos de trabalho remodelando o ambiente e se modificando. “Antes, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza (...)” (Marx, 1983⁵⁸ apud Frigotto, 2005, p.1).

Nessas transformações da produção de trabalho, os profissionais da saúde no município ampliam as análises críticas dos contextos de EeS dos serviços. A visão de programar “momentos inventivos” apontando para ações ousadas.

PSS 2 Então, é (pausa, pensa) como a gente não conseguiu entrar em algumas escolas, nós criamos um grupo de adolescentes fora das escolas para continuar com a educação continuada [...] (3/7)

⁵⁸ Karl Marx . O Capital. Volume I. São Paulo, Abril, Cultural, 1983.

GSS 3 [...] então eu fui muito aberta, eu fui com uma pequena apresentação em PowerPoint, sobre coisas bem pontuais, que eu falei sobre Câncer de Mama, no Outubro Rosa, então não foi bem direcionada para o câncer de mama, fui com alguma coisa, principalmente fotos, porque eu acho que as pessoas não (pausa, expressão de dúvida) é (pausa, pensa novamente) é o impacto visual é fantástico, né? E isso impactou bastante, eu vi que deu uma impactada, tava muito cheio, tinha criança, tinha pai, tinha mãe, tinha um público bem heterogêneo, bem legal, achei isso fantástico, então eu praticamente só conversei apesar de ter bastante gente foi mais na base da conversa mesmo. Eu expus o que eu estava fazendo lá e deixei bem aberto pra (pausa, se interrompe, muda o contexto) e choveu de dúvidas mesmo, choveu de pergunta de como fazer, o que fazer, o que é, então acho que foi bem dinâmico, eu não me programei quadradinho não, eu esperei para ver o que estava me esperando lá. (3/15)

PSS 4 E aí a gente propôs a forma teatral para a gente estar mostrando tanto para os pais, como para os alunos e professores [...] (4/2)

GSS 8 [...], então levamos papelão, papel marrom e levamos é (pausa, pensa) cartolina, caderneta e também eles tiveram alguns recursos lá, que nos ofereceu como caneta, né? Mais grossa e giz de cera, então a gente também teve isso e levamos e fomos escolhendo as músicas, nós colocamos musiquinhas, né? Então assim (pausa momentânea) que fala da imagem (pausa, expressão de dúvida) usamos muito a música do esqueleto, né? Aí também colocamos a musiquinha assim (pausa, pensa) “que diferença da mulher o homem tem”, [...] (3/3)

PSS 12 [...] por eu ser terapeuta holística, eu tenho essa visão holística, né? Como Reiki, Mantra, Floral, como terapeuta e por aí vai, então, e agora, novamente massagista, né? (em afirmação) Então eu tenho feito em alguns eventos que tem na praia, e tal, massagens, [...] (3/1)

As inovações em EeS fomentadas torna-se fonte de inspiração para a integralidade à saúde no município. As falas verbalizam novas atividades em metodologias não tradicionais e apontam como objetivo primordial alcançar êxitos na atenção à saúde.

A integralidade pressupõe práticas de inovação em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários (todos aqueles em que se dá a produção de saúde e do cuidado) e práticas de análise crítica de contextos, problematizando saberes e o desenvolvimento profissional no âmbito das competências específicas de cada profissão. Então se ampliam e preenchem espaços não nomeados pela clínica do assistir individual, sem deixar de interrogar pelo acolhimento, responsabilidade pela cura e desenvolvimento da autodeterminação dos usuários (Ceccim, Carvalho, 2006, p. 78).

As interpretações de diversos contextos invocam pareceres e condutas no sentido que o profissional de saúde tem como suas atribuições o poder, de alguma forma, de provocar uma intervenção em seu ambiente como um projeto societário de caráter igualitário, como aponta o gestor da saúde.

GSS 18 Não é papel nosso sinalizar isto pro governo? “Olha, então prefeitura, Estado (pausa, pensa), por que (...) que a gente não cria uma linha de incentivo de algum imposto para empresa que, sei lá” (pausa, olhar de afirmação), e dá um tipo para empresa, empresa cidadã, empresa não sei das quantas, e esta empresa, ela, por este incentivo for obrigada a liberar o funcionário para participar de uma coisa como esta, e então a gente precisa socialmente caminhar para isto, e entender que estes mecanismos, são mecanismos importantes para a gente ter uma sociedade mais justa, né? (exclamando) (8/1)

O Portfólio interpreta a mobilidade em construir pontes em novas imaginações voltadas para a educação comunitária. A afirmação do desenvolvimento de uma capacidade analítica e de afirmação dos sujeitos emancipados que qualificam as condutas para a superação do sistema biomédico.

Professor (p. 58) – Na questão 4 (Esse programa é viável, com relação a realidade social, em sua área de atuação (região)? respondi “não” pois a realidade social e cultural desta comunidade está distante do ensino proposto, por exemplo, a educação alimentar “comer mais alimentos saudáveis” as condições financeiras muitas vezes é só de cesta básica por ser mais barato.

Talvez uma horta de subsistência pode melhorar a qualidade alimentar.

Professor (p. 64) – As atividades poderiam ser avaliadas pelo próprio público, logo após o término. Além disso, poderiam ser pensadas e programadas mais atividades relacionadas ao tema da sexualidade (como sugestão, há material do MS/ME chamado “educação entre pares”, onde os próprios alunos, formados pelos profissionais, passam a ser multiplicadores dentro da própria escola e comunidade).

Professor (p. 63) – Mais ações direcionadas à educação das famílias/pais/responsáveis.

Professor (p. 67) – Sugestões como trazer as famílias para rodas de conversas sobre várias demandas que venham a surgir no ambiente escolar de assuntos trazidos de fora dos muros da escola.

Então é tempo de reinvenção, de transformação, de enxergar o SUS de Ilhabela como um potencial de exemplo para uma resposta social, permitindo-se experienciar construções para diminuir iniquidades em suas micro-áreas e no município. A tentativa de criar um leque de direitos de saúde alcançáveis pela comunidade, e contrapor aos inconciliáveis antagonismos estruturais do sistema tradicional com alternativas concretas e sustentáveis. A regulação da reprodução depositária, individual e do saber único, não garante as condições elementares da autonomia e a sobrevivência humana.

7.2.3 O impacto para o sujeito (**Categoria 1a**)

[...] os acontecimentos não se dão no vazio, eles têm relação com a história, com as relações sociais, econômicas e políticas estabelecidas.
Betinho, 2000

A constituição do sujeito como agente transformador, consciente e produtor de seu próprio modo de vida ainda tem seu lado frágil na sociedade. A possibilidade de produzir seu mundo fica restrito a sua capacidade de articular o instituído, na produção de se mobilizar em redes de apoio, compartilhamentos, em afinidades e parcerias (Freire 1963, 1981, 1987, 1992; Ceccim, 2005; Brasil 2007b, 2009, 2014, 2018a).

Ilhabela tem alguns componentes dessas conversações, como a formação de associações de bairros (três no total), e dos vinte e um conselhos municipais, com quinze ativos e seis inativos⁵⁹, que ainda apresentam uma intencionalidade de seus representantes voltados para interesses pessoais, envolvimento político partidário ou relacionado ao grande repasse financeiro, fincado principalmente nos recursos dos *Royalties*.

A participação popular dos Conselhos Gestores de saúde são práticas recentes e não muito incorporadas, tanto pelos profissionais da saúde como pela população. Esses encontros contribuem para constituição dos processos de saúde, mas a população aparentemente não visualiza isso como um fator determinante, em discussões da comunidade com os processos da organização da Saúde. Essa indicação é identificada na seguinte fala:

GSS 18 Tinha muitos poucos pais naquela reunião (atividade do projeto Professor Saúde), a maioria era professores, mas a que a gente atribui isto? (ênfatisa) A falta de participação na população em um projeto (projeto Professor Saúde) como este, né? O projeto aconteceu num final de tarde, né? Que as pessoas voltam do trabalho e estão, pô, cansadas e estão sei lá, pensando em tantas outras coisas, né? (em exclamação) É isto! Será que a forma como a qual a gente se relaciona na sociedade dá permissão para a gente ou facilita que estas coisas aconteçam? (7/1)

A formação do sujeito prático que incorpora o conhecimento em práticas, com transformações do contexto vivido que pauta o horizonte da emancipação humana e viabiliza suas formas sociais. O trabalho social político-pedagógico voltado à

⁵⁹ Fonte: Comissão dos Conselhos Municipais de Ilhabela e <https://cespro.com.br/pesquisaLegislacao.php?cdMunicipio=8969&cdTipo=1860&byIndiceAssunto=Cons>

cidadania participativa, com horizontalidade compactuada de saberes entre os sujeitos, e consideração às diferentes formas de viver convoca a formatação do protagonismo do sujeito (Brasil, 2013).

Para tanto torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; (...) (Brasil, 2007a, p. 6).

O fortalecimento da constituição da pessoa como ser social com a EeS se identifica nas considerações compartilhadas dos profissionais da saúde e educação em suas reflexões.

PSS 2 Eu acho que depois do projeto, eu tive muito mais certeza da importância de fazer esses projetos nas escolas, né? Então, é (pausa, pensa) como a gente não conseguiu entrar em algumas escolas, nós criamos um grupo de adolescentes fora das escolas para continuar com a educação continuada. (3/7)

GSS 8 [...], então foi muito legal que isso traz para a consciência daquelas crianças a imagem corporal, nós queríamos dizer que esse tema da sexualidade não é um tema vulgar que está direcionado só, só, só a questão do sexo, né? (em tom afirmativo) Mas ele pode ser visto de uma forma positiva, para forma esse, essa criança, esse jovem, esse adolescente, de um lado positivo, [...] (3/3)

GSS 14 [...] no início eu fiz uma dinâmica com eles e (pausa para pensar) essa dinâmica permitia um pouco como eles estavam se sentindo com aquela idade e com a proximidade com a adolescência, e aí drogas veio assolando. (3/11)

GSS 16 [...], é uma maneira (sobre a EeS), uma forma assim de inserir bem na consciência de cada um, tanto do paciente como daquele de que circunda o paciente, ou usuário do SUS, de uma forma que marca mais a vida de cada um. É algo que chega quase a entrar no DNA da pessoa, quando a educação ela é (pausa, pensa) a educação e saúde ela é essencial para se consolide aquilo que você quer implementar, [...] (1/14)

PsE 21 [...], tudo que a gente fala é muito legal, tudo que a gente fala é importante, mas o quanto que a nossa sociedade tem a condição de (pausa) de responder a tudo isto, né? Também acho que isto é um papel da saúde, né? (3/9)

PsE 22 [...] ambiente de trabalho enquanto equipe, eu volto a dizer, eu sou responsável em muito pelo momento que a equipe está vivendo, e quando eu digo eu, eu sou em muito, porque eu faço parte da equipe, mas cada professor, cada funcionário, cada colaborador que aqui está, e cada criança, cada aluno é tão responsável quanto eu por essa relação, pelo sucesso dessa relação, né? (3/1)

PsE 27 Acho que são projetos muito potentes, projetos muito eficientes em alguns pontos e alguns outros pontos precisam ser (pausa para pensar) como a própria história que eu falei da reflexão, a gente precisa estar sempre refletindo sobre tudo que a gente está fazendo, tava conversando

hoje com uma professora que (pausa, expressão de dúvida) a nossa reflexão ela é constante, ela não acaba nunca, ela é uma espiral infinita, sempre que a gente for oferecer uma ação, um tipo de projeto, um tipo de intervenção, seja onde for, se a gente tem uma (pausa, pensa) uma finalidade pedagógica ou educacional, a gente precisa sempre ter em vista o momento de autorreflexão do que a gente está fazendo, então, o que eu vejo, potencialidade muito grande, necessidade extrema, porém em alguns pontos, o material ou a adequação a idade, a faixa etária precisa ser repensado para (ênfatisa) para que possa atingir de maneira mais forte a questão do cotidiano dos alunos. (5/7)

A intencionalidade de produzir processos educativos que transformam o sujeito é identificada nas falas dos entrevistados em muitos momentos associadas ao compartilhamento de saberes de educadores e educados. As atribuições dos profissionais da saúde e educação, necessitam o olhar na formação de equipes colaborativas e em projetos com indicações sociais, e são imperativas para reconfiguração das ações do educar em saúde em Ilhabela.

Esses passos permitem as trocas dos sujeitos aprendizes, educandos e educadores, corresponsáveis com sua aprendizagem com motivação e entusiasmo. A integração dos sujeitos representa inovações nos pensares e induções no reposicionamento dos relacionamentos de um com o outro, onde se observa a cultura do vivido, da experiência, dos modos de ver, que é continuamente renovada em todas as etapas da vida.

Transformar um encontro em processo intercessor não é só estar com o outro em ato, há que se desterritorializar dos saberes-instituídos de seus lugares seguros pela ação do acontecimento micropolítico no encontro, para o que der e vier. Mas, isso não é uma decisão moral ou ética *a priori* de ninguém e sim uma afecção que os encontros produzem, desacomodando, incomodando, simpatizando, irritando e muitos outros gerúndios, pois emergentes ali no acontecer, no ato de produção com o outro para mim e em mim. É nessa direção que esse desafio é muito provocante para agires que se propõem no campo da formação de trabalhadores de saúde (Merhy, 2013).

O abandono de antigas práticas e condutas tradicionalistas formatam as atitudes da EPS. Esse modo de pensar coerente com o mundo atual, invocando o indivíduo como um ser sócio ativista, e o profissional como corresponsável por esse processo, é indicado pelos gestores da saúde.

GSS 13 [...] a corresponsabilidade leva a pessoa entender que na verdade só tem uma pessoa que faz saúde, que é ela mesmo, porque a gente pode oferecer suporte técnico, a gente pode oferecer (pausa, pensa) procedimentos, a cirurgia ou a técnica, mas (pausa, parece com foco) a cada vez que eu vou em uma escola, participo de uma ação de escovação é muito legal, agora essa criança vai ter esse contato comigo quantas vezes por ano? 10? 12? E são 365 dias e várias vezes por dia que ela tem que fazer isso. (3/3)

GSS 18 [...], tudo que a gente fala é muito legal, tudo que a gente fala é importante, mas o quanto que a nossa sociedade tem a condição de (pausa, de certo modo em tom de indecisão) de responder a tudo isto, né? Também acho que isto é um papel da saúde, né? (6/4)

Os discursos apontam os sujeitos contemporâneos com olhares revolucionários, criando experiências transformadoras em novas travessias das ações em saúde. Essa indicação, que acende modelos de convívio para acompanhar o mundo em suas necessidades e no enriquecimento do viver, também enxerga que o excesso de informações com a rotina insana atual tem interpretações incertas e sem previsões. Essa interpretação é construída pelo GSS:

GSS 18 Isto (excesso de tecnologia versus conhecimento) é muito novo, e para eu ser bem sincero para você, eu não consigo fazer uma previsão de como vai ser a sociedade daqui a dez anos, por exemplo, em relação a (pausa, pensa) a emprego, a (pausa, enfático) a inúmeras outras coisas, eu acho que a gente não tem condição de saber e como isto vai ser. (6/1)

No contexto atual, a visão tecnológica, do fácil acesso às informações e do rápido compartilhamento das notícias, afeta a experiência individual e coletiva, causando sentimentos, reflexões e condutas sem respostas. A sociedade deve mentalizar e reconhecer as opções na vigilância e atenção à saúde nos seus mais variados contextos. Nesse sentido, o emprego de incorporação de novas áreas, diferentes da biologia, tem contemplado a transformação da saúde com novas percepções. Araujo discute esse tema:

[...] verificar que os conhecimentos e os conceitos advindos das ciências sociais têm ajudado a odontologia (e a saúde coletiva) a se aproximar de uma realidade que faz parte de outra lógica, tornando possível identificar e compreender os aspectos sociais, suas repercussões na maneira das pessoas “de estar no mundo” e, conseqüentemente, de influenciar no processo saúde-doença (Araujo, 2006, p. 181).

A educação é evidenciada no Portfólio com a reconstituição do viver novas experiências pelo sujeito, em sua conscientização e articular as possibilidades para a sua própria produção e construção do conhecimento, em desafios de enfrentar no plano do conteúdo e seus métodos em processos educativos. As incitações que interpretam o debate fraterno, sem ortodoxia doutrinária, porém na radicalidade teórica que são apropriadas pela educação popular (Munarim, Beltrame, 2011).

Professor – Palestras, jogos diferenciados que contenham a saúde para melhor compreensão dos pequenos, vídeos educativos sobre saúde (p. 61).

Professor – Mais ações direcionadas à educação das famílias/pais/responsáveis (p. 63).

Professor – O projeto apresentou alguns resultados após abordagens de alguns temas, ou seja, ajudou muito na reflexão dos alunos e comunidade. [...] Contudo, é possível realizar mais trabalhos com apresentação de teatros, experiências culinárias (no caso da alimentação correta, saudável), entre outras ideias que enriquecerão os conhecimentos dos alunos (p. 66).

A abrangência de associar as ciências sociais em produções de saúde ainda depende de direcionamentos em Ilhabela. A criação de procedimentos que de alguma forma contagie os trabalhadores na atenção à saúde se torna imprescindível para a transformação dos serviços. Os processos educacionais retóricos, generalistas e escolásticos em movimentos fragmentários incorporados na formação em saúde adestradora em ensinamentos do fazer bem feito e calado, se reinventam quando se discutem a especificidade e particularidade dos processos sociais.

7.3 Capítulo 3 – As Opções do Educar em Saúde

As incertezas nas produções de saúde ainda persistem em Ilhabela em experiências, parcerias, comunicações, envolvimento, pactuações, ofertas e responsabilidades. Apesar de pensamentos dos profissionais convergentes na promoção à saúde, o escopo de suas atuações não gera um efeito desejado da integralidade.

O flagelo local da EeS presente na atualidade exige projetos com potencialidade transformadora, com reformas na tentativa de mudanças estruturais de processos de serviço em movimentos de inventariar o conjuntural, o tradicional, o capitalista em seus conjuntos inflexíveis. Assumir uma nova realidade, com suas particularidades teórico-práticas com movimentos sociais e populares, busca um novo projeto político contra o hegemônico institucionalizado.

A procura de uma faceta dos novos conteúdos, formas e métodos nessas conduções e pensamentos visualizam a constituição de políticas públicas com mudanças significativas na sociedade e direcionamentos consistentes na prática educativa dos profissionais de saúde.

As opções relatadas durante as entrevistas semiestruturadas apontam para a reconfiguração dos processos de trabalho. Esse material evidencia a possibilidade de transformação das condutas na compreensão do poder educativo na vida das pessoas.

Essas contextualizações se embasam em modelos que interpretam os processos dos determinantes sociais e as realidades concretas que se identificam “[...] a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações do povo, que poderemos organizar o conteúdo programático da situação ou da ação política” (Freire, 1987, p. 55). Essas intervenções em saúde promovem o bem estar social com reflexões conjuntas do mundo como um todo e não somente em pequenos fragmentos dele (Bornstein, 2016). A Figura 7.1 verifica essas construções da aprendizagem significativa.

Figura 7.1 – Trabalho de intervenção no campo do conhecimento significativo

Fonte: Leandro (2016, p. 142)

A busca dessa trajetória da EeS dos profissionais, na pretensão de produzir “as potencialidades descortinadas se estendem aos trabalhadores (...), induz a reflexões sobre o próprio trabalho, que tende a se tornar acrítico e mecânico no cotidiano das práticas” (Fonsêca et al., 2014, p. 579).

A diversificação das rotinas inertes, principalmente relacionadas em ações educativas, pontuam possibilidades inovadoras em Ilhabela. Essa procura vem em encontro aos “estudos ecológicos na política e no planejamento sanitário e se faz por identificar áreas com maiores problemas sócio-sanitários, que devem ser

consideradas para a elaboração de estratégias ajustadas à diversidade dos problemas” (Junqueira et al., 2012, p. 1023), mas sem atender a modelos, conteúdos e métodos pedagógicos planejados de forma centralizada e autoritária.

A escolha de concretizar a liberdade do sujeito, no reconhecimento da escuta e no respeito aos saberes individuais e coletivos, conduz a comportamentos e procedimentos na arte de ser, viver, pensar e sentir (Stotz, 2004). Esse autogoverno sintetiza os processos de serviços dos profissionais da saúde no município, apontando o trabalho em saúde com rumos em promoção de saúde e prevenção às doenças, mas as contradições, ambiguidades, e lacunas neste processo de travessia visualizam o velho e novo que ainda se misturam.

As seções a seguir sintetizam as categorias alcançadas na pesquisa, identificando nas diversas escritas, os apontamentos evidenciados dos colaboradores em práticas educativas. Os trajetos descritos a seguir contemplam as **categorias 1, 1a, 2, 2a, 2b, 3, 3ª e 4**, em vários discursos e desenhando seus movimentos e momentos.

7.3.1 Os trajetos a seguir

É preciso que fique claro que, por isto mesmo que estamos defendendo a práxis, a teoria do fazer, não estamos propondo nenhuma dicotomia de que resultasse que este fazer se dividisse em uma etapa de reflexão e outra, distante, de ação. Ação e reflexão e ação se dão simultaneamente (Freire, Pedagogia do Oprimido, 1987, p. 79).

Os rumos têm vários sentidos em pensamentos e movimentos. Tanto os profissionais da saúde como os da educação apontam esses caminhos viabilizados em suas falas. A EPS no município envolve poucas práticas, mas as vontades indicadas não podem ser descartadas para seu entendimento e para que a operação se efetive.

As construções com maior potencial englobam os direcionamentos da vigilância em saúde para fomentar políticas públicas saudáveis, envolvendo tecnologias de comunicação social baseadas em necessidades dos determinantes nos fluxos de vida e bem-estar. Assim, através dos diálogos dos cidadãos com os profissionais da saúde, diminuem os riscos e os danos.

PSS11 Eu acho que tem que tá todo mundo unido, e começa aí, acho que outras (pausa, pensa) outras instituições e outros projetos também tem que se unir, né? Professor, né? Com a educação, saúde, meio ambiente, né? Unidos por um (pausa, parece não encontrar a palavra) um motivo um objetivo único, né? Que é o bem de todos, da comunidade. (5/4)

As ações intersetoriais interventoras em promoção da saúde têm como objetivos identificar a formação de vínculos entre os potenciais produtores de saúde. Assim, outras falas criam fluxos no desenvolvimento da prática educativa como produtiva, simbólica e cultural no envolvimento mútuo e compartilhado.

GSS 15 Bem a intenção da atividade acho que era fazer com que os orientandos, que na verdade estão sendo orientados para que pudessem ser também orientadores na verdade, né? Porque ali eu não tinha o meu público direto, o alvo, e sim pais e professores, que são diferenças e educadores, então a minha ideia ali, era mostrar para aqueles educadores e para os pais, qual era o olhar do objeto, que seriam os filhos, e a possível (pausa, respira, pensa) a uma possível situação de uso, de rebeldia, de afastamento das suas atividades normais, [...] (7/7)

A intencionalidade da comunicação apontada acima, na modificação do sujeito, incorpora a transformações do meio em qual vivemos, e a consequente na análise da situação local que pactua com os saberes coletivos no cuidado em saúde (Teixeira et al., 2000; Gomes, Merhy, 2014a).

Nesse sentido, a democracia, em todos os espaços, é interpretada como fator essencial nas construções da EPS, com o envolvimento de todos os personagens em vários temas e formatos, para que suas indicações possam deliberar os caminhos educativos de Ilhabela, como define o gestor.

GSS 16 A definição que eu tenho para projetos de educação em saúde, primeiro precisa ser de uma forma que o egoísmo não prevaleça, e que dentro desse projeto, dentro desse teatro de ideias, que todos possam ser ouvidos e que sejam amplamente discutidos, que não seja discutido e definido o rumo de uma sociedade apenas pela vontade e anseio de uma ou duas pessoas e que seja amplamente debatido. (4/5)

O planejamento das ações em saúde invoca o assumir a história e dificultar os antagonismos estruturais do sistema, e criar uma alternativa concreta e sustentável para a regulação da reprodução habitual social, observando as condições elementares da sobrevivência humana. Esses projetos educacionais envolvem a interpretação de uma educação básica política, universal e unitária.

PSS 4 [...], então sabendo dessa dificuldade (da rotina dos PsE), foi onde surgiu essa ideia da ginástica laboral, e a gente trabalha a parte motivacional, a parte psicológica, acaba estimulando um pouco mais a autoestima desse profissional. (3/9)

PSS 17 Então é assim, a gente acaba sempre pontuando alguma coisinha de que na verdade poxa, você pensava desse jeito, mas e se pensar de uma outra forma, né? Pode trazer uma (pausa para pensar, parece concentrado) uma, não digo uma vantagem, mas pode trazer uma melhora na sua condição de vida. (3/1)

A percepção de construir uma nova teoria de intervenção no município, na estratégia de vencer a fragmentação dos saberes individualistas e técnicos que não evidenciam a importância dos conhecimentos compartilhados na transformação da vida diária.

Nas diversas áreas e temas envolvidos no projeto Professor Saúde, guardando suas especificidades, objetivou-se se apropriar de uma metodologia integrativa e prática concebida na relação sujeito-objeto no processo de aprendizagem significativa, dinâmica, histórica e aberta. Esse movimento objetivou contrariar os esquematismos e dogmas tradicionais, evitando o pronto e acabado incorporado por um sujeito inerte (Freire, 1987).

GSS 13 Então (pausa, parece indeciso) é (pausa, pensa) com esse tempo todo é (pausa, parece trabalhar as ideias) eu vejo uma mudança muito grande na (pausa, pensa) num primeiro momento que se aprende na faculdade uma parte puramente técnica aonde você vai direto na doença e fica tentando resolver a doença, e depois você vai abrindo esse leque de opções para atingir a mesma doença ou consertar a doença, e você vai vendo que os conceitos foram mudando, [...] (1/12)

Para os novos rumos de mudanças e de conceitos, os profissionais da saúde de Ilhabela procuram opções diferentes nas conduções dos serviços. Antigos pensamentos na formação profissional tornam-se obsoletos e a busca por promoção à saúde identifica a EeS como potência no enfrentamento aos agravos das doenças. A EPS vislumbra esses dizeres no artigo de Vasconcelos, que correlaciona a contribuição da EPS com as práticas e política de saúde no Brasil:

Em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais começaram a enfrentar o desafio de incorporar, no serviço público, a perspectiva teórica e metodológica da EP, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional (Vasconcelos et al., 2015, p. 94).

Nesse sentido de reestilizar os modos de fazer, petrificados na tradicional repetição de condutas desvitalizadas, no mero ritual de composição de um sistema de saúde ancorado em possibilidades confortáveis e imutáveis, o gestor da saúde provoca:

GSS 18 O negócio é o seguinte: a gente quer uma população mais participativa, a gente quer que exista controle social, a gente quer, a gente quer aquilo, a gente tem mecanismo para isto, mas tá bom, então, a gente enquanto sociedade, quanto a gente permite que de fato isto aconteça? (7/1)

Esse esforço inédito de redefinir as ações paliativas, pontuais e fragmentárias na implantação de um projeto de longo alcance nos serviços de saúde, no tempo e espaço, vem com propostas emanadas nos educadores, visualizando a ação-reflexão, descentralizando o poder e chegando mais perto da intersectorialidade em práticas emancipatórias e olhares para a realidade. Os profissionais da educação entrevistados ensinam para os docentes da saúde como percorrer os caminhos educativos.

PsE 19 Descrever a docência, eu acho que a docência é estar com os outros e estar com outras pessoas e compartilhar conhecimento. E poder conversar e poder conhecer melhor essas outras pessoas, poder conhecer o interesse e contribuir para de alguma maneira o desenvolvimento destas pessoas e para o meu desenvolvimento também, porque eu vejo que isto é uma troca, né? (1/14)

Assim, as trajetórias são apontadas para reconstruções dos planos de conteúdos, métodos e formas nos processos educativos relacionados às comunicações intersecretariais. As parcerias e os determinantes sociais locais em saúde são apresentados para reconfiguração de políticas públicas eficazes no município.

PsE 22 [...], a outra coisa é desenvolver um projeto mais longo, em que as pessoas entendam que quem está entrando tem total liberdade para entrar, porque é parceiro e faz parte daquele contexto, então o que aconteceu o ano passado é bem diferente do que é uma ação pontual! Nós tínhamos, nós tivemos inúmeras mini ações dentro de um projeto maior, então é diferente, é realmente diferente, e sim participei de todas as ações que foram sendo propostas nesse interim de dezessete anos, mas o projeto maior que a gente consegue perceber uma sequência maior, talvez o ano anterior foi o que eu tenha vivenciado com mais ênfase. (7/3)

GsE 23 [...] mas talvez se fosse uma coisa mais, como eu posso dizer, vindo lá de cima, sabe? Uma parceria mesmo, não, a gente, a vontade do doutor é a vontade da escola e que isso seja embutido mesmo como uma questão curricular mesmo, sabe? Que o profissional da saúde faça essas entradas regularmente e aí a gente sabe, que por exemplo, que outras escolas também necessitam muito, porque são comunidades vulneráveis tanto quanto o Reino, né? Se essa parceria for uma coisa mais (pausa, pensa) mais, talvez formal, não sei se essa a palavra, talvez seja mais subsidiar melhor o trabalho na escola, do gestor, né? Da coordenação, ou até mesmo para auxiliar o professor nesse processo mesmo. (3/4)

GsE 24 Bom, é esta interdisciplinaridade, tem que ter! A gente tem que unir, e assim, nós tivemos aqui as demandas da escola pra entrar, agora a gente está com a faca e o queijo na mão, a gente vai construir, a gente vai construir junto o currículo de Ilhabela, a gente tem a ABNCC, que é o currículo de São Paulo, mas a gente precisa construir e já está tendo a oportunidade de construir o currículo de Ilhabela, então nada mais é do que, eu tenho que construir uma coisa com a cara de Ilhabela, não vou ver o que acontece lá na favela de São Paulo e trazer para o Reino, eu tenho que ver o que o Reino precisa, então eu estou falando como escola, enquanto diretora de escola, vou dar a minha contribuição enquanto a vivência de Reino, o que que o Reino precisa aprender, o que que precisa estar no currículo, eu acho que a Saúde precisa estar dentro do currículo da Educação, ela precisa constar e ser assim, ser uma disciplina mesmo, não, a gente está fazendo, está tentando entrar em todas as escolas, a Saúde tentando entrar em todas as escolas, mas eu entro se, quem tiver na linha de frente permitir, eu não tenho essa total liberdade, mas agora nessa nova (pausa, enfatiza) nessa construção do currículo, [...]

O caminho da EeS em Ilhabela está aberto. Os trajetos são apontados, as tecnologias encontram-se disponíveis, os equipamentos têm fácil alcance, os grupos de profissionais e populacionais estão presentes, mas o desejo e a intencionalidade se deparam em um estado de passividade.

As práticas educacionais por profissionais da saúde ambicionam para o avanço do projeto societário de conscientização.

7.3.2 Mas como realizá-los

Um problema suscita à ação: é uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade. [...] problema nunca é “solucionado” definitivamente, mas uma intervenção eficaz na realidade deve produzir um intercâmbio positivo de problemas (Artmann, 2000).

Ao iniciar essa última sessão, a intenção não é de estabelecer fórmulas ou condutas prontas, mas apontar reflexões em direções e trajetos que sirvam de incentivos do educar em saúde e confabular criticamente para fornecer elementos metodológicos satisfatórios para uma educação crítica em saúde.

Esse esforço inédito de suplantar práticas momentâneas e paliativas apresenta um projeto de trabalho exitoso associado a uma pesquisa interventora na intencionalidade de produzir um plano extenso do tempo e espaço. As indicações seguintes centralizam o profissional da saúde com o potencial de um educador, idealizador, organizador e motivador dos processos de EPS.

A produção de atividades educativas volta-se com princípios básicos, multiprofissional, interdisciplinar, intersetorial, laica, universal, equânime e integral, apontando para emancipação humana em suas formas históricas, políticas e sociais.

Nesse meio, o pesquisador se envolveu em atuações acadêmicas e nos processos de trabalho, propondo pesquisa e atos, em análises e conversações, se orientando na Portaria nº 60, de 20 de março de 2019 da CAPES, que dispõe sobre os mestrados e doutorados profissionais, no capítulo I (Brasil, 2019):

Art. 2º São objetivos dos cursos de mestrado e doutorado profissionais:

I - capacitar profissionais qualificados para práticas avançadas, inovadoras e transformadoras dos processos de trabalho, visando atender às demandas sociais, econômicas e organizacionais dos diversos setores da economia;

II - transferir conhecimento para a sociedade de forma a atender às demandas sociais e econômicas, com vistas ao desenvolvimento nacional, regional e local;

III - contribuir para agregação de conhecimentos de forma a impulsionar o aumento da produtividade em empresas, organizações públicas e privadas;

IV - atentar aos processos e procedimentos de inovação seja em atividades industriais geradoras de produtos, quanto na organização de serviços públicos ou privados;”

Nesse contexto, e tomando como base o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde⁶⁰, de 2016, que são edificados seis eixos temáticos para concretizar, a EPS por profissionais da saúde, como projeto de direcionamento para essa pesquisa e evidenciar a trajetória percorrida. Esses temas, modelam a condução das práticas de trabalho em ações educativas e coligam a teoria na prática em transformação social dos sujeitos envolvidos, conforme a Figura 7.2.

Com apoio nesses tópicos, a pesquisa dirige para as diversas atuações do pesquisador durante a pós-graduação na constituição das condutas em conhecimentos nos diversos níveis dos processos de trabalho e intervenção.

⁶⁰ O caderno de textos, com a contribuição de vários autores criou uma ferramenta para efetivação do curso de aperfeiçoamento de Educação Popular em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Os capítulos/eixos são articulados de acordo com a proposta do curso como um guia do curso.

Figura: 7. 2 – Eixos de articulação da Educação Popular em Saúde

Fonte: Modificado de Bornstein et al. (2016)

No **Eixo I**, relacionado à construção da gestão participativa e a experiência, se desenhou a iniciativa de constituição do primeiro Conselho Gestor/Local⁶¹. A UBSF da Água Branca foi pioneira nesse estabelecimento em 31 de julho de 2017, onde o pesquisador foi o idealizador e ainda compõe e convoca as reuniões como secretário. A possibilidade de se aproximar da comunidade e reorientar o modelo de atenção à saúde no meio que se vive em experiências compartilhadas em reuniões mensais, estabelecem as ações e políticas de saúde locais.

Os conselhos gestores são interpretados como órgãos que contribuem para "incidir sobre as determinações do processo saúde-doença e sobre a organização dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário, na gestão participativa e no exercício do controle social". (Bornstein, 2016, p. 16).

O Conselho Gestor de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes dos segmentos: gestor, trabalhador e usuários das Unidades

⁶¹ A formação dos Conselhos Gestores em Ilhabela foi apresentado pelo pesquisador no 15º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade em 2019, em Cuiabá, em forma de pôster eletrônico e teve sua publicação em anais disponível em: <https://proceedings.science/cbmfc-2019/papers/implantacao-do-conselho-gestor-em-ilhabela--construcoes-coletivas-e-sociais-transformadoras--2>

de Saúde e das Supervisões Técnicas de Saúde. O Conselho é uma forma de assegurar a participação popular na gestão dos serviços de saúde garantido por lei, sendo parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. O Conselho é deliberativo e permanente com composição, organização e atribuições definidas em lei (São Paulo, 2016).

Assim, se imaginou e executou um projeto de lei voltado para o controle social, e a recente lei (Ilhabela, 2019b) foi aprovada após um ano e meio de negociações, envolvendo novos processos de trabalho na saúde no município.

A experiência adquirida pelo pós-graduando iniciou uma gestão participativa anteriormente não evidenciada em Ilhabela e que atualmente regem os andamentos das políticas locais em saúde, experimentando práticas democráticas e horizontais em sete das oito UBSF, apontando para conhecimento de demandas de saúde da comunidade (**Subcategoria 2a**)⁶².

O **Eixo II**, relacionado à educação popular no processo de trabalho em saúde à proposta inventiva, foi o que direcionou a pesquisa: o projeto Professor Saúde⁶³, que orientou transformações do trabalho em saúde em Ilhabela. O trabalho foi um divisor de condutas evidenciado pela gestão e profissionais tanto da saúde como da educação, com exercícios de conversas em diversos ambientes eclodindo, para a pactuação do município com o PSE em 2019.

O projeto viabilizou ferramentas para encontrar caminhos administrativos que permitiram expandir institucionalmente a EPS local, encontrando meios de sobrevivência para projetos sociais que dialogam com a sociedade e fomenta a

⁶² Nesse momento é iniciada uma relação entre os eixos do curso de capacitação com as categorias encontradas do projeto de pesquisa.

⁶³ Trabalho apresentado sob forma de pôster eletrônico no 41º Congresso Universitário de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo em 28 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/?p=36953>

Trabalho não aceito como uma das quinze experiências inovadoras no Brasil no Laboratório de Inovações na Educação e Saúde do Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) em 21/11/2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/13/Edital---Laboratorio-de-Inovacoes-Educacao-na-Saude.pdf>

Trabalho apresentado na modalidade comunicação oral no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) de 26 a 29 de julho de 2018. Com publicação em anais disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/a-interface-da-intersectoralidade-e-integralidade-do-projeto---ilhabela-capital-da-saude---na-pratica-de-construcao-do-co>.

Trabalho apresentado na EPATESPO 2019, sob forma de pôster, na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em 30 de maio de 2019. Disponível em: http://sistema4.saude.sp.gov.br/sde/evento-apresenta.php?evento_id=154&menu_atual=principal

prática profissional. Essa base sustenta parcerias intra e intersetoriais, respectivamente entre os profissionais da saúde, assim como os profissionais das secretarias de saúde e educação.

Essas condições possibilitaram a formação de uma política pública municipal de EeS, com a criação da Lei 1.385/2019 (Ilhabela, 2019c), que será discutida no capítulo do Produto da dissertação. Vasconcelos et al. (2015, p. 95) discursam a respeito dessas propostas de intervenção em processos educacionais, apontando que: “várias iniciativas de governos municipais têm avançado nesse sentido. As experiências mais estruturadas de incorporação da metodologia da EP como instrumento de reorientação da globalidade das políticas de saúde [...]”.

Dessa forma, se proporcionou a condição de publicação de artigos acadêmicos em apresentações orais e de pôster, além de permitir a influência nos processos de trabalho institucionais em Ilhabela⁶⁴, identificando as opções pedagógicas, ideias e inovações (**Categoria 1**) e a parceria intersetorial das Secretarias de Educação e da Saúde (**Categoria 3**).

A relação com o **Eixo III**, onde o direito à saúde e a promoção da equidade visualizada como um dos princípios doutrinários do SUS. A orientação dos determinantes sociais em saúde, onde na sociedade nacional os fatores de heterogeneidade e desigualdade extensas devem ser observados, Goldschmidt e colaboradores apontam para o tema:

Já a equidade, o que será? O princípio de equidade, atualmente muito defendido no âmbito das políticas de saúde, não aparece nos textos da Constituição Federal nem da Lei Orgânica da Saúde, visto que o momento de formulação do marco legal do SUS foi caracterizado pela luta pela redemocratização da saúde, quando as noções de cidadania e igualdade eram centrais. Todavia, a ideia de igualdade pode ocultar um problema: o que significa garantir o direito de todos à saúde de forma igual, se os cidadãos (ou as populações) são sujeitos que possuem necessidades diferentes? (Goldschmidt et al., 2016, p. 72).

Tendo como alicerce que as pessoas vivem de diferentes formas sociais e essa interpretação deve-se o saber do meio onde a população existe, o profissional de saúde tem a atribuição de conhecer esse ambiente para formação do modelo dos

⁶⁴ A primeira tenda de EPS foi efetivada em 12 e 13 de outubro de 2019 na evidência de formação de inovação, tecnologias, novos hábitos e consciência que impactam o planeta de forma sustentável (Disponível em: <https://www.ilhabela.sp.gov.br/blog/secretaria-de-saude-e-primeirissima-infancia-participam-do-festival-sustenta-com-educacao-popular-em-saude/>)

serviços em saúde. Esse coeficiente de reconhecimento do território deve-se na proposição de criação de políticas públicas locais voltadas para comunidade.

No reconhecimento dos diversos formatos de viver o mundo e de acordo com sua significação, propostas para a efetivação de atenção à saúde, foram assinaladas nas várias entrevistas dos profissionais da saúde e da educação. A pesquisa discute amplamente o sentido dessas demandas individuais e coletivas nos processos educativos.

A equidade local é inserida no cenário acadêmico com a apresentação do resumo “Exclusões geográficas tradicionais: a saúde bucal rompendo formatos em Ilhabela”⁶⁵, que permite discutir esse termo com o direito à saúde como modelo de atuação devido, principalmente, aos costumes tradicionais e à difícil localização geográfica das comunidades. Outro trabalho de relevância nesse sentido foi o “Papel dos cirurgiões dentistas nas visitas domiciliares: Atenção em saúde bucal em Ilhabela”⁶⁶, focando na identificação dos diferentes manejos para o cuidado dos usuários do sistema SUS (**Categoria 2**).

O **Eixo IV** refere-se ao território, o lugar de história e memória, onde os conceitos de espaço que observa “um conceito da geografia que nos ajuda a descrever e entender as formas de viver no planeta Terra, conhecer seus habitantes e as relações que estabelecem entre si para poder viver e se reproduzir” (Monken, Gondim, 2016, p. 109). A história é “como a explicação (narração) de um acontecimento, fenômeno, evento ou fato” (Pinto, 2016, p.105). O lugar na história se identifica com a passagem do indivíduo no momento consumado ou atual com registro de sua memória, onde Pinto aborda:

A história, a tradição, a cultura de um povo e a memória se aproximam quando entendemos a memória como um fenômeno social. Quando nos referimos à memória, estamos nos referindo à memória coletiva (memória de um grupo com identidade comum) (Pinto, 2016, p. 106).

No contexto conjunção dessas expressões, que nomeiam os sujeitos em suas memórias e que formulam o estar e o ser em conexões de reprodução da vida

⁶⁵ Trabalho apresentado em comunicação oral no 43º Congresso Universitário Brasileiro de Odontologia na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo em 20/09/2019 e em comunicação oral breve no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde em João Pessoa em 30/09/2019.

⁶⁶ Trabalho apresentado em comunicação oral no 43º Congresso Universitário Brasileiro de Odontologia na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo em 20/09/2019.

humana na produção dos episódios. A EPS contempla os princípios da prática educadora como fundamento de reflexão política do viver.

Os diversos elementos desses contextos, da história do ser, foram problematizados no estudo como peça fundamental do educar em saúde e no empreendimento do reconhecimento do indivíduo como um ser histórico-social (**Subcategoria 2b**). Esses temas foram discutidos academicamente com a publicação do resumo “Diário de Momentos: movimentos de coletividade”⁶⁷ e posteriormente chamado de Portfólio Reflexivo Coletivo⁶⁸, onde os momentos são concebidos de vários indivíduos para se criar um conjunto de pareceres, opiniões e subjetividades.

No **Eixo V**, referente à participação popular e controle social, o autor efetivou diversos procedimentos, a princípio como membro do COMUS, de julho de 2016 a julho de 2018. Posteriormente foi nomeado por decreto municipal número 7.087⁶⁹ de 30/07/2018 como conselheiro da Comissão dos Conselhos Municipais e renomeado no Decreto 7.684⁷⁰ de 16/08/2019.

A participação ativa na 3ª Conferência Municipal de Saúde⁷¹, em 19 de setembro de 2018 com o tópico “A Saúde que Ilhabela precisa”, e como mediador em uma das três pré-conferências trabalhando o tema de “Participação Popular e Controle Social” no dia 30 de agosto de 2018.

O controle social por conselhos de saúde não foi uma invenção do SUS, pois já fora conquistado anteriormente, em muitos serviços e muitas cidades, pela luta dos movimentos populares de saúde. A tradição de enfrentamento de problemas específicos de saúde, através da discussão

⁶⁷ Trabalho apresentado para comunicação oral no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde em João Pessoa em 29/09/2019. Disponível em: https://cshs.com.br/arearestrita/inserir_resumo.php?id_trabalho_alterar=29855#topo (a ser publicado em Anais)

⁶⁸ Modificação apontada, discutida e apropriada pela banca da apresentação, presidida pela Professora Luciane Pezzato da UNIFESP de Santos, no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde em João Pessoa em 29/09/2019.

⁶⁹ Disponível em: <https://cespro.com.br/visualizarDiploma.php?cdMunicipio=8969&cdDiploma=201807087&NroLei=7.087>

⁷⁰ Disponível em: <https://cespro.com.br/visualizarDiploma.php?cdMunicipio=8969&cdDiploma=201907684&NroLei=7.684>

⁷¹ Disponível em: <https://www.ilhabela.sp.gov.br/blog/pre-conferencias-da-saude-comecam-nesta-quarta-feira-em-ilhabela/>

conjunta com a comunidade e suas organizações, foi introduzida e difundida por essas experiências pioneiras (Vasconcelos et al., 2015, p. 94).

A luta para afrontar o instituído em decisões coletivas e impactantes foi traduzida em experiências de interferências no contexto local de saúde com ideias e soluções votadas democraticamente, se transformando em resumos apresentados com o título de “3ª Conferência Municipal de Saúde da Estância Balneária de Ilhabela: Participações coletivas e construções sociais”⁷².

A intenção da conferência e da presente pesquisa foi construir mecanismos de intervenção e criar um impacto no sujeito (**Categoria 1a**) e nas diversidades dos envolvidos. A reflexão e discussão de ideias estimulou, entre tantos outros temas, o fortalecimento da EeS no município como um dos fatores impositivos para a promoção de saúde em Ilhabela.

Por fim, no **Eixo VI**, sobre a intencionalidade de definir o território, o processo saúde-doença e as práticas de cuidado em acordo com o curso da Fiocruz, conduziu para os determinantes sociais de saúde.

O processo saúde-doença acontece em diferentes dimensões, desde o nível celular até o social, envolvendo também questões planetárias, [...]. Essas diferentes dimensões relacionam-se umas com as outras e não são independentes [...] (Leandro, 2016, p 137).

Quando os indivíduos se apropriam dos acontecimentos das produções de saúde, dos modos e padrões, se vinculam as trocas dos distintos saberes entre esse e o meio. Na diferenciação entre a experiência e a informação (**Categoria 4**) na EPS, relaciona-se os exemplos de organização da vida, a interação de permutas de conhecimentos e o estímulo dos vínculos coletivos. Dessa maneira, o trabalho “Diálogos da comunidade com trabalhadores SUS: Terapêutica Integrativa e Complementar em Ilhabela”⁷³, entra nessa questão dos processos de produção de saúde.

⁷² Pôster apresentado no Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo COSEMS em 27 e 28 de março de 2019 realizado em Águas de Lindóia. E no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde em João Pessoa de 26 a 30 de setembro de 2019.

⁷³ Pôster Eletrônico publicado em Anais no 15º Congresso Brasileiro de Medicina da Família em Comunidade em Cuiabá, de 10 a 13 de julho de 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/cbmfc-2019/papers/dialogos-da-comunidade-com-trabalhadores-sus--terapeutica-integrativa-complementar-em-ilhabela->.

As práticas de cuidado colocadas nesse eixo, com ações em ambientes escolares como condutas de atenção à saúde, discursam sobre as atividades extramuros da saúde bucal em Ilhabela em práticas educativas e de promoção da saúde e prevenção dos agravos. Sobre esse tema, o resumo “Programa de Assistência Integral em Saúde Bucal entre Escolares no Município de Ilhabela: Histórico de 2005 aos dias atuais”⁷⁴ apresentado em dois encontros foi contemplado como Experiência Exitosa no 32º COSEMS e como Menção Honrosa 14º EPATESPO.

O fechamento desse capítulo cria uma proposta com novas roupagens em Ilhabela em experiências e institucionalização em exercícios do educar em saúde, onde se pretende articular a EeS como reforma de base para a integralidade da atenção à saúde. Além de aliar a produção científica dos serviços do SUS no município, definindo propostas de invenção com o embasamento acadêmico nos processos de trabalho em Ilhabela. Toda essa articulação é alinhavada com pesquisa visualizada pelas categorias formadas com os eixos de cuidado da EPS em seus princípios norteadores.

Pôster na 1ª Conferência de Promoção de Saúde da Fiocruz, em 02 de julho de 2019. Disponível em: http://vppcb.fiocruz.br/vpaaps-conferencia/img/apresentacao_poster_0207_11.pdf

Fotografia premiada no 15º Congresso Brasileiro de Medicina da Família em Comunidade, como uma das 30 melhores fotografias do evento. Disponível em: https://cbmfc2019.websiteseuro.com/arearestrita/imprime_certificado_fotos.php?id_inscrito=80325&l=Galante.

⁷⁴ Trabalho aprovado no 32º Congresso de Secretários Municipais e Saúde de São Paulo como experiência exitosa em Rio Claro em 2018. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Catalogo_Mostra_2018_web.pdf.

E no 14º Encontro de Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico EPATESPO em Piracicaba de 29 a 30 de maio de 2019. Disponível em: http://sistema4.saude.sp.gov.br/sde/evento-apresenta.php?evento_id=154&menu_atual=principal.

8 CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou um projeto de intervenção utilizando como instrumento a Análise Institucional com a Saúde Coletiva. Teve como proposta realizar a reflexão de pensamentos e atitudes nos serviços de saúde no município de Ilhabela, voltados para a Educação Popular em Saúde.

Novas ferramentas e mecanismos foram desenhados para responder às perguntas da pesquisa e, com base nessa nova metodologia, os questionamentos iniciais do estudo foram respondidos.

As experimentações do projeto Professor Saúde alicerçaram as inspirações do pesquisador, mesmo que no início esse projeto ainda não tivesse uma especificidade quanto ao projeto de pesquisa. No entanto, em seu percurso de construção, visualizou-se um processo de criatividade dos serviços do SUS e um amparo para a pesquisa, possibilitando a produção das interfaces de orientações e saberes epistêmicos⁷⁵ e de senso comum.

Com essa base, se construiu um interessante artifício de apoio chamado de “Portfólio Reflexivo Coletivo”. O Portfólio veio a ser um direcionamento para as entrevistas semiestruturadas e para o encaminhamento da pesquisa, em uma investigação sem pré-conceitos da verdade e com uma interpretação da realidade local do campo do estudo.

O Diário de Pesquisa, estruturado desde o início até o fim do mestrado, acolheu o pesquisador em seus sentimentos pessoais, acadêmicos e profissionais. Mesmo que esse dispositivo não tenha indicado apontamentos na escrita do trabalho, esse item foi fundamental para a fundamentação metodológica e para o direcionamento da pesquisa, uma vez que toda apropriação da pesquisa de ordem metodológica e embasamento científico foram demonstradas no documento..

O objetivo geral, de evidenciar as experiências do educar em saúde dos trabalhadores de saúde de Ilhabela, foi fortalecido com a prática anterior à pesquisa com Projeto Professor Saúde, onde os colaboradores se reconheceram como docentes e contextualizaram a real propositura das políticas públicas da Educação

⁷⁵ Epistêmicas ou epistemologia – epistême = ciência + logos = tratado; pesquisa crítica e de diversas áreas. Estudo sobre a aprendizagem significativa, em valores e diversos contextos de condições e delimitações dos conhecimentos, sempre condicionados das relações interpessoais dos indivíduos, objeto e estudo.

em Saúde. Entretanto, observou-se que esses andamentos ainda carecem de maior poder de articulação.

Os relatos dos sujeitos do estudo interpretam a necessidade de estimular e reinventar os ingredientes da pedagogia em saúde, em inovações, ideias e opções, idealizando modos diferentes das condutas atuais e biológico-centradas, desenvolvendo formatos e experiências criativas. Além dessa análise contextualizada em muitas falas, a falta de conhecimentos aliada às práticas também fomentou novas condutas para o serviço de saúde.

As conversas com os entrevistados propiciaram sínteses claras da necessidade de integração das ações de saúde em ambientes escolares e extramuros. Mesmo que os diversos problemas das parcerias intersetoriais entre as secretarias de Saúde e Educação tenham sido manifestados, soluções foram denunciadas para delinear condutas mais transformadoras.

O manifesto unânime dos diálogos, com o propósito claro na definição de papéis e responsabilidades dos profissionais da saúde nas conduções de Educação Popular em Saúde foi evidenciado. Mesmo com os entraves de gerenciamento de tempo e disposição dos profissionais da saúde, suas competências foram aguçadas em discursos para as ações de saúde. O objetivo referente às atribuições, foi fortalecido com os olhares de documentos acadêmicos e institucionais pelos trabalhadores da saúde e sugerem um maior envolvimento profissional.

O empoderamento comunitário foi determinado nas ações em educar, com práticas de horizontalidade e com troca de saberes na formação do sujeito histórico, crítico e consciente. Esse objetivo conversa com o conhecimento das demandas da comunidade. Mesmo sendo determinante para o modelo de atenção à saúde, ele abarca perdas significativas nos processos de trabalho em Ilhabela quando fracamente executado.

A pesquisa de campo também diferenciou a experiência da informação e evidenciou que a grande quantidade de informações pode prejudicar o entendimento. No entanto, os entrevistados apontam também que, em muitos momentos, a falta de conhecimento significativo de saúde pela comunidade é evidente, mas quando essa é efetuada pelo profissional da saúde, na Educação em Saúde, esse processo pode ser modificado. Assim, foi relatado que haja um equilíbrio em relação à quantidade de informação disponibilizada para a comunidade a fim de que este conteúdo seja devidamente absorvido pelo público.

Os achados do estudo e a apropriação de novos conteúdos metodológicos pelo pesquisador, através de diálogos, aulas e congressos, possibilitaram que o desenho de pesquisa percorresse o caminho para uma Análise Institucional, com uma intervenção sócio-analítica que alia a teoria à prática, em movimentos de uma nova energia da Saúde Coletiva, essa abordagem possibilitou responder ao último objetivo do estudo.

Nesse contexto, o quadro prático de intervenções socio-analíticas experimentais, das quais foi elaborada a Análise Institucional das intervenções de Lourau, entre 1967 a 1969, muitas delas com a parceria de Lapassade, conceitua seus fundamentos como:

[...] a análise da encomenda e da demanda, a auto-gestão do grupo, a intenção do dizer tudo, a elucidação da transversalidade, a análise das implicações, a explicação dos analisadores e a restituição (L'Abbate, 2012, p. 200).

Esse desenho foi interpretado como mecanismo de atuação nos processos da pesquisa de intervenção, seus princípios foram apropriados e incorporados.

A trajetória desse movimento se iniciou com a *encomenda*, que se deu nas falas dos sujeitos nas entrevistas, e inseriu as *demandas* em suas diversas categorizações construídas, envolvendo também o Portfólio Reflexivo Coletivo nas contribuições dos colaboradores (inserido na sessão Resultados e Discussão).

A *auto-gestão* se firmou no contrato entre as negociações particulares, de agendas e encontros para as entrevistas individuais com os 27 sujeitos; englobou também as reuniões com diversas instituições, conciliando compromissos e horários, exigindo tempo e habilidade de negociação, além de apropriar as atividades educativas do Projeto Professor Saúde nos trâmites de organização.

Relacionado ao *dizer tudo*, ou livre expressão, no pedido do pesquisador para os profissionais da saúde de fomentar as metodologias ativas, conscientizadoras, históricas e críticas do educar em saúde no projeto Professor Saúde. E na investigação, durante o roteiro semiestruturado visualizar os diversos pareceres sem interferências ou apontamentos do entrevistador, observando suas falas, ruídos, sinais e gestos para construção da Análise de Discurso, a Análise de Conteúdo na interpretação do Portfólio, alinhavou as categorias e temas..

Com relação ao *elucidar a transversalidade*, criou-se e ampliou as diversas parcerias institucionais do pesquisador com escolas, Conselhos Municipais, gestão

das Secretarias de Saúde e da Educação, Câmara Municipal e com o poder executivo da Prefeitura de Ilhabela. Esse longo trajeto foi documentado e será apresentado na banca de defesa. Esses vínculos criaram diálogos que demonstraram vários pareceres e construíram coletivamente, em multiplicidades e pluralidades, novas conduções dos serviços de saúde no município.

Na *análise de implicação*, as diferentes conexões das organizações da Educação em Saúde foram analisadas para que as condições dos serviços em saúde pudessem ser discutidas. A avaliação dessa síntese nas transcrições dos diálogos dos entrevistados, conjugado com os diversos contatos com as instituições, culminou em formatos textuais utilizadas para a consolidação da lei municipal edificada.

Durante o estudo, o *explicitar o analisador* consolidou uma permuta significativa da imprevisão dos acontecimentos, das falas e suposições, interagindo em argumentos diversificados e distintos. Em certos momentos, também sincronizou os análogos dos sujeitos, em diversas categorias formadas, que foram aqui discutidas.

Por fim, a *restituição*, devolve aos grupos do projeto Professor Saúde, às instituições e aos profissionais da Saúde e Educação, o produto da dissertação em formato de uma lei municipal intitulada “Atenção à Saúde nas Escolas”, onde criou-se uma ferramenta facilitadora de processos educativos executados por trabalhadores do SUS em ambientes extramuros em Ilhabela.

O compromisso que se fez foi transformar as realidades locais de Ilhabela, em modos dos serviços, na resposta indagadora da pesquisa, compondo e inventando pactos inéditos e inovadores na visão de potencializar os envolvimento entre as secretarias de Saúde e Educação, focado nas pessoas como integrantes da sociedade e produtoras de seu próprio cuidado.

As trajetórias foram envolventes e criativas, seguindo o caminho da educação emancipatória com um projeto societário e de comprometimento ético, voltado para um potencial de transformação dos serviços, com afetos e trocas reflexivas, criando condições reais para o reposicionamento dos profissionais do SUS de Ilhabela para compor trajetórias novas em práticas educacionais.

PRODUTO

No decorrer da pesquisa, e a partir das demandas e angustias relatadas nas entrevistas, no Diário de Pesquisa, no Portfólio Reflexivo Coletivo, nos diálogos com os gestores da Saúde e da Educação, e apresentações do projeto Professor Saúde com os conselheiros municipais, nas exposições nas escolas particulares e na comunicação direta com a comunidade, identificou-se a necessidade da produção de um projeto instituinte no município de Ilhabela voltado para o educar em saúde.

Todo esse planejamento responde para a restituição da pesquisa com o instituído, do ocupar os novos formatos, ainda a serem apropriados pelos profissionais da saúde e da educação, na relação complexa do conhecimento associado ao fazer, no sentido que esses itens são indissociáveis e complementares, tornando-se em práxis (Pedagogia da Autonomia, Freire, 1996).

Dessa forma, no contexto da reflexividade sobre as práticas do serviço onde é necessário localizar-se no ambiente institucional, onde as práticas profissionais são compostas por diversas ações e de acordo com o instituído, na composição particular e complexa na dimensão institucional (Campagnoli et al., 2017). A forma de intervir foi através da criação de uma lei municipal, em formas facilitadoras e não domesticadoras em EeS, em conduções de comunicação entre as secretarias da Saúde e da Educação.

Os objetivos da lei estão embasados em práticas de promoção à saúde, prevenção dos agravos e o autocuidado como abordagem multiprofissional e no envolvimento e continuidade da assistência de maneira integral por profissionais da saúde em transformações das ações do cotidiano de forma individual e coletiva.

A trajetória estabelecida nessa construção foi documentada em todas as etapas em relatórios⁷⁶, criando percursos em muitos momentos árduos e cansativos, mas em outros de indicações enriquecedoras e construções coletivas, todas as declarações, documentos e atas nos diversos ambientes frequentados pelo pesquisador e estarão disponíveis no dia da defesa da dissertação para consulta.

⁷⁶ As atas de reuniões, declarações, documentos, relatos, relatórios e registros dos encontros para construção da Lei Municipal 1.385 da "Atenção à Saúde nas Escolas" estará disponível em uma pasta no momento da defesa do mestrado.

A pasta nomeada como PRODUTO com 96 páginas identifica a trajetória percorrida para na instituição de uma pesquisa interventora em promoção à saúde.

TRAJETÓRIA PERCORRIDA PARA A ELABORAÇÃO DA LEI MUNICIPAL DE “ATENÇÃO À SAÚDE NAS ESCOLAS”

1. Desenvolvimento do projeto de trabalho “Ilhabela-Capital da Saúde”; Pesquisador UBSF Água Branca; 09/02/2017 a 19/12/2017.
2. Apresentação do projeto de trabalho no 41º Congresso Universitário Brasileiro de Odontologia (CUBO); FOU SP; 28/09/2017.
3. Aprovação do projeto de trabalho como projeto intervenção por profissionais de saúde pelo COMUS; Secretaria de Saúde; 11/10/2017.
4. Apresentação do projeto de trabalho em reunião da Equipe de Saúde Bucal, proposta aos cirurgiões dentistas executarem processos de Educação em Saúde; Secretaria de Saúde; 24/11/2017.
5. Apresentação do projeto de trabalho em reunião de professores (HTPC); Escola José Benedito de Moraes; 04/12/2017.
6. Mudança do nome do projeto de trabalho “Ilhabela-Capital da Saúde” para “Professor Saúde” em reunião do COMUS; Secretaria de Saúde; 19/12/2017.
7. Apresentação do Projeto de Lei em reunião do Conselho Gestor; Unidade de Saúde da Água Branca; 06/02/2018.
8. Apresentação do Projeto de Lei em reunião da Equipe de Saúde Bucal; Secretaria de Saúde; 16/02/2018.
9. Apresentação do Projeto de Lei em reunião de professores (HTPC); Escola José Benedito de Moraes; 05/03/2018.
10. Apresentação do projeto de pesquisa em reunião da Equipe de Saúde Bucal; Secretaria de Saúde; 18/05/2018.
11. Apresentação do projeto de pesquisa na XXIV Reunião de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP (FOUSP); FOU SP; 22/05/2018.
12. Apresentação do Projeto de Lei em reunião com profissionais da Câmara Municipal de Ilhabela, profissionais da Saúde e com a comunidade; Câmara Municipal de Ilhabela; 25/05/2018
13. Apresentação do Projeto de Lei na reunião com profissionais da Câmara, profissionais da Saúde e Comunidade, na Câmara Municipal, 28/05/2018.⁷⁷

⁷⁷ <https://www.camarailhabela.sp.gov.br/noticia.php?Id=1390>

14. Apresentação do Projeto de Lei em reunião com profissionais da Câmara Municipal de Ilhabela, profissionais da Saúde e da Educação e com a comunidade; Secretaria de Educação; 30/05/2018.
15. Discussão do Projeto de Lei em reunião com profissionais da Câmara Municipal de Ilhabela, profissionais da Saúde e da Educação e com a comunidade; Câmara Municipal de Ilhabela; 20/06/2018.
16. Discussão do Projeto de Lei em reunião com profissionais da Câmara Municipal de Ilhabela, profissionais da Saúde e da Educação e com a comunidade; Câmara Municipal; 28/06/2018.
17. Apresentação do projeto de trabalho no 12º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Rio de Janeiro; 26 a 28/07/2018.
18. Discussão do Projeto de Lei em reunião com o Vereador Gabriel Rocha e procurador da Câmara Municipal de Ilhabela; Câmara Municipal; 15/08/2018.
19. Apresentação do Projeto de Lei e projeto de trabalho em reunião de Atenção Básica e Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Secretaria de Saúde; 23/08/2018.
20. Discussão do Projeto de Lei em reunião com profissionais da Câmara Municipal de Ilhabela, profissionais da Saúde e da Educação e com a comunidade; Secretaria de Educação; 05/09/2018.
21. Discussão do Projeto de Lei em reunião com o Vereador Gabriel Rocha e procurador da Câmara Municipal de Ilhabela, Dr. Leandro; Câmara Municipal de Ilhabela; 12/09/2018.
22. Apresentação e discussão do Projeto de Lei em reunião com o Secretário de Saúde Dr. Marco Antonio, Secretário Adjunto Dr. Barboni, Coordenador da Atenção Básica Dr. Márcio Nakasone e vereadores Gabriel Rocha, Matheus Pestana e Vando da Vila; Secretaria de Saúde; 14/09/2018.
23. Apresentação, discussão e aprovação do Projeto de Lei nas escolas particulares de Ilhabela; Escola ACEI, Escola Objetivo, Escola Sementes, Escola Casa do Bebê; 16/09/2018. [Aprovado]
24. Discussão do Projeto de Lei em reunião com o procurador da Câmara Municipal de Ilhabela, Dr. Leandro; Câmara Municipal de Ilhabela; 20/09/2018.
25. Apresentação do Projeto de Lei para a Comissão dos Conselhos Municipais; Secretaria de Assuntos Jurídicos; 21/09/2018. [Aprovado]

26. Apresentação e discussão do Projeto de Lei em reunião com o Conselho Municipal de Educação; Secretaria de Educação; 09/10/2018.
27. Apresentação e discussão do Projeto de Lei em reunião com o Prefeito Municipal Márcio Tenório, Chefe de Gabinete Juliana Louro, Coordenador de Saúde Bucal Dr. Henrique, e secretárias da gestão; sala do Chefe de Gabinete; 09/10/2018. [Continuidade no prosseguimento]
28. Apresentação do Projeto de Lei em reunião com o COMUS; Secretaria de Saúde; 15/10/2018. [Falta de quórum]
29. Apresentação e discussão do Projeto de Lei para Escola de Educação Infantil Tiê; Escola de Educação Infantil Tiê; 23/10/2018. [Aprovado]
30. Votação do Projeto de Lei; COMUS; 23/10/2018. [Aprovado por unanimidade pela sua continuidade]
31. Votação do Projeto de Lei no Conselho Municipal de Educação; Secretaria de Educação; 09/11/2018. [Aprovado por unanimidade pela sua continuidade]
32. Apresentação e discussão do Projeto de Lei para a Escola São João (particular) e Escola Gabriel Ribeiro dos Santos (estadual); 13/11/2018. [Ciência e aprovação em ambas unidades]
33. Apresentação do Projeto de Lei na Associação de Pais Amigos de Excepcionais (APAE) de Ilhabela em reunião de HTPC; APAE; 27/11/2018.
34. Apresentação do Projeto de Lei no CAPS AD de Ilhabela em reunião com profissionais da Saúde; CAPS AD; 13/12/2018.
35. Projeto de lei considerado Inconstitucional pela Procuradoria da Câmara Municipal. 14/12/2018. (ANEXO N)
36. Projeto encaminhado da Câmara Municipal de Ilhabela para o setor executivo; março/2019.
37. Projeto de lei aprovado; Câmara Municipal de Ilhabela; 27/09/2019.
38. Lei Municipal 1.385/2019 promulgada pela prefeita Maria das Graças Ferreira; Prefeitura de Ilhabela; 30/09/2019. (ANEXO O)

Esse trajeto construído em diversos espaços e conversas, através da insistência e persuasão do pesquisador, formata condutas libertadoras no plano operativo e nos processos de trabalho, e evidencializa um potencial de novas configurações do autocuidado e percurso terapêutico em Ilhabela.

REFERÊNCIAS⁷⁸

Almeida BTA, Pires FJ. Pedagogia social e a educação popular na formação de professores das escolas do campo. *Rev Trama Interdisciplinar*. 2016;7(3):29-49.

Almeida LM. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Rev Portuguesa Saúde Pública*. 2010;28(1):79-92.

Almeida ND. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. *Rev Psicol e Saúde*. 2013;5(1):1-9.

Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciênc Saúde Col*. 2018;23:2213-28.

Anais III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Estado e Democracia: O SUS como Direito Social. ABRASCO. Natal; 2017.

Anais Saúde e Sociedade. 22ª Conferencia Mundial de Promoção de Saúde da UIPES em Curitiba. São Paulo. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública. 2016;25(1). p. 1911.

Andrade MV, Lisboa MB. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. *Rev Bras Economia*. 2000;54(1):5-36.

ANP. Agencia Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (Brasil). Anuário estatístico brasileiro do petróleo, gás natural e biocombustíveis: 2017 / Agencia Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis. - Rio de Janeiro : ANP, 2008- . v. : graf., tab. Anual. Disponível para download: http://www.anp.gov.br/images/publicacoes/anuario-statistico/2017/anuario_2017.pdf.

Araujo ME. A saúde bucal no estado de São Paulo com a implantação do sistema único de saúde: uma análise [dissertação]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 1994.

Araujo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciênc Saúde Col*. 2006; 11:179-82.

⁷⁸ De acordo com Estilo Vancouver.

Araújo BG, Rodriguez RV. A instabilidade Política na Primeira República Brasileira. *Rev Est Filosóficos* 2009;3:129-41.

Araujo CM, Oliveira MCSL, Rossato M. O sujeito na pesquisa qualitativa: desafios da investigação dos processos de desenvolvimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2018;33(1):1-7.

Araujo ME. In: Carrer, Fernanda Campos de Almeida. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida. Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo: Universidade de São Paulo, 2019. 167p.

Arcoverde C. Cronologia da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Abrasco, 2006, 215-27.

Arouca SS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [tese]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1975.

Arouca SS. In: Manual da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Conferência Sergio Arouca [internet], 2003; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2003. p. 10. [acessado 2019 jan 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_da_12_CNS.pdf

Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc Saúde Col*. 2010;15:2215-28.

Artmann E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Belo Horizonte: UFMG, 2000. [Acesso: 15 out. 2019]. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>>.

Ayres JRCM. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva Brasileira. *Intelligere*. 2016;2(1):139-55.

Azevedo BMS, Ferigato S, Souza TP, Carvalho SR. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface-Comunicação Saúde Educ*. 2012;17:187-200.

Azevedo VF. Uma breve história da tarde na formação de médicos. Rev Iátrico. 2015; 35:40-8.

Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. Rev USP. 2001; 51:138-45.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barremblitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática, 5ed., Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari (Biblioteca Instituto Félix Guattari; 2); 2002.

Barros PP, Gomes J-P. Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Lisboa: Gabinete de Análise Económica Faculdade de Economia Universidade Nova de Lisboa; 2002.

Bispo JP; Messias KLMD. Sistemas de Serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde Brasileiro. Rev Saúde Com. 2005;1(1):79-89.

Borges CF; Baptista TWF. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. Trabalho, Educação e Saúde. 2010;8(1):27-53.

Bornstein VJ, Morel CM, Pereira I, Lopes MR. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2014;18:1327-39.

Bornstein VJ et al. Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro. EPSJV; 2016.

Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. Ciên Saúde Col. 2012;17:575-86.

Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11:7-17.

Boulos GC. Estudo sobre a variação de sintomas depressivos relacionada à participação coletiva em ocupações de sem-teto em São Paulo [dissertação]: São

Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Anais 5ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1975. 399p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997. 36p.

Brasil. Ministério da Saúde. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986. 430p.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde; 1997. 36p.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001a. [citado 3 nov 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001b. [citado 3 nov 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, 2002. [citado 3 nov 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa / Fundação Nacional de Saúde. Brasília; 2004. 232 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006b. [Acesso: 2018 fev. 27]. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt064828032006comp.html>. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 160 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. 100 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 88 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. 36 p. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. – (Série C. Projetos, programas e relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. – (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (Cneps). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. [Acesso: 6 mar. 2018]. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União; 2012c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224 p.

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

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Projeto de Resolução de e de junho de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva e dá outras providências. Brasília, 2017a. [internet]. [citado 3 nov 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. [internet]. [citado 27 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a. 50 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 426 p. Modo de Acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017.pdf.

Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 60, de 20 de março de 2019. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissionais, no âmbito da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Diário Oficial da União [Internet]. Nº 56, 22 de março de 2019. [Acesso 5 aug. 2019]. Disponível em: http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/68157853/do1-2019-03-22-portaria-n-60-de-20-de-marco-de-2019-68157790.

Bondia JL. Notas sobre a experiência e saber de experiência. Revista brasileira de educação. 2002(19):20-8.

Brito JC. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2005;21(5):1612-4. [citado 02/11/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Rev Saúde Col. 2007;17:77-93.

Câmara A, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira K, et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. Rev bras educ med. 2012;36(1):40-50.

Campagnoli M. Análise institucional das práticas de enfermagem em uma unidade básica de saúde; 2016.

Candeias NMF. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-1918-1945. Rev de Saúde Pública. 1984;18:2-60.

Canzonieri AM. Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde. Petrópolis: Vozes; 2010.

Capozzolo AA, Imbrizi JM, Liberman F, Mendes R. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. Interface-Comunicação Saúde Educ. 2013;17(45):357-70.

Capozzolo AA, Casetto SJ, Imbrizi JM, Henz AO, Kinoshita RT, Queiroz MFF. Narrativas en la formación común de profesionales de la salud. Trabalho Educ Saúde. 2014;12(2):443-56.

Cardoso DSA, Oliveira JM, Costa LMC, Rozendo CA. Aprendizagem reflexiva: o uso do portfólio coletivo. Rev Bras Educ Méd. 2015;39(3):442-9.

Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde em Debate, 2017;41:1177-86.

Carrer FCA, Cayetano MH, Gabriel M, Melani ACF, Martins JS, Rizzo H, Lopes M, Lopez-Capp TT, Silva DP, Araujo ME. O ensino da Clínica Ampliada para ingressantes do curso de Odontologia: um relato de experiência. Rev ABENO. 2017;17(4):108-20.

Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa; novembro de 1986. [internet]. [citado em 07 out. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc Saúde Colet, 2004;9(3):669-678.

Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados. 2013;27(78):7-26.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. Tratado de saúde coletiva; 2006:149-82.

Cecílio LCDO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LAD, Andrade MDGG, Souza ALMD. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes

temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?.Ciênc Saúde Colet. 2012;17: 2893-902.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. SciELO Public Health; 2005.

Ceccim RB; Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R; Ceccim RB; Mattos RA (Orgs.) 1ª edição / julho 2006. Ensinar saúde: integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 169p.

Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho Educação Saúde. 2008;6(3):443-56.

CETESB- COMPANHIA DE TECNOLOGIA AMBIENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Relatório de qualidade das praias no estado de São Paulo 2016 [recurso eletrônico] / CETESB ; Coordenação geral Maria Helena R.B. Martins ;Coordenação técnica Nelson Menegon Jr., Cláudia Condé Lamparelli ; Equipe técnica Cláudia Condé Lamparelli ... [et al.]. - - São Paulo : CETESB; 2017a. 190p.

CETESB - COMPANHIA DE TECNOLOGIA AMBIENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO – Governo do Estado de São Paulo. Mapa de Qualidade das Praias. São Paulo: CETESB, 1997b. [citado 15 dez. 2017]. Disponível em: <http://sistemasinter.cetesb.sp.gov.br/html-praias/mapa.html>.

Cohn A. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova: Revista de Cultura e Política. 1989;(19):123-140. [citado 15 set. 2018]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Pacto pela Saúde. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Legislação e normas técnicas. Portaria GM/MS 399 de 22/02/2006. [Internet]. Brasília (Brasil): CONASS; 2006, 172p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_e_legislacao.pdf

Costa JP. A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. Arq Med. 2013;27(4):158-67.

Cotta RMM, Mendonça ÉT, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Rev Panamericana Salud Pública. 2011;30:415-21.

Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ÉT. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. *Ciênc Saúde Col*. 2013;18:1847-56.

Cotta RMM; Costa ID. Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. *Interface-Comunicação Saúde Educ*, 2016;20:171-83.

Coutinho CN. Cidadania e modernidade. *Perspectivas: Revista de Ciências Sociais*, 1999; 22(1):41-59.

Dal Prá KR, Minelli DS, Martini D, Fetzner RRT, Fontana KC. O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. *Tempus, actas de saúde colet*. Brasília, 2015;9(2):91-103.

Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, URSS, 6-12 setembro, 1978.

Delamarque EV. Junta central de higiene pública: vigilância e polícia sanitária (antecedentes e principais debates) [dissertação]. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2011. 187p.

Deslandes SF. A construção do projeto de pesquisa. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 1994;2:31-50.

Dmytraczenko T, Almeida G. (Eds.). Rumo a uma cobertura universal de saúde e equidade na América Latina e no Caribe: Evidência de países selecionados. The World Bank; 2016. 258 p.

Dubos R. In: Albuquerque, CMS; Oliveira, CPF (Org.). *Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança*, 1980. [Acesso: 08 mar. 2019]. Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm..

Educação Popular em Saúde em Movimento. *Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência*. 2014. [Acesso: 21 jul. 2018] (Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>)

Elias MDC. A atualidade da proposta pedagógica de Célestin Freinet. *Rev Ibero-Americana d Estudos e Educação*. 2017;12(1):612-9.

Faria LR, Alves CA. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. *Saúde Sociedade*. 2015;24:72-85.

Faria H. Processo de trabalho em saúde / Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos. - 3a ed. - Belo Horizonte: Nescon/ UFMG; 2017. 68p.

Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

Filippon J, Giovanella L, Konder M, Pollock AM. A " liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32: e00034716.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, Links; 2009.

Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? *Interface-Comunicação Saúde Educ*. 2014; 18:1255-68.

Flores ETL, Souza DOG. O uso do diário como dispositivo cartográfico na formação em Odontologia. *Interface-Comunicação Saúde Educ*. 2014; 18:197-210.

Fonseca GS. Formação pela experiência: Revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia in vitro. [tese]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia; 2015.

Fonsêca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. *Interface-Comunicação Saúde Educ*. 2014;18:571-83.

Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27:388-94.

Fontelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontelles RGS. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Rev Paraense Medic*. 2009; 23(3):1-8.

Fortuna CM, Silva SS, Mesquita LP, Matumoto S, Oliveira PS, Santana FR. A socioclínica institucional como referencial teórico e metodológico para a pesquisa em enfermagem e saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2017; 26(4): e2950017.

Franco RJ. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. *Estudos Históricos* (Rio de Janeiro). 2014;27(53):5-25.

Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface-Comunicação Saúde Educ*. 2007;11:427-38.

Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013. 307p.

Freire P. Conscientização e alfabetização: uma nova visão do processo, 1963. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org/xmlui/search>.

Freire P. Ação cultural para a liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª. Ed Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

Freire P. Educadores de rua: uma abordagem crítica: alternativas de atendimento aos meninos de rua. Ed. UNICEF; 1989.[internet]. [acesso 05 mai. 2018]. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Paulo-Freire-Educadores-de-rua-uma-abordagem-cr%C3%ADtica-Alternativas-de-atendimento-aos-meninos-de-rua.pdf>

Freire P. Pedagogia da Esperança . Um reencontro com a Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992. 245p.

Freire P, Nogueira A. Que fazer - Teoria e Prática em Educação Popular. Rio de Janeiro: Vozes – Petrópolis, 4ª Ed.; 1993.

Freire P. Pedagogia Autonomia. São Paulo: Ed. Paz e Terra; 1996.

Freire P. Desafios da educação de adultos ante a nova reestruturação tecnológica. Freire P. Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP; 2000.

Freire P. 1921 – 1997 Política e educação: ensaios / Paulo Freire. – 5. ed - São Paulo, Cortez, 2001. (Coleção Questões de Nossa Época; v.23).

Freire P. Professora, sim; tia, não: cartas a quem ousa ensinar [recurso eletrônico] / Paulo Freire - 24ª ed. ver. atual. – Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.

Freitas WR, Jabbour CJ. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. Rev Estudo Debate. 2011;18(2):7-22.

Frigotto G. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio. Ensino médio integrado: concepção e contradições São Paulo: Cortez. 2005:1-17. [citado 12 set. 2019]. Disponível em: http://redeescoladegoverno.rs.gov.br/upload/1392215640_CONCEP%C3%87%C3%95ES%20E%20MUDAN%C3%87AS%20NO%20MUNDO%20DO%20TRABALHO%20E%20O%20ENSINO%20M%C3%89DIO.pdf.

Galante ACC. Implantação do Conselho Gestor em Ilhabela: Construções coletivas e sociais transformadoras (Pôster digital). 15º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade (10 a 13/07/2019). Cuiabá-Mato Grosso. 2019a. Disponível em:

https://cbmfc2019.websiteseuro.com/arearestrita/imprime_certificado_trabalhos.php?id_inscrito=80325&l=Galante.

Galante ACC. Diálogos da comunidade com trabalhadores SUS: Terapêutica integrativa /complementar em Ilhabela (Pôster digital). 15º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade (10 a 13/07/2019). Cuiabá-Mato Grosso. 2019b. Disponível em:

https://cbmfc2019.websiteseuro.com/arearestrita/imprime_certificado_trabalhos.php?id_inscrito=80325&l=Galante.

Galvão EFC, Galvão JB. Pesquisa Intervenção e Análise Institucional: alguns apontamentos no âmbito da pesquisa qualitativa. Rev Ciênc Sociedade. 2017;1(1):54-67.

Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre. Ed. UFRGS. Plageder; 2009.120p.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saúde Pública. 2006;22:1171-81.

Gill R. Análise de Discurso. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes; 2002:244-70.

Giovanella L. Entre a solidariedade e a subsidiariedade. Políticas de contenção no seguro social de doença alemão: a "terceira etapa da reforma da saúde". [tese]. Rio de Janeiro. Ensp/Fiocruz ; 1998.

Gohn MG. Social Movements In Contemporary [movimentos Sociais Na Contemporaneidade]. Rev Bras Educ. 2011; 16 (47):333-61

Goldschmidt IL; Bonetti OP; Matielo E. Promoção da equidade no SUS: o direito à diversidade. In: Bornstein et al, Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV; 2016. 164 p.

Gomes LB, Merhy EE. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. Interface-Comunicação Saúde Educ. 2014a;18:1427-40.

Gomes LB, Merhy EE. Subjetividade, espiritualidade, gestão e Estado na Educação Popular em Saúde: um debate a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. Interface-Comunicação Saúde Educ. 2014b;18:1269-81.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Google Maps. Localização das unidades de saúde em Ilhabela. 2019a. [citado 11 abr. 2019]. Disponível em: https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1GM80lcs8YwPH0UipwYduDGOUZE_Cqra6H&ll=-23.79749863509952%2C-45.39502149005409&z=11

Google Maps. Localização das unidades escolares em Ilhabela. 2019b. [citado 11 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1W-CapSnzKM8vQ1EvCD8Q3BMBFPQLAvKx&ll=-23.797570411311423%2C-45.39502149005409&z=12>.

Google Maps. Localização da microrregião da Unidade Básica de Saúde da Família da Água Branca. 2019c. [citado 11 jun. 2019]. Disponível em: https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1ZLrKhNBHLMYSXh_F-qp83eGpN4hq8Ot4&shorturl=1&ll=-23.82660887843273%2C-45.382199885370824&z=14

Google Maps. Localização de bairros com ocupações desordenadas em Ilhabela. 2019d. [citado em: 18 jun. 2019]. Disponível em: <https://sites.google.com/litoralnortesustentavel.org.br/observatorio-dos-ods/mapoteca/ilhabela/n%C3%BAcleos-de-ocupa%C3%A7%C3%A3o-desordenada?authuser=0>

Guidini C. Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios. [Monografia]. (Pós-graduação Latu Senso em Gestão de Organização Pública em Saúde EAD)-Universidade Federal de Santa Maria; 2012.

Heidegger M. O ser e o tempo. São Paulo: Editora Abril (Coleção Os Pensadores); 1980.

Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes E. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. Cad Saúde Pública. 2018; 34: e00214516.

Holst J. Planejamento de saúde na Alemanha. Anais Instituto Higiene Med Tropical. 2017;16:29-36.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Censo Demográfico 2010: Panorama, Pesquisas, História e fotos. [internet]. 2019. [citado em 05/02/2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ilhabela>.

Ide CAC, Chaves EC. A questão da determinação do processo saúde-doença. Rev Escola Enfermagem USP. 1990; 24(1):163-7.

Ilhabela. Prefeitura Municipal da estância Balneária de Ilhabela. Lei 1.339/2018. Lei de Diretrizes Orçamentárias. Estima a receita e fixa a despesa de Ilhabela para o exercício de 2019. 2018. [citado 13 fev. 2019]. Disponível em: https://transparenciaonline.ilhabela.sp.gov.br/wp-content/uploads/sites/2/arquivos/2019/01/Lei_1339_2018-LOA-Inicial-2019-Parte-1.pdf.

Ilhabela. Câmara Municipal de Ilhabela. Lei Orgânica da Estância Balneária de Ilhabela. 2019a. [citado 05 mar. 2019]. Disponível em: https://www.camarailhabela.sp.gov.br/docs/lei_organica.pdf.

Ilhabela. Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela. 2019b. Lei número 1.383/2019, Dispõe da organização dos Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde no Município de Ilhabela e dá outras providências. [citado 25 nov. 2019]. Disponível em: https://www.arquivamais.com.br/sistema/arquivamais_v_1_1/anexo_down_web.php?id_arquiva=030181007&arquivo_tipo=arquiva_documento_26&arquivo_anexo=12470&arquivo_documento=2391&arquivo_visual=2.

Ilhabela. Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela. 2019c. Lei número 1.385/2019, Dispõe sobre a criação do Programa Municipal "Atenção à Saúde nas Escolas" e dá outras providências. [citado 02 dez. 2019]. Disponível em: https://www.arquivamais.com.br/sistema/arquivamais_v_1_1/anexo_down_web.php?id_arquiva=030181007&arquivo_tipo=arquiva_documento_26&arquivo_anexo=12472&arquivo_documento=2393&arquivo_visual=2

Instituto Pólis. Estudos e Formação e Assessoria em Políticas Sociais Centro de Documentação e Informação. Relatório de Atividades 2012. [internet]. São Paulo: Instituto Pólis, 2013a. 92p. [citado 15 dez. 2017]. Disponível em: <https://www.polis.org.br/uploads/2168/2168.pdf>.

Instituto Pólis. Litoral Sustentável, Desenvolvimento e inclusão social. Resumo executivo de Ilhabela. [internet]. São Paulo: Instituto Pólis, 2013b. 21p. [citado 13 jun. 2018]. Disponível em: <https://polis.org.br/wp-content/uploads/Resumo-Executivo-ILHABELA-Litoral-Sustentavel.pdf>.

Instituto Pólis. Convênio Petrobras. Relatório nº 6. Diagnóstico Urbano Socioambiental. Município de Ilhabela. [internet]. BASE DAS INFORMAÇÕES: ATÉ 2012 REVISÃO DE MARÇO DE 2013. 2013 c. [citado 18 jun. 2018]. Disponível em: http://litoralsustentavel.org.br/wp-content/uploads/2013/04/1_Ilhabela_25.03.pdf.

Instituto Pólis, de Estudos e Formação e Assessoria em Políticas Sociais Centro de Documentação e Informação. Royalties: recursos para políticas públicas e desenvolvimento sustentável. / Coordenação Danielle Klintowitz. - São Paulo: Instituto Pólis, 2016. 104p. (Caderno Temático, 2).

José A. Um olhar para a saúde pública cubana. Estudos Avançados. 2011;25(72):89-96.

Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. Rev Escola Enfermagem USP. 2009;43(4):937-44.

Junqueira SR, Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. Módulo político Gestor. 2008. Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS. UNIFESP. [citado 15 set. 2017] Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_9.pdf.

Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C, Araujo ME. Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. Ciênc Saúde Col. 2012;17:1015-24.

Kayanoky LP. Perspectiva dos profissionais de saúde e assistência social de Ilhabela sobre DST/aids e uso abusivo de drogas entre os jovens: um estudo sobre mobilidade populacional e vulnerabilidade. [monografia]. Especialização em Prevenção ao HIV/AIDS no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina; 2011.

Kastrup V. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. Educ Sociedade. 2005; 26(93):1273-88.

Kastrup V. A cognição contemporânea e a aprendizagem inventiva. In: Kastrup V; Tedesco S; Passos E. (Orgs.). Políticas da cognição. Porto Alegre: Sulina; 2008:93-112.

Kerr LRFS, Kendall C. A pesquisa qualitativa em saúde. Rev Rede Enfermagem Nordeste. 2013;14(6):1061-3.

Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. Saúde Sociedade. 2009;18:733-43.

Koerner A. O Poder Judiciário no sistema político da Primeira República. Rev USP. 1994(21):58-69.

Kolb D. Experiential learning-experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs; 1984.

L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciênc Saúde Col. 2003;8:265-74.

L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Mnemosine. 2012; 8(1):194-219.

Labra ME. As políticas de saúde no Chile: entre a razão e a força. Sistemas de saúde, continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec; 1995:103-52.

Labra ME. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. Ciên Saúde Col. 2001;6:361-76.

Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Laswell, HD. Politics: Who Gets What, When, How. Cleveland; Meridian Books; 1958.

Leandro BBS, In: Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio / Organização de Vera Joana Bornstein... [et al.]. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

Lessard-Hérbert M; Goyette G; Boutin G. Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. 3. ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2008. 184p.

Lima RCGS, Severo DO, Verdi MIM, Da Ros MA. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. Saúde Sociedade. 2009;18:118-30.

Lourau R. A análise institucional. Editora Vozes, Petrópolis; 1975. 294p.

Lourau R. Análise Institucional e práticas de pesquisa-René Lourau na UERJ. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

Lowi T. "American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory", World Politics; 1964;16: 677-715.

Lowi T. "Four Systems of Policy, Politics, and Choice". Public Administration Review: 1972;32:298-310.

Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. Ciên Saúde Col. 2018;23:2197-212.

Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cadernos de Saúde Pública; 2017. 33p.

Madureira PSP. Sistema de saúde cubano [tese de mestrado]. Coimbra (Portugal): Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina; 2010.

Márquez M, Soberats FS, Galbán PA, Medicina general-medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. Editorial de Ciencias Médicas Ecimed. Ciudad de La Havana, 2011. 136p.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília-DF. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

Menicucci TMG. Federalismo e Política de Saúde na Argentina e no Brasil. – Universidade Federal de Minas Gerais/Brasil. GI 20: Políticas Públicas Trabalho preparado para apresentação no 9º Congresso Latinoamericano de Ciência Política, organizado pela Associação Latino-americana de Ciência Política (ALACIP). Montevideo, 26 ao 28 de julho de 2017.

Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?[Internet]. Campinas; 1999.

Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. In: Brito JC O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Cad. Saúde Pública [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. BRASIL Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de gestão da Educação na Saúde VER–SUS Brasil: cadernos de textos Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37.

Merhy EE. Ver a si o ato de cuidar. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO (org). Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 248-67.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde Debate. 2003;27(65):316-23.

Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPJV/FIOCRUZ; 2005: 278-84.

Milanesi MA. Avaliação do efeito orográfico na pluviometria de vertentes opostas da Ilha de São Sebastião (Ilhabela-SP): Universidade de São Paulo; 2007.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 1993 jul.-set;9(3):239-248.

Minayo MCS. In: Deslandes SF; Gomes RC; Minayo MCS (organizadora). Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis; Vozes; 1994.

Minayo MCS, Assis S, Souza E. Avaliação por triangulação de dados: abordagem de programas sociais. Fundação Oswaldo Cruz. 2005: 25-34.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciên Saúde col. 2012;17:621-6.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. 2017;5(7):1-12.

Ministério da Educação (MEC). Secretaria de ensino Superior. Departamento de hospitais e residências. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2010. [citado 05 mai. 2019]. Disponível: http://capes.gov.br/images/stories/download/diversos/Seminario_EnsinoSaude.pdf

Ministério da Educação (MEC). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Índice de desenvolvimento da Educação Básica (Ideb). 2019. Ilhabela. [citado 15 mai. 2019]. <http://ideb.inep.gov.br/resultado/>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 2019. [citado 08 out. 2019]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>.

Monken M; Gondim GMM. Território: lugar onde a vida acontece. In: Bornstein et al, Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. 164 p.

Moran JM. O Uso das Novas Tecnologias da Informação e da Comunicação na EAD-uma leitura crítica dos meios. Palestra proferida pelo Professor José Manuel Moran no evento " Programa TV Escola-Capacitação de Gerentes" realizado pela COPEAD/SEED/MEC em Belo Horizonte e Fortaleza; 1999.

Moreira J, Santos HR, Teixeira RF, Frota PRO. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. Revista Contrapontos. 2007;7(3):507-21.

Munarim A; Beltrame S. Educação do Campo. Reflexões e Perspectivas. Florianópolis: Insular, 2ª Ed. 2011. 192p.

Muylaert CJ, Sarubbi Jr V, Gallo PR, Neto MLR, Reis AOA. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. Rev Escola Enfermagem USP. 2014;48:184-9.

Nicoletti MA, Faria TM. Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na Atenção Básica. Infarma-Ciências Farmacêuticas. 2017;29(4):313-27.

Noronha JC, Ugá MAD. O sistema de saúde dos Estados Unidos. Sistemas de saúde, continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. 1995; p. 177-218.

Oliveira AMC, Dallari SG. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde e o Servizio Sanitario Nazionale: a reforma da reforma-a adoção do Ticket Sanitario. Saúde Soc. 2016;25:895-901.

Oliveira MW. Educação popular e saúde. Revista de Educação Popular. Rev. Ed. Popular, Uberlândia: 2007(jan./dez);6(1):73-83.

Ollaik LG, Ziller HM. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. Educ Pesquisa. 2012;38(1):229-41.

Osa JA. Um olhar para a saúde pública cubana. Estudos avançados. 2011;25(72): 89-96.

Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Med. 2008;32(4):492-9.

Paim JS. Marco de referência para um programa de educação continuada em Saúde Coletiva. Rev Educ Med. 1993;17:p.1-44.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública. 1998;32:299-316.

Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários In: Mendes (org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993.

Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI: Ed. UFBA; 2006.

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. [internet]. [tese]. Universidade Federal da Bahia. Instituto Saúde Col; 2008. p. 356.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Veja. 2012; 6736(11):60054-8.

Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc Saúde Col. 2018;23:1723-8.

Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Rio de Janeiro. Hist. Ciênc. Saúde -Manguinhos. 2014;21(1):15-36.

Pareja JMD, Guerra FF, Vieira SR, Teixeira KMD. A produção do espaço e sua relação no processo de saúde-doença familiar. Saúde Sociedade. 2016;25:133-44.

Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. Mundo saúde. 2007;31(3):320-8.

Pereira WR. Algumas contribuições da análise institucional para estudar as relações entre os serviços públicos de saúde e a sua clientela. Rev Bras de Enfermagem. 2000;53(1):31-8.

Peres SMP, Barbosa SRCS. Ilhabela, SP: Transformações Sócio-Ambientais e Processos Saúde-Doença. IV Encontro Nacional da ANPPAS 4, 5 e 6 de junho de 2008 Brasília – DF – Brasil. (Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro4/cd/ARQUIVOS/GT14-813-500->

20080510151131.pdf).

Peters BG. American Public Policy. Chatham, EUA: Chatham House; 1996.

Pezzato LM, L'Abbate S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. Physis [Internet]. 2011;21(4):1297-14. [citado 03 nov. 2018] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400008&lng=en.

Pierantoni CR, Machado MH, Campos FE, Ferreira JR, Abramzón MC. Trabalho e educação em saúde no Mercosul. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, c2008. 228p.

Pigatto JAM. Governança da atenção primária à saúde na Argentina e no Brasil [tese]. Integração da América Latina;. [internet]. São Paulo. Universidade de São Paulo; 2010 [citado 27 out. 2018].

Pimentel A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. Estud Psicol. Natal; 2007Ago;12(2):.....

Pinheiro DGM, Scabar TG, Maeda ST, Fracolli LA, Pelicioni MCF, Chiesa AM. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. Saúde Sociedade. 2015;24180-8

Pinto JMC. História e memória coletiva. In: Bornstein et al, Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. 164 p.

Public Tableau. Rede Litoral sustentável. Observatório ODS 2030. Royalties. 2019a. [citado 26 fev. 2019] Disponível em: https://public.tableau.com/profile/redelitoralnortesustentavel#!/vizhome/Observatorio_ODS_2030_LITORALNORTE/Royalties.

Public Tableau. Rede Litoral sustentável. Observatório ODS 2030. Considerações Gerais. 2019b. [citado 26 fev. 2019]. Disponível em: https://public.tableau.com/profile/redelitoralnortesustentavel#!/vizhome/Observatorio_ODS_2030_LITORALNORTE/99-ConsideracoesGerais. Disponível em:

Public Tableau. Rede Litoral sustentável. Observatório ODS 2030. Despesas. 2019c. [citado 26 fev. 2019]. https://public.tableau.com/profile/redelitoralnortesustentavel#!/vizhome/Observatorio_ODS_2030_LITORALNORTE/Despesas.

Pope C, Mays N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. Pope C, Mays N, organizadores In: Pesquisa qualitativa na atenção à saúde Porto Alegre: Artmed Editora; 3ªed. 2009:11-22.

Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis: Rev Saúde Col. 2017;27:255-76.

Queiroz Pinheiro CV. Indivíduo e sociedade: um estudo sobre a perspectiva hierárquica de Louis Dumont. Rev Subjetividades; 2001;1(1):94-105.

QEdu. Fundação Lemann. Evolução do IDEB no Ensino Fundamental I em Ilhabela. 2019. [citado 15 mai. 2019]. Disponível em: <https://www.qedu.org.br/cidade/2895-ilhabela/ideb>.

Rabello LS. Estudo comparado Brasil e Canadá. Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada; 2010: 107-55.

Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. Saúde em Debate. 2015;39:56-64.

Renovato RD, Bagnato MHS. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. Rev Eletrônica Enfermagem. 2012;14(1):77-85.

Ricoeur P. Du texte à l'action, Paris, Editions du Seuil; 1986. 175 p.

Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H. Saúde pública: bases conceituais. 2. ed. São Paulo : Editora Atheneu; 2013.

Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde Porto Alegre: Artmed; 2003: 28-49.

Ronzani TM, Stralen CJ. Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. Rev APS. 2003;6(2):99-107.

Roso A, Romanini M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico/Individual empowerment, community empowerment and awareness: a theoretical essay. *Psicologia e Saber Social*. 2014;3(1):83-95.

Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Rev EPOS*. 2014;5(1):156-81.

Rua MG, Romanini R. Para aprender Políticas Públicas. Unidade IV – Tipologias e Tipos de Políticas Públicas. Instituto de Gestão e Economia de Políticas Públicas. 2014. p. 22.

Saddi CC. Política e compromisso: os novos sistemas de gestão em saúde na Europa: o caso da Itália 1999.

Santili PGJ; Tonhom SFR; Marin MJS. Educação em saúde desafios na sua implementação. *Atas. Investigação Qualitativa Saúde*. 2016;2:1147-56.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos avançados*. 1999;13(35):71-88.

Santos NIS. Movimento institucionalista e análise institucional no Brasil. *Rev Sociais Humanas*. 2002;15(1):55-62.

Santos, SA (Org.). Curso Educação Popular em Saúde. / organizado por Simone Agadir Santos e Gert Wimmer. Rio de Janeiro: ENSP; 2013. 98p.

Santos JC, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Gerais: Rev Interinstitucional Psico*. 2018;11(1):79-98.

São Paulo. Secretaria do Meio Ambiente - SMA. Planos de manejo das unidades de conservação - Parque Estadual de Ilhabela. Resumo executivo; 2015.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde O que é e como funciona o conselho gestor no SUS. São Paulo. Secretaria da Saúde; 2016. p. 110.

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Lei 16.961/2018, Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 2019. 2018. [citado 05 mar. 2019].

Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16961-de-20-de-julho-de-2018>.

Scarcelli, IR. Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde. São Paulo: Zagodoni; 2017. 272 p.

Schwartz Y. De la "qualification" à la "compétence". Education Permanente; 1995;123:125-38.

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados. 2019. [citado 04 abr. 2018]. Disponível em: <http://www.perfil.seade.gov.br/#>.

SEBRAE. Políticas Públicas: conceitos e práticas / supervisão por Brenner Lopes e Jefferson Ney Amaral; coordenação de Ricardo Wahrendorff Caldas – Belo Horizonte : Sebrae/MG, 2008. 48 p.

Severo DO, Cunha AP, Ros M. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. Texto Contexto Enferm. 2007;16(2):239-45.

Silva CG. Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas. [trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades; 2012.

Silva CP, Rodrigues AB, Oliveira CLBS, Rodrigues TB, Soares NR, Dias MSA. Educação em Saúde: uma revisão histórico-crítica com enfoque no município de Sobral-CE. SANARE. Rev Políticas Públicas. 2010;9(2):

Silva LS, Cotta RMM, da Costa GD, de Oliveira Campos AA, Cotta RM, da Silva LS, et al. Formação de profissionais críticos-reflexivos: o potencial das metodologias ativas de ensino aprendizagem e avaliação na aprendizagem significativa. Formação de profissionais críticos-reflexivos, metodologias ativas e aprendizagem significativa. Revista del Congrés Internacional de Docència Universitària i Innovació (CIDUI); 2014.

Silva RF, Sá-Chaves I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. Interface-Comunicação Saúde Educ. 2008;12:721-34.

Sistema Costa Norte de Comunicação. Ilhabela registra surto de diarreia e virose. Reginaldo Pupo. 17 de janeiro de 2019. [acesso: 04 mar 2019]. Disponível em: <http://d.costanorte.com.br/geral/26266/ilhabela-registra-surto-de-diarreia-e-virose>.

Sousa M, Silveira S, Rodrigues N, Silva E. Estratégia Saúde da Família: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS. Anais 5ª Jornada Internacional de Políticas Públicas [internet]; 2011. 9 p.

Souza SC; Bussinguer ECA. Uma análise comparada entre os sistemas de saúde brasileiro e chileno a luz do princípio bioético da solidariedade. Revista de Direito Constitucional e Internacional. 2017; 25(99):227-244.

Stelet BP, Romano VF, Carrijo APB, Teixeira Junior JE. Portfólio reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. Interface-Comunicação Saúde Educ. 2017; 21:165-76.

Stotz, EN. Enfoques em educação e saúde. In Valla, V.V. & Stotz E.N. Participação popular e Saúde: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993:11-22.

Stotz EN. Encontro de movimentos e práticas de Educação Popular e Saúde. Interface-Comunicação Saúde Educa. 2004;8:179-82.

Stotz EN, David H, Wong-Un JA. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Rev APS. 2005;8(1):49-60.

Taquette SR, Minayo MC. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. Physis: Rev Saúde Col. 2016;26:417-34.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Rozenfeld S., Org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000: 49-60..

Teixeira LA, Almeida M. Os primórdios da vacina antivariólica em São Paulo: uma história pouco conhecida. Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos [internet]. 2003;10(2):475-98 [citado 14 out.2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a03v10s2.pdf>.

Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP). Curso de Pós-Graduação em Psicologia; 2002.

Toso BRGO, Reichert APS, Maia EBS, Cabral IE, Esperón JMT, Schultz LF, et al. A saúde pública e a enfermagem cubana: relato de experiência. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2016;16(2):85-95.

Tude JM. Conceitos gerais de políticas públicas. Políticas Públicas. Curitiba: IESDE Brasil SA, 2010;11-34.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública; 2005;39:507-14.

Turato ER. Polêmicas reais e falsas na relação conceitual entre metodologias quantitativas e qualitativas aplicadas ao campo da saúde. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Brazil Journal of Mental Health. 2009;1(1):130-5.

Valoura LD. (2005/2006). Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo empoderamento, em seu sentido transformador. Recuperado em 26 janeiro, 2011, de Instituto Paulo Freire: http://www.paulofreire.org/pub/Crpf/CrpfAcervo000120/Paulo_Freire_e_o_conceito_de_empoderamento.pdf).

Vasconcelos EM. "A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental" In: Revista Serviço Social & Sociedade: seguridade social e cidadania. Ano XXII; 2001a;65:5-53.

Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2001b;5:121-6.

Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis: Rev Saúde Col. 2004;14:67-83.

Vasconcelos EM. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 182.

Vasconcelos EM. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação

em Saúde. 2010; 4(3):12-8.

Vasconcelos EM, Vasconcelos MOD, Silva MO. A contribuição da Educação Popular para a reorientação das Práticas e da Política de saúde no Brasil. Salvador. Rev. FAEEBA-Educação Contemporaneidade. 2015;24(43):89-106.

Vasconcelos EM e Prado EV (org.). A saúde nas palavras e nos gestos : reflexões da rede de educação popular e saúde/organização Eymard Mourão Vasconcelos , Ernande Valentin do Prado. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2017. 272 p.

Verdi MIM; Da Ros MA; Souza TT.Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico]. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina; 2013; 101 p. (Eixo 1 – Reconhecimento da Realidade).

Villela WV, Araújo EC, Ribeiro SA, Cuginotti AP, Hayana ET, Brito FC, et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25:1316-24.

Virtuous, tecnologia educacional. Só Pedagogia. 2019. [citado 07 mai. 2019]. Disponível em: https://www.pedagogia.com.br/biografia/celestin_freinet.php

WHO. World Health Organization. Health systems: Improving performance. The world health report; 2000.

WHO. World Health Organization. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. [internet]. [citado 07 out. 2017]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

WHO. World Health Organization. [internet]. 2017. Health topics. Health education. [citado 10 out. 2017]. Disponível em: https://www.who.int/topics/health_education/en/

WHO. World Health Organization. Global Standards for Health Promoting Schools. Concept Note. [internet] 2018. [citado 01 fev. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/global-standards-for-health-promoting-schools-who-unesco.pdf?ua=1

APÊNDICE A - Os profissionais e suas respectivas categorias profissionais

PROJETO "PROFESSOR SAÚDE"
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS EM ATIVIDADES
2017

1. Profissionais da Educação da Escola José Benedito de Moraes:**- Gestão**

1. Lenice Felix Garcez Silva, gestora;
2. Tatiane Pereira dos Santos, coordenadora pedagógica.

- Equipe administrativa da Escola:

1. Ana Lucia dos Reis Nolasco;
2. Elizabete Maria Jesus Santos;
3. Renata Inácia dos Santos.

-Professores:

1. Adalberto da Silva Lopes
2. Alan Rodrigo da Rocha
3. Alexandre Soares Bastos
4. Aline Pereira dos Santos
5. Ariane de Oliveira da Silva
6. Carine Moreira
7. Cataline Martins Duarte Duque
8. Estela Suarez Fragata Lopes
9. Gislene Selma Rivello
10. Jaqueline de Santana
11. Julliana de Freitas Franzen
12. Junia Lima Paixão
13. Leonice Miquelin
14. Natália Cristina Salvo
15. Sandra Lamb
16. Suzelena da Silva Oliveira
17. Taluana Lais Martins Torres
18. Tatiani Maria de Almeida

2. Profissionais da Secretaria de Saúde:

- Gestão

1. Márcio Nakasone, médico coordenador da Atenção Básica da ESF;
2. Lara Passos Kayanoki, enfermeira chefe da V.E.;
3. Márcia Felo Silva, enfermeira chefe da Saúde da Mulher;
4. Marco Antônio Genova, Secretário Municipal de Saúde;
5. Henrique Cavalli Torres, Coordenador de Saúde Bucal;
6. Priscila Garcez da Luz Aguiar Sartori, médica da equipe Tubarão da ESF Água Branca;
7. Lucas Bernardo, Presidente do COMSOD.

- Profissionais:

1. Ana Paula Monteiro de Barros, enfermeira do NES;
2. Fernando Augusto da Silva, educador físico do NASF;
3. Fernando Silva Junior, técnico do CAPS AD;
4. Katiane Sirtino Soares, enfermeira da equipe Tubarão da ESF Água Branca;
5. Marileide da Silva Januário, ACS da equipe Tubarão da ESF Água Branca;
6. Raquel do Vale Miranda Lima, nutricionista do NASF;
7. Rosana Maura Gonçalves, terapeuta ocupacional coordenadora do NASF;
8. Tereza Raquel Soares do Prado, psicóloga do NASF;
9. Terezinha Maria Ratzinger Blanchet, enfermeira da UBS Água Branca;
10. Wallace de Jesus Amparo, enfermeiro da equipe Salmão da ESF Água Branca.

ABREVIATÓES:

ACS – Agente comunitária de Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

V.E. – Vigilância Epidemiológica

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CAPS AD – Centro de Apoio Psicossocial Alcool e Drogas

NES – Núcleo de Educação e Saúde

COMSOD – Conselho Municipal Sobre Drogas

APÊNDICE B - Atividades do projeto Professor Saúde

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade de Saúde da Família da Água Branca

RELATÓRIO
PROJETO "PROFESSOR SAÚDE"

O projeto visa à integração da educação e saúde direcionados à alunos, pais, professores e funcionários da educação na reflexão sobre o espaço na qual habitamos e trabalhamos, no bem estar voltado para nossa comunidade em processos de atenção à saúde. Ações realizadas na unidade escolar:

1º bimestre

- 09/02/2017 – Reunião com coordenação da escola Lenice (diretora da escola) e Tatiane (coordenadora pedagógica), apresentação da proposta do Projeto "Ilhabela-Capital da Saúde" – Antonio Galante (sala direção da escola);
- 13/02/17 - Reunião com professores. Apresentação do projeto – Antonio Galante (sala de aula);
- 06/03/17 – Reunião com professores. Investigação sobre situação do bairro– Psicóloga Raquel e Nutricionista Raquel, NASF (sala de aula);
- 04/04/2017 – Reunião com coordenação Lenice e Tatiane. Adaptação do cronograma – Antonio Galante (sala da coordenação);
- 10/04/17 – Reunião com professores. Atividade doenças relacionadas à falta de higiene – Médica Dra. Priscila e Enfermeira Katiane, ESF Água Branca (sala de aula);
- 24/04/17 – Reunião com alunos. Atividade sobre sexualidade (dinâmica) – Psicóloga Raquel e Terapeuta Ocupacional Rosana, NASF (sala de aula).

2º bimestre

- 29/05/17 – Reunião com professores. Drogas, como combater, qual o melhor público – Técnico Fernando – CAPS AD (sala de aula);
- 13/06/17 – Reunião com alunos. Sexualidade, anatomia feminina (dinâmica com alunos 5º anos) – Enfermeira Lara, Vigilância Epidemiológica (sala de aula);
- 04/07/17 – Reunião de pais e responsáveis. Palestra sobre Drogas com a comunidade, Compulsão e Obsessão (tipo, causas e consequências) e Palestra: Saúde e Sociedade (ESF) – Lucas Bernardo, presidente do Conselho Municipal Sobre Drogas(COMSOD) e Dr. Márcio Nakasone, Coordenador da Atenção Básica (paço da escola).

3º bimestre

- 03/09/2017 – Emancipação política de Ilhabela. Antonio Galante. Desfile com integrantes da escola (Rua principal no centro de Ilhabela-Vila);
- 04/09/2017 – Reunião com coordenação da escola Lenice e Tatiane. Adaptação do cronograma – Antonio Galante (sala embaixo da quadra);

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade de Saúde da Família da Água Branca

- 19 e 20/09/17 – Reunião com alunos. Cuidados e higiene Enfermeira – Terezinha, ESF Água Branca (sala de aula);
- 20/09/17 – Reunião de pais e responsáveis. Bullying e Pediculose – Enfermeiro Wallace, ESF Água Branca e Enfermeira Ana Paula NASF (paço da escola);
- 28/09/2017 – Apresentação do Projeto de Trabalho no 41º CUBO Congresso Universitário Brasileiro de Odontologia na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Antonio Galante (FOUSP);
- 29/09/2017 – Reunião com Secretário de Saúde de Ilhabela Marco Antonio, diretor técnico-pedagógico da Secretaria de Educação João Paulo, Coordenador da Atenção Básica Márcio Nakasone, Coordenador da Saúde Bucal Henrique Cavalli Torres, Lenice, Tatiane e Antonio Galante.

4º bimestre

- 09/10/2017 – Reunião de pais e responsáveis. Câncer de Mama – Enfermeira Márcia Feio, Coordenadora da Saúde da Mulher (paço da escola);
- 11/10/2017 – Apresentação do Projeto de Trabalho no Conselho Municipal de Saúde de Ilhabela COMUS, Antonio Galante (Secretaria de Saúde); APROVADO como projeto de intervenção e pesquisa;
- 11/10/2017 – Reunião com professores. Atividade de ginástica laboral. Professor de educação física Fernando. (paço da escola);
- 18/10/2017 – Apresentação do teatro da Dengue, executado por Agentes Comunitários de Saúde das várias unidades de saúde de Ilhabela. (paço da escola);
- 27/10/2017 – Reunião com coordenação da escola Lenice (diretora). Agendamento do dia do encerramento com cerimonial na escola. Antonio Galante (sala direção);
- 13/11/2017 – Reunião com coordenação da escola Lenice (diretora) e Tatiane. Definição do dia do encerramento com cerimonial na escola (04/12). Antonio Galante (sala direção);
- 24/11/2017 – Reunião com Equipe de Saúde Bucal. Aula de apresentação do projeto "Ilhabela-Capital da Saúde". Antonio Galante (sala reuniões da Secretaria de Saúde);
- 04/12/2017 – Reunião com Equipe da Escola José Benedito. Aula de apresentação e encerramento do projeto "Ilhabela-Capital da Saúde". Antonio Galante (sala de reuniões escola);
- 19/12/2017 – Mudança de nome do projeto de projeto "Ilhabela-Capital da Saúde" para projeto "Professor Saúde" com a indicação do prefeito para o COMUS. Antonio Galante (sala de reuniões Secretaria de Saúde).

APÊNDICE C - Perguntas do roteiro semiestruturado

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Perguntas semi-estruturadas profissionais de saúde:

1. Qual é o seu nome?
2. Que profissão você exerce
3. Onde é seu local de trabalho?
4. Quantos anos de formação na profissão você tem?
5. Como você descreve sua profissão?
6. Como você avalia seu ambiente de trabalho?
 - a. Mudaria algo no ambiente?
 - b. De que forma?
7. Você rotineiramente executa trabalhos de educação em saúde?
 - a. Qual atividade se lembra?
 - b. Onde executou?
 - c. Como foi feita?
8. De alguma forma a sua atividade(vivência) no projeto criou um perspectiva diferente?
 - a. Como?
 - b. Por quê?
 - c. Pretende modificar algo na sua rotina?
9. Como analisa esse trabalho de educação em saúde?
 - a. Como foi a condução da sua atividade?
 - b. Sentiu falta de algo?
 - c. Mudaria algo?
10. Qual foi o assunto de sua atividade?
 - a. Por que escolheu esse tema?
 - b. Pensa em outro assunto?
 - c. Identifica alguma vulnerabilidade na comunidade?
11. Acredita que sua atividade possa ter contribuído no ambiente escolar?
 - a. De que forma?
 - b. Teria alguma sugestão de melhora?
 - c. Acha que essa integração com a educação produtiva?
12. Como define esse projeto?

Perguntas semi-estruturadas profissionais de educação:

1. Qual é o seu nome?
2. Que profissão você exerce
3. Onde é seu local de trabalho?
4. Quantos anos de formação na profissão você tem?
5. Como você descreve sua profissão?
6. Como você avalia seu ambiente de trabalho?
 - a. Mudaria algo no ambiente?
 - b. De que forma?
7. A entrada de profissionais da saúde na escola é relevante?
 - a. De que forma?
 - b. Por quê?
 - c. Acredita que deveria ter continuidade?
8. Acredita que as atividades em saúde modificou algo na trajetória da escola?
 - a. De que forma?
 - b. Sua aprendizagem foi relevante?
 - c. Houve alguma modificação nas atitudes dos alunos?
 - d. Modificaria algo?
9. Já havia vivenciado outro projeto de educação em saúde?
 - a. Qual?
 - b. Lembra se há quanto tempo?
 - c. Como foi executado?
 - d. Achou produtivo?
10. Qual sua avaliação a respeito do projeto?
11. Como definiria o projeto?

Observação: questões numéricas como principais e questões alfabéticas como possíveis induções.

APÊNDICE D - Consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: "A INTERFACE DA INTERSETORIEDADE E INTEGRALIDADE EM PROJETO DE SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ILHABELA: A PRÁTICA DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO"

Nome do Pesquisador: Antonio Carlos Cardoso Galante

Nome da Orientadora: Maria Ercília de Araújo

1. **Natureza da pesquisa:** o(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade de discutir com base em legislações, manuais e revisões de artigos, as atribuições dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde no direcionamento do processo de educação e saúde em busca da integralidade da assistência em promoção, prevenção e atenção à saúde, e à política e planejamento sanitário do sistema em saúde pública, vinculados à construção do potencial emancipatório do conhecimento popular e coletivo do processo saúde-doença de acordo com a demanda da comunidade.
2. **Sobre as entrevistas:** A manifestação de percepções em entrevistas semi-estruturadas individuais com análise de discurso, conduzindo no discurso o contexto histórico na relação entre os entes, com gravação de vídeo e a confecção de um Diário de Pesquisa que irá descortinar a vivência e experiência dos profissionais da Saúde e Educação durante a execução da integração multiprofissional e a construção da aprendizagem nas atividades executadas.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o participante da pesquisa permitirá que o pesquisador Antonio Carlos Cardoso Galante efetue perguntas relacionadas às atividades executadas no Projeto "Ilhabela – Capital da Saúde" efetivada no decorrer do ano de 2017. O participante tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr.(a).....
.....Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, qualquer tipo de desconforto individual relacionado às perguntas no decorrer da entrevista, essa poderá ser imediatamente suspensa. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Rubrica Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

5. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o(a) Sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre o processo de educação e saúde em busca da integralidade da assistência em promoção, prevenção e atenção à saúde, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir com perspectivas multiprofissionais, multidisciplinares e intersetoriais, no direcionamento do conhecimento do trabalhador de suas competências relacionadas à demanda dos serviços de saúde, em particular a de educação e saúde na indução de mecanismos de intervenção. Onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Pagamento:** o participante não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
8. **Dúvidas:** Em qualquer momento o participante poderá ter esclarecimentos com o CEP-FOUSP - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Avenida Professor Lineu Prestes nº 2227 – 05508-000 – São Paulo – SP – Telefone (11) 3091.7960 – e-mail cepfo@usp.br. O horário de atendimento ao público e pesquisadores é: de segunda a sexta-feira das 9 às 12h e de 14 às 16h (exceto em feriados e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

Rubrica Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Esse documento está impresso em duas vias. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Orientador

Pesquisador: ANTONIO CARLOS CARDOSO GALANTE. TELEFONE (12) 981316742
Orientadora: MARIA ERCÍLIA DE ARAÚJO. TELEFONE (11) 999880557

ANEXO A - Declaração da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Turismo, Prefeitura
de Ilhabela

Ilhabela, 24 de junho de 2019.

Declaração

A Secretaria de Desenvolvimento Econômico e do Turismo por meio desta, declara que o município recebe cerca de 1 milhão de turistas por ano, especialmente durante a temporada de verão.

De acordo com o trade turístico de Ilhabela, essa procura pelo destino aumentou ainda mais nos últimos dois anos.

Mais de 700 mil veículos utilizaram as balsas para ir de São Sebastião a Ilhabela no ano passado, segundo a Dersa, empresa responsável pela travessia.

Os dados acima citados não são oficiais da Prefeitura de Ilhabela, eles são fornecidos pela Associação Comercial de Ilhabela e pela Dersa.

Atenciosamente,

Bianca Colepicolo

Secretaria de Desenvolvimento Econômico e do Turismo

ANEXO B - Recursos humanos da Secretaria de Saúde

Memorando nº.: 183/2018 – Coord. de Atenção Básica/ ESF

Ilhabela, 18 de junho de 2018.

Ao Sr. Antônio Carlos Cardoso Galante

Assunto: Resposta ao Processo 6667-0/2018

Encaminho respostas aos itens 06, 09, 10, 13, 16, 19, 22 e 25 referente à estrutura física e recursos humanos relativos à área da atenção básica até o mês de Abril/2018. É importante salientar que:

- As informações prestadas poderão sofrer alterações, conforme há a atualização do quadro de pessoal e a alimentação do sistema de dados da atenção básica;
- Os demais itens solicitados no processo são de responsabilidade dos demais setores da Secretária de Saúde;

1. Item 06 e Item 09 – Número de Unidades de Saúde da Estratégia de Saúde da Família e Número de Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

O Município de Ilhabela possui 08 Unidades Básicas de Saúde, 11 Equipes de Saúde da Família e 10 Equipes de Saúde Bucal:

- **Unidade Básica de Saúde Armação** – Localiza a Rua Perimetral Norte, 4900, funciona das 07 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. Era composta por uma equipe de Saúde da Família, Equipe Comunidades Tradicionais, que será vinculada ao PAS Bonete.
- **Centro de Saúde III Vila** – Localizada a Rua São Benedito, 151, funciona das 07 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. É composta por 01 Equipe de Saúde da Família.
- **Unidade Básica de Saúde Itaquanduba** – Localizada a Avenida dos Bandeirantes, 230, funciona das 07 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. Possui 01 Equipe de Saúde da Família e realiza horário estendido todas as segundas e quartas-feiras.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

R.: do Quilombo, 199 – Perequê.
3896-9221 - ramal 9612

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Rua do Quilombo, 199 – Perequê – 11630-000, fone: (12) 3396-9200.

E-mail: saude@ilhabela.sp.gov.br

- **Unidade Básica de Saúde Perequê** – localizada a Rua Carolina Vanderstappen, 285, funciona das 07 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. Possui 01 Equipe de Saúde da Família.
- **Unidade Básica de Saúde Água Branca** - Localizada a Rua Avenida Coronel Faria Lima, 1435, funciona das 07 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. É composta por 02 Equipes de Saúde da Família e realiza horário estendido todas as segundas-feiras.
- **Unidade Básica de Saúde Alto da Barra Velha** – Localizada a Rua da Cachoeira, 89, funciona das 07 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. Possui 01 Equipe de Saúde da Família e realiza horário estendido todas as segundas-feiras.
- **Unidade Básica de Saúde Barra Velha** – Localizada a Rua Benedito dos Anjos Sampaio, 225, funciona das 07 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. Possui 02 Equipes de Saúde da Família e realiza horário estendido todas as terças-feiras.
- **Unidade Básica de Saúde Costa Sul** – Localizada a Avenida Riachuelo 6311, funciona das 07 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. Possui 02 Equipes de Saúde da Família.

Além de uma Unidade de PAS localizada na Praia do Bonete e 01 Equipe de saúde exclusiva composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem para atendimento das Comunidades Tradicionais tais como Ilha de Búzios, Ilha Vitória, Praia da Serraria, Praia de Castelhanos entre outras comunidades.

2. Item 10 – Número de funcionários da Estratégia de Saúde da Família

As Unidades Básicas de Saúde atualmente possuem um quadro completo de funcionários e não trabalham com equipes mínimas.

Quadro atual de funcionários na Estratégia de Saúde da Família (até abril/2018) **	
Função	Quantidade
Agente Comunitário de Saúde	75 ativos
Auxiliar de Enfermagem	31 ativos*
Técnico de Enfermagem	12 ativos
Enfermeiro	15 ativos
Médico da Estratégia de Saúde da Família	12 Ativos
Médico Clínico	03 ativos
Médico Pediatra***	07 ativos
Médico Ginecologista Obstetra***	02 ativos

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

R.: do Quilombo, 199 – Perequê.

3396-9221 - ramal 9612

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Rua do Quilombo, 199 – Perequê – 11630-000, fone: (12) 3896-
9200.

E-mail: saude@ilhabela.sp.gov.br

Cirurgião Dentista	15 ativos
Auxiliar em Saúde Bucal	15 ativos
Farmacêutico	06 ativos
Auxiliar de farmácia	07 ativos
Recepcionista	21 ativos
Auxiliar de Serviços Gerais	23 ativos
TOTAL	244 funcionários

*Está prevista a contratação de mais 04 (quatro) auxiliares de enfermagem: 02 (dois) para UBS Barra Velha e 02 (dois) para cobertura de férias e folgas

**as Unidades básicas de Saúde também possuem em seu quadro de funcionários psicólogos, auxiliares administrativos e motoristas, porém estes profissionais não são coordenados pela Atenção Básica.

***Apesar de realizarem um trabalho fundamental junto as equipes de ESF, estas especialidades médicas não são coordenados pela Atenção Básica.

3. Item 13 – Número de médicos da Estratégia de Saúde da Família

O Quadro das ESF é composto por:

- 11 (onze) médicos lotados nas ESF;
- 03 (três) médicos que realizam atendimento de apoio;
- 01 (um) médico lotado no PAS Bonete e que atende as Comunidades Tradicionais;
- 07 (sete) médicos pediatras;
- 02 (dois) médicos ginecologistas obstetras;
- 01 (um) médico que realiza coberturas eventuais, porém não é lotado na Atenção Básica.

4. Item 16 – Número de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família

O Quadro das ESF é composto por:

- 11 (onze) enfermeiros lotados nas ESF e responsáveis técnicos;
- 02 (dois) enfermeiros que realizam apoio nas Unidades Básicas de Saúde da Água Branca e Unidade Básica de Saúde da Barra Velha;
- 01 (um) enfermeiro lotado no PAS Bonete;
- 01 (um) enfermeiro exclusivo para Equipe que funciona as Comunidades Tradicionais.

5. Item 19 – Número de dentistas da Estratégia de Saúde da Família

O Quadro das ESF é composto por:

- 13 (treze) dentistas lotados nas ESF;
- 02 (dois) dentistas carga horária 20 horas que realizam coberturas de férias;

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

R.: do Quilombo, 199 – Perequê.

3896-9221 - ramal 9612

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Rua do Quilombo, 199 – Perequê – 11630-000, fone: (12) 3896-9200.

E-mail: saude@ilhabela.sp.gov.br

- 01 (um) dentista em processo de contratação.

6. Item 22 – Número de funcionários de nível técnico da Estratégia de Saúde da Família

As ESF possuem em seu quadro de funcionários:

- 11 (onze) técnicos de enfermagem lotados nas ESF;
- 01 (um) técnico de enfermagem exclusivo para Equipe que funciona as Comunidades Tradicionais.
- 02 (dois) técnicos de enfermagem que realizam coberturas eventuais, porém não são lotados na Atenção Básica.

7. Número de auxiliares de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família

As ESF possuem em seu quadro de funcionários:

- 31 (trinta e um) auxiliares de enfermagem lotados nas ESF;
- Está prevista a contratação de 04 (quatro) auxiliares de enfermagem sendo, 02 (dois) para a UBS Barra Velha e 02 (dois) para a cobertura de férias e folgas.

8. Item 25 – Número de consultas realizadas no ano de 2017

- Relatórios emitidos pelo Sistema SIGSS.

Atenciosamente,

Enf.ª Tânia Cristina Freitas Barbosa
Coord. da Estratégia de Saúde da Família

Dr. Márcio Russo Nakasone
Coord. da Atenção Básica

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

R.: do Quilombo, 199 – Perequê.
3896-9221 - ramal 9612

ANEXO C - Recursos humanos da Secretaria de Educação

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela

R. Prefeito Mariano Procópio de Araújo Carvalho, 86 – Perequê – CEP 11630-000
Estado de São Paulo – Brasil – Fone/FAX (012) 3886-8200
C.N.P.J. 46.482.865/0001-32 HOME PAGE – <http://www.ilhabela.sp.gov.br>

INFORMAÇÃO DE PROCESSO

Folha para informação, rubricado com firma _____ da processo

Protocolo sob nº 5566-8 em 18/04/2018

ANTONIO CARLOS CARDOSO GALANTE

AO REQUERENTE,

Conforme solicitado em folha 02 deste processo, apresentamos as informações referentes às perguntas (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 e 11) que competem à Coordenadoria de Recursos Humanos:

Nº	Dados solicitados	Resposta
1	Número total de funcionários lotados na Secretaria Municipal de Educação	1367
2	Número de funcionários lotados na sede da Secretaria Municipal de Educação	123
3	Número de funcionários concursados lotados na Secretaria Municipal de Educação	917
4	Número de funcionários contratados lotados na Secretaria Municipal de Educação	401
5	Número de funcionários em comissão lotados na Secretaria Municipal de Educação	117
7	Número de unidades de apoio às unidades escolares, <u>descrição em anexo</u>	01
8	Número de funcionários de nível superior de unidades escolares	560
9	Número de funcionários de nível superior de apoio às unidades escolares	09
10	Número de funcionários de nível técnico/básico de unidades escolares	474
11	Número de funcionários de nível técnico/básico de apoio às unidades escolares	70

Dados sujeito a alterações após ingresso de servidores efetivos e/ou contratado, habilitado através de concurso público e processo seletivo respectivamente

Ilhabela, 20 de junho de 2018.

*As demais perguntas serão respondidas pelos setores responsáveis.

Denise Gonçalves de Oliveira
Coordenadoria de Recursos Humanos

Denise Gonçalves de Oliveira
Assessoria Administrativa
303 34 601 225-4

ANEXO D - Estruturas físicas da Secretaria de Educação

Secretaria Municipal de Educação
Av. São João, 277 - Centro, Foz de Iguaçu SP CEP 13.830-000 - Tel: (13) 3896-9121
E-mail: matriculas.educacao@thabell.sp.gov.br - Tel: 3896-9124

CONSULTA GERAL DA FORMAÇÃO DE CLASSES 2018

ESCOLA	CI ASSIS	MARIA LEONOR	CARLA NA	ANA MARIA	EVELINA	ANTONIO MARQUES	RAQUELA	CATARINA	BERNETHA	TUDENIA	SALVADOR	ALVARA	VILCE	MARIA APARECIDA	NATA	LEONARDO	VENYIA	DEFFELIA	KATOMAR	JOSE SENEZIO	JOSE ANTONIO	LUA	ELEONORA	RUI M	FABIO VILHANO	DIEGO	SERAS ID	MARIA LERE	ANTONIO HONORIO	CARTELAPOS	JOAO PATRONIO	PORTO DO MEIO	LUIZ DE MORAES	NAYLA DOS SANTOS	JOSE DOMINGUE	LUIZ DE VILHENA	TOTAL	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2424	2425	2426	2427	2428	2429	2430	2431	2432	2433	2434	2435	2436	2437	2438	2439	2440	2441	2442	2443	2444	2445	2446	2447	2448	2449	2450	2451	2452	2453	2454	2455	2456	2457	2458	2459	2460	2461	2462	2463	2464	2465	2466	2467	2468	2469	2470	2471	2472	2473	2474	2475	2476	2477	2478	2479	2480	2481	2482	2483	2484	2485	2486	2487	2488	2489	2490	2491	2492	2493	2494	2495	2496	2497	2498	2499	2500	2501	2502	2503	2504	2505	2506	2507	2508	2509	2510	2511	2512	2513	2514	2515	2516	2517	2518	2519	2520	2521	2522	2523	2524	2525	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578	2579	2580	2581	2582	2583	2584	2585	2586	2587	2588	2589	2590	2591	2592	2593	2594	2595	2596	2597	2598	2599	2600	2601	2602	2603	2604	2605	2606	2607	2608	2609	2610	2611	2612	2613	2614	2615	2616	2617	2618	2619	2620	2621	2622	2623	2624	2625	2626	2627	2628	2629	2630	2631	2632	2633	2634	2635	2636	2637	2638	2639	2640	2641	2642	2643	2644	2645	2646	2647	2648	2649	2650	2651	2652	2653	2654	2655	2656	2657	2658	2659	2660	2661	2662	2663	2664	2665	2666	2667	2668	2669	2670	2671	2672	2673	2674	2675	2676	2677	2678	2679	2680	2681	2682	2683	2684	2685	2686	2687	2688	2689	2690	2691	2692	2693	2694	2695	2696	2697	2698	2699	2700	2701	2702	2703	2704	2705	2706	2707	2708	2709	2710	2711	2712	2713	2714	2715	2716	2717	2718	2719	2720	2721	2722	2723	2724	2725	2726	2727	2728	2729	2730	2731	2732	2733	2734	2735	2736	2737	2738	2739	2740	2741	2742	2743	2744	2745	2746	2747	2748	2749	2750	2751	2752	2753	2754	2755	2756	2757	2758	2759	2760	2761	2762	2763	2764	2765	2766	2767	2768	2769	2770	2771	2772	2773	2774	2775	2776	2777	2778	2779	2780	2781	2782	2783	2784	2785	2786	2787	2788	2789	2790	2791	2792	2793	2794	2795	2796	2797	2798	2799	2800	2801	2802	2803	2804	2805	2806	2807	2808	2809	2810	2811	2812	2813	2814	2815	2816	2817	2818	2819	2820	2821	2822	2823	2824	2825	2826	2827	2828	2829	2830	2831	2832	2833	2834	2835	2836	2837	2838	2839	2840	2841	2842	2843	2844	2845	2846	2847	2848	2849	2850	2851	2852	2853	2854	2855	2856	2857	2858	2859	2860	2861	2862	2863	2864	2865	2866	2867	2868	2869	2870	2871	2872	2873	2874	2875	2876	2877	2878	2879	2880	2881	2882	2883	2884	2885	2886	2887	2888	2889	2890	2891	2892	2893	2894	2895	2896	2897	2898	2899	2900	2901	2902	2903	2904	2905	2906	2907	2908	2909	2910	2911	2912	2913	2914	2915	2916	2917	2918	2919	2920	2921	2922	2923	2924	2925	2926	2927	2928	2929	2930	2931	2932	2933	2934	2935	2936	2937	2938	2939	2940	2941	2942	2943	2944	2945	2946	2947	2948	2949	2950	2951	2952	2953	2954	2955	2956	2957	2958	2959	2960	2961	2962	2963	2964	2965	2966	2967	2968	2969	2970	2971	2972	2973	2974	2975	2976	2977	2978	2979	2980	2981	2982	2983	2984	2985	2986	2987	2988	2989	2990	2991	2992	2993	2994	2995	2996	2997	2998	2999	3000	3001	3002	3003	3004	3005	3006	3007	3008	3009	3010	3011	3012	3013	301
--------	----------	--------------	----------	-----------	---------	-----------------	---------	----------	----------	---------	----------	--------	-------	-----------------	------	----------	--------	----------	---------	--------------	--------------	-----	----------	-------	---------------	-------	----------	------------	-----------------	------------	---------------	---------------	----------------	------------------	---------------	-----------------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----

TOTAL CAREDE						TOTAL
TRIP	ED. INF.	E.F. I	E.F. II	E.F. I 2" Secm	E.F. II 2" Secm	
SUB	2021	2527	1750	60	177	6485
TOTALS						

Tipos de Ensino	Do, onde doc?	Data
Educação Infantil	Rita	04/09/2018
Ensino Fundamental I	Donizeti	10/09/2018
Ensino Fundamental II	Donizeti	04/09/2018

CONSULTA DA FORMAÇÃO DE CLASSES FJA 2018

[illegible]

ANEXO E - Atividades Educativas na Atenção Básica 2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHABELA

Relatório de Procedimentos Coletivos

Síntico Quantitativo Geral

Filtros: Data Inicial: 01/01/2015 Data Final: 31/12/2015

Procedimento: 0101010010 — ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Procedimento	Qtd Proced.	Qtd Usuários	Valor Unitário	Valor Total	%
0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	684	10.989	0,00	0,00	100,00
Total de Procedimentos...:	684	Total de Usuários...:	10.989	0,00	

Relatório de Procedimentos Coletivos Síntico - Quantitativo Geral

● ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

ANEXO F - Atividades Educativas na Atenção Básica 2016

PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHABELA

Relatório de Procedimentos Coletivos

Síntico Quantitativo Geral

Filtros: Data Inicial: 01/01/2016 Data Final: 31/12/2016

Procedimento: 0101010010 — ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Procedimento	Qtd Proced.	Qtd Usuários	Valor Unitário	Valor Total	%
0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	1.550	15.622	0,00	0,00	100,00
Total de Procedimentos...:	1.550	Total de Usuários...:	15.622	0,00	

Relatório de Procedimentos Coletivos Síntico - Quantitativo Geral

● ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

ANEXO G - Atividades Educativas na Atenção Básica 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHABELA

Relatório de Procedimentos Coletivos

Síntico Quantitativo Geral

Filtros: Data Inicial: 01/01/2017 Data Final: 31/12/2017

Procedimento: 0101010010 — ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Procedimento	Qtd Proced.	Qtd Usuários	Valor Unitário	Valor Total	%
0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	2.004	12.888	0,00	0,00	100,00
Total de Procedimentos..:	2.004	Total de Usuários..:	12.888	0,00	

Relatório de Procedimentos Coletivos Síntico - Quantitativo Geral

● ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

ANEXO H - Atividades Educativas na Atenção Básica 2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHABELA

Relatório de Procedimentos Coletivos

Síntico Quantitativo Geral

Filtros: Data Inicial: 01/01/2018 Data Final: 31/12/2018

Procedimento: 0101010010 — ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Procedimento	Qtd Proced.	Qtd Usuários	Valor Unitário	Valor Total	%
0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	4.272	18.411	0,00	0,00	100,00
Total de Procedimentos...:	4.272	Total de Usuários...:	18.411	0,00	

Relatório de Procedimentos Coletivos Síntico - Quantitativo Geral

■ ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

ANEXO I - Atividades Educativas na Atenção Básica 2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHABELA

Relatório de Procedimentos Coletivos

Síntico Quantitativo Geral

Filtros: Data Inicial: 01/01/2019 Data Final: 31/12/2019

Procedimento: 0101010010 — ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Procedimento	Qtd Proced.	Qtd Usuários	Valor Unitário	Valor Total	%
0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	5.283	25.702	0,00	0,00	100,00
Total de Procedimentos..:	5.283	Total de Usuários..:	25.702	0,00	

Relatório de Procedimentos Coletivos Síntico - Quantitativo Geral

● ATIVIDADE EDUCATIVA ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

ANEXO J - Adesão da prefeitura no Programa de Saúde na Escola

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**TERMO DE COMPROMISSO MUNICIPAL -
DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) - Nº 035204022594**

Termo de Compromisso Municipal - que firmam as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação do ILHABELA, representadas pelos(as) seus Secretários (as) de Saúde e Educação, para pactuar e formalizar as responsabilidades e metas inerentes à execução do Programa Saúde na Escola, nos territórios de responsabilidades, objetivando o desenvolvimento das ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde dos escolares, para recebimento de recursos financeiros e materiais.

O Município de ILHABELA, por intermédio da sua Secretaria de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 13885112000119, e de Educação, inscrita no CNPJ sob nº 46482865000132, neste ato representado pelos seus Secretários de Saúde OSVALDO JOSE DOS SANTOS JULIAO, CASADO, inscrito (a) no CPF sob o nº 03687564835 e Secretário de Educação YEDA CRISTINA SENA LOPES, CASADO, inscrito (a) no CPF sob o nº 14156869806, considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e 205, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o Decreto nº 7.508/2011, e considerando o que dispõe o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, celebram o presente Termo de Compromisso Municipal/do Distrito Federal, formalizando as metas das ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde dos escolares da Educação Básica da Rede Pública de Ensino e a formação permanente de profissionais de saúde e educação, nos seus territórios de responsabilidades.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso Municipal/do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola (PSE) tem por objetivo a conjugação de esforços visando à promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde dos escolares do Programa Saúde na Escola, articulada de forma intersetorial entre as redes de saúde e de educação.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO REPASSE DO INCENTIVO FINANCEIRO

O valor total do incentivo financeiro e critérios de repasse serão baseados no estabelecido na Portaria Interministerial que redefine as regras e critérios para adesão e recebimento de incentivo financeiro para custeio de ações no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

O prazo para realização das ações pactuadas no presente instrumento tem a vigência de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de assinatura.

CLÁUSULA QUARTA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA ESFERA MUNICIPAL / DO DISTRITO FEDERAL

As Secretarias Municipais de Educação e de Saúde do Município de ILHABELA comprometem-se a:

a) constituir Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal e do Distrito Federal (GTIM) responsável pela gestão do PSE no território. O GTIM deve ser composto, minimamente, pelos Secretários da Saúde e da Educação, por representantes da Atenção Básica e da Educação Básica. Ressalta-se a importância de outros atores definidos a partir da análise situacional e identificação das vulnerabilidades locais;

b) promover a articulação do Programa Saúde na Escola (PSE) com os projetos político-pedagógicos das escolas envolvidas no programa;

c) definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para do cuidado dos escolares identificados com necessidades de saúde; e

d) encaminhar o presente Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola (PSE) aos Conselhos Municipais de Saúde e de Educação, quando houver.

CLÁUSULA QUINTA - DAS AÇÕES E METAS PACTUADAS

O presente instrumento firma as seguintes ações e metas a serem contempladas no prazo de 24 (vinte e quatro) meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal/do Distrito Federal do Programa Saúde na Escola (PSE) em **12** escolas com a participação de **14** equipes de atenção básica:

AÇÕES	EDUCANDOS PACTUADOS
1 - Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	3489
2 - Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas	3489
3 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	3489
4 - Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos	3489
5 - Prevenção das violências e dos acidentes	3489
6 - Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em	3489

eliminação	
7 - Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor.	3489
8 - Verificação da situação vacinal	3489
9 - Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil	3489
10 - Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	3489
11 - Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	3489
12 - Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração	3489
13 - Outros	
Não foi cadastrada outra ação	

Secretário Municipal de Saúde

Secretário Municipal de Educação

ANEXO K - Comitê de Ética e Pesquisa da FOU SP

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTERFACE DA INTERSETORIEDADE E INTEGRALIDADE EM PROJETO DE SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ILHABELA: A PRÁTICA DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Pesquisador: ANTONIO CARLOS CARDOSO GALANTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86208818.3.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.585.024

Apresentação do Projeto:

O Projeto Ilhabela Capital da Saúde está sendo desenvolvido pela equipe Salmão da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Água Branca e pela equipe de educadores da escola José Benedito de Moraes com ensino fundamental I, alunos de seis a doze anos, desde o início do ano letivo de 2017, com a possibilidade de extensão no próximo ano (2018), inclusive com a adição de outras unidades escolares, com o desenvolvimento de ações durante o período letivo de janeiro a dezembro, seguindo o Projeto Político-Pedagógico (PPP) Municipal.

Durante a execução das atividades e palestras um Diário de Momentos está sendo executado, onde as vivências pessoais de cada profissional da Saúde e Educação são descritas em suas ópticas, com suas percepções subjetivas, do ambiente físico, de ferramentas de trabalho e do contexto socioambiental do momento, descrevendo e refletindo com apontamentos individuais que nortearão as entrevistas do projeto de pesquisa que será executado no ano posterior.

A experiência do idealizador e executor do projeto, no estabelecimento de vínculos interprofissionais e multidisciplinares, relações das comunicações, adequações de calendário e horários, adaptação de recursos físicos e tecnológicos nas atividades, percepções subjetivas e harmonização de conflitos no decorrer do projeto, deverão ser

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP **Município:** SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO L - Consentimento Secretaria de Saúde

Ficha de Autorização para Projeto de Pesquisa

Dados Funcionais	
Nome: Antonio Carlos Cardoso Galante	
RG: 12.417.323-8	CPF: 101.361.338/42
Endereço: Rua Luiz Agostinho Sampaio Garcia, 57	
Bairro: Água Branca	
Telefones: (13) 98131-6742 / (12) 98154-6653	
E-mail: aecgalante@hotmail.com	

SERVIDOR PÚBLICO LOTADO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Matrícula: S20 Cargo: Cirurgião Dentista da Unidade Básica de Saúde da Água Branca	
Provimento: Efetivo (X) Contratado ()	
Sub Lotação / Departamento / Setor: Secretaria de Saúde	
Parcer: do Chefe Imediato	<i>Informo que as atividades realizadas pelo beneficiário são na direção da que promove o Programa de Saúde da Família em seus princípios e diretrizes. Assin como responsável a integração da prática intersectorial entre a Saúde e a Educação</i>
Carimbo e assinatura <i>Dr. Henrique Cavalli Torres</i> Dr. Henrique Cavalli Torres CRD - 26321 De: Coordenador de Saúde Bucal Data: 04/12/2017	

Obs: Apontar qual o tipo de melhoria para os serviços executados pelo profissional e para seu ambiente de trabalho.

Dados da Instituição
Instituição de Ensino: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP
Curso: Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde
Período: 2º semestre do 1º ano, Mestrado com duração de 30 meses
Telefones: (11) 3091-7891/3091-7857

Obs: Anexar carta de apresentação da Faculdade.

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
R. Prefeito Mariano Procônio de Araújo Carvalho, 80 – Perequê – CEP 11890-000
Estado de São Paulo – Brasil – Fone: (12) 3806-9120
CNPJ 46.182.865/0001-52 HOME PAGE – <http://www.ilhabela.sp.gov.br>
Secretaria Municipal de Saúde

Segmento da Pesquisa:

Secretaria de Saúde :	(X) PSF	(X) NASF	(X) V.E.	(X) Gestão
Período da pesquisa:	Fevereiro à Março de 2018	Fevereiro à Março de 2018	Fevereiro à Março de 2018	Fevereiro à Março de 2018
Locais de Pesquisa:	PSF Água Branca, Academia da Saúde e Vigilância Epidemiológica			

Dias da Pesquisa: (X) 2ª feira (X) 3ª feira (X) 4ª feira (X) 5ª feira (X) 6ª feira
Período: (X) Manhã (X) Tarde

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SECRETARIA SOLICITADA

Parceiro do Secretário de Saúde:

 Carimbo e assinatura Data: ____/____/____	Despacho: Deferido (X) Indeferido ()
	Observações: <i>verificar</i> <i>depois</i>

Considerações da pesquisa:

- A pesquisa está elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF;
- O participante tem direito de se retirar da pesquisa a qualquer tempo;
- O participante terá a sua identidade preservada;
- O pesquisador deverá fazer registro de que o participante receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com pesquisa;
- Descrição clara e acessível ao participante de todos os procedimentos e instrumentos a serem utilizados durante todo o tempo da pesquisa;

Anexo o resumo da pesquisa.

ANEXO M - Consentimento Secretaria de Educação

Prefeitura de Ilhabela CARINHO POR NOSSA CENTE, GABRIEL DO NOSSA TERÇA	Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela R. Prefeito Mariano Procópio da Azeiteiro, 88 – Perequê – CEP 13630-000 Estado de São Paulo – Brasil – Fone (12) 3896-9120 CNPJ 45.482.885/0001-32 HOME PAGE – http://www.ilhabela.sp.gov.br Secretaria Municipal de Educação
---	--

Ficha de Autorização para Projeto de Pesquisa

Dados Funcionais	
Nome: Antonio Carlos Cardoso Galante	
RG: 12.417.323-8	CPI: 101.361.338/43
Endereço: Rua Luiz Agostinho Sampaio Garcia, 57	
Bairro: Água Branca	
Telefones: (12) 98131-6742 / (12) 98154-6653	
E-mail: acgalante@hotmail.com	

SERVIDOR PÚBLICO LOTADO NA <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u>	
Matrícula: 520	Cargo: Cirurgião Dentista da Unidade Básica de Saúde da Água Branca
Provimento: Efetivo (X) Contratado ()	
Sub Lotação /Departamento/Setor: Secretaria de Saúde	
Parecer do Chefe Imediato	<i>Informo que as atividades realizadas pelo funcionário estão na direção de que presunze o Programa de Saúde da Família em seus princípios e diretrizes, assim como proporcionar a integração da prática integradora entre a Saúde e a Educação</i>
Carimbo e assinatura <i>Dr. Henrique Cavalli Torres</i> Dr. Henrique Cavalli Torres CRD - 26321 Diretor de Saúde Bucal	

Obs: Apontar qual o tipo de melhoria para os serviços executados pelo profissional e para seu ambiente de trabalho .

Dados da Instituição
Instituição de Ensino: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOUASP
Curso: Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde
Período: 2º semestre do 1º ano, Mestrado com duração de 30 meses
Telefones: (11) 3091-7891/3091-7857

Obs: Anexar carta de apresentação da Faculdade.

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela

R. Prefeito Mariano Procópio de Araújo Carvalho, 85 - Paracou - CEP 11630-020

Estado de São Paulo - Brasil - Fone (12) 3896-9100

CNPJ 46.462.805/0001-32

 HOME PAGE - <http://www.ilhabela.sp.gov.br>
Secretaria Municipal de Educação
Segmento da Pesquisa:

Secretaria de Educação:	() Infantil	(X) Fundamental	() EJA	() Administrativo
Período da pesquisa:	Fevereiro à Março de 2018			
Escola na Pesquisa:	Escola José Benedito de Moraes - Bairro do Reino			

Dias da Pesquisa: (X) 2ª feira (X) 3ª feira (X) 4ª feira (X) 5ª feira (X) 6ª feira

Período: (X) Manhã (X) Tarde (X) Noite

Obs: Possibilidade de uso de reunião de Professores (HTPC)

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SECRETARIA SOLICITADA
Parecer da Secretaria de Educação:

 Yeda Cristina Sene Lopes RG 26.258.298-3/SP MEC: 388603 Secretária Municipal de Educação	Despacho: Deferido (X) Indeferido ()
	Observações: De acordo
Carimbo e assinatura	
Data: 12/12/17	

Considerações da pesquisa:

- I. A pesquisa está elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde - Brasília - DF;
- II. O participante tem direito de se retirar da pesquisa a qualquer tempo;
- III. O participante terá a sua identidade preservada;
- IV. O pesquisador deverá fazer registro de que o participante receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com pesquisa;
- V. Descrição clara e acessível ao participante de todos os procedimentos e instrumentos a serem utilizados durante todo o tempo da pesquisa;

Anexa o resumo da pesquisa.

ANEXO N – Inconstitucionalidade projeto de lei “Atenção à Saúde nas Escolas”

ILHABELA
Município do Estado de São Paulo

Câmara Municipal da Estância Balneária de Ilhabela

Av. Dona Germana, 85 - Centro - Ilhabela - SP - CEP 11630-000
CNPJ: 06.520.415/0001-10 - Fone: (12) 3095-9000
site: www.camarailhabela.sp.gov.br - e-mail: camara@camarailhabela.sp.gov.br

"Deus trabalha para aqueles que nele esperam"
(Isaías, Cap. 64, Vers. 04)

NOTIFICAÇÃO

Ilhabela, 11 de fevereiro de 2019.

Senhor Vereador,

Tem o presente a finalidade de comunicar a Vossa Senhoria que a Comissão de Justiça e Redação exarou Parecer contrário ao Projeto de Lei nº 114/2018, de autoria do Vereador Gabriel Augusto De Oliveira Souza Rocha, que **"DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL "ATENÇÃO À SAÚDE NAS ESCOLAS" E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS."** em acompanhamento ao Parecer Jurídico desta Casa de Leis.

Isto posto, informo que, nos termos do artigo 66, § 2º e I do Regimento Interno, caso tenha interesse, o prazo para apresentação de recurso ao plenário é de quinze dias, a contar do recebimento desta notificação, sob pena da propositura ser tida como rejeitada e arquivada.

Sendo o que se apresenta o momento, renovamos a Vossa Senhoria nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente

ANTONIO MARCOS SILVA BATISTA
Presidente

A Sua Senhoria o Senhor
GABRIEL AUGUSTO DE OLIVEIRA SOUZA ROCHA
Vereador-autor do Projeto de Lei nº 114/2018
Câmara Municipal de ILHABELA

Câmara Municipal da Estância Balneária de Ilhabela

Av. Dona Germana, 85 – Centro – CEP 11630-000
Estado de São Paulo – Brasil – Fone/Fax (012) 3896-9400

6. Dessa forma, conclui-se que o Projeto de Lei nº 114/2018 apresenta inconstitucionalidade formal, pois dispõe sobre administração municipal, violando-se as regras de iniciativa de lei e, consequentemente, o princípio da separação dos Poderes (art. 2º da Constituição Federal de 1988).

É o parecer. Submeto-o à douta deliberação.

Ilhabela, 14 de dezembro de 2018.

Amanda Luiza da Cunha Souza

Procuradora

ANEXO O – Lei Municipal 1.385/2019, “Atenção à Saúde nas Escolas”

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
 Rua Prefeito Mariano Praxedes de Araújo Carvalho, 86 - Perequê - Ilhabela - SP
 CEP: 11630-000 – PABX/FAX: (12) 3896-9200

LEI N.º 1.385/2019

**DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL
 “ATENÇÃO À SAÚDE NAS ESCOLAS” E DÁ OUTRAS
 PROVIDÊNCIAS.**

A PREFEITA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE ILHABELA, MARIA DAS GRAÇAS FERREIRA DOS SANTOS SOUZA, no uso das suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ela sanciona a seguinte Lei.

Art. 1.º Fica criado o Programa Municipal “Atenção à Saúde nas Escolas”, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2.º O programa criado por esta Lei será desenvolvido conjuntamente pelas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, realizado através de ação intersetorial, com a colaboração da sociedade civil organizada.

Parágrafo único - A coordenação do programa será realizada mediante ação conjunta das Secretarias e órgãos municipais envolvidos, bem como dos Conselhos Municipais correspondentes.

Art. 3.º São objetivos do programa previstos nesta Lei:

I - desenvolver ações de promoção da saúde do escolar, inclusive relacionadas à gravidez na adolescência, e de prevenção de doenças no que se refere à saúde da criança e do adolescente, especialmente às doenças sexualmente transmissíveis e dependência química;

II - garantir o atendimento, nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, às crianças e adolescentes, no aspecto físico, psicológico e social;

III - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos educandos;

“Ilhabela” Cidade Brasileira Campeã de Preservação da Mata Atlântica.

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
 Rua Prefeito Mariano Procópio de Araújo Carvalho, 86 - Perequê Ilhabela SP
 CEP: 11630-000 - PABX/FAX: (12) 3896-9200

IV - garantir o acesso das crianças e dos adolescentes a todas as condições de saúde necessárias ao pleno desenvolvimento de sua cidadania;

V - zelar pelo pleno desenvolvimento da saúde do escolar;

VI - gerar condições de formação e consciência do processo saúde e doença de crianças, adolescentes e seus responsáveis;

VII - dar condições às crianças, aos adolescentes e aos seus responsáveis de, na medida de suas capacidades, tomarem parte na gestão local do programa; e

VIII - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos.

Art. 4.º São diretrizes para implementação do Programa:

I - descentralização das equipes atuantes.

II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

III - interdisciplinaridade e intersetorialidade;

IV - integralidade;

V - universalidade;

VI - equidade;

VII - cuidado ao longo do tempo;

VIII - controle social;

IX - monitoramento e avaliação permanentes;

X - análise do contexto escolar e social.

Art. 5.º A execução do Programa Municipal "Atenção à Saúde nas Escolas" caberá a equipes multiprofissionais, compostas por profissionais da Atenção Básica, Secundária e Terciária, bem como de colaboradores convidados da sociedade civil organizada, seguindo o Projeto-Político-Pedagógico relacionado a cada ambiente escolar, em demandas indicadas pelos profissionais da Educação.

§1.º As equipes multiprofissionais e as demandas indicadas previstas no "caput" serão organizadas, dirigidas e deliberadas através de decisões conjuntas do Conselho Municipal de Educação e do Conselho Municipal de Saúde, em reunião igualmente conjunta realizada trimestralmente, através de ofícios expedidos pelas Secretarias de Educação e de Saúde aos respectivos membros, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

"Ilhabela" Cidade Brasileira Campeã de Preservação da Mata Atlântica.

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Rua Prefeito Mariano Procópio de Araújo Carvalho, 86 - Perequê - Ilhabela - SP
CEP: 11630-000 - PABX/FAX: (12) 3896-9200

§2.º A primeira reunião conjunta prevista no §1º deste artigo ocorrerá em até 30 (trinta) dias após a publicação da presente lei.

Art. 6.º O Programa "Atenção à Saúde nas Escolas" fundamenta-se no direito da criança e do adolescente à adequada assistência à saúde, nos seguintes termos:

I - periodicamente, os alunos matriculados nas unidades educacionais da Secretaria Municipal de Educação serão atendidos pelas equipes multiprofissionais de saúde referidas no artigo 5º desta Lei, visando efetivar a promoção, a prevenção e a assistência à sua saúde;

II - detectado pela equipe multiprofissional qualquer agravamento na saúde da criança ou do adolescente e havendo indicação médica, os alunos terão os encaminhamentos cabíveis, consultas médicas, exames, demais procedimentos e eventuais internações garantidos pela rede de saúde municipal.

Art. 7.º O Programa "Atenção à Saúde nas Escolas" poderá ser realizado mediante acordos estabelecidos com as diversas equipes que realizam atendimento à população infanto-juvenil do Município de Ilhabela, sendo obrigatória a participação das equipes administradas diretamente pelo Poder Executivo ou que com este mantêm qualquer tipo de convênio.

Art. 8.º Compete à Secretaria Municipal da Saúde:

I - coordenar as ações de saúde voltadas para as crianças e para os adolescentes matriculados nas unidades educacionais da Secretaria Municipal de Educação;

II - estabelecer diretrizes, condutas e planejamentos de atendimentos à saúde dos escolares inscritos no Programa "Atenção à Saúde nas Escolas";

III - apresentar e divulgar trimestralmente relatórios das atividades voltadas à execução do programa;

IV - estruturar e garantir a integração do Programa "Atenção à Saúde nas Escolas" com os demais programas municipais voltados para crianças e adolescentes, especialmente nas áreas de esportes e desenvolvimento social;

V - disponibilizar os recursos humanos que compõem as equipes multiprofissionais de saúde a que se refere o art. 5º desta lei;

"Ilhabela" Cidade Brasileira Campeã de Preservação da Mata Atlântica.

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Rua Prefeito Mariano Procópio de Araújo Carvalho, 86 – Perequê – Ilhabela – SP
 CEP: 11630-000 – PABX/FAX: (12) 3896-9200

VI - por meio de cooperação técnica, subsidiar parte dos materiais e dos equipamentos necessários para o trabalho das equipes multiprofissionais de saúde referidas no art. 5º desta lei;

VII - estruturar e garantir o funcionamento da reunião conjunta prevista no §1º do art. 5º desta lei;

VIII - priorizar o atendimento às crianças e aos adolescentes matriculados nas unidades educacionais da Secretaria Municipal de Educação;

IX - estabelecer as referências para a assistência à saúde do escolar;

X - monitorar o desempenho da assistência à saúde do escolar e os resultados alcançados;

XI - estabelecer mecanismos de supervisão técnica, por meio do Conselho Municipal de Saúde, constituídos por representantes dos setores envolvidos no Programa "Atenção à Saúde nas Escolas".

Art. 8.º Compete à Secretaria Municipal de Educação:

I - por meio de cooperação técnica, subsidiar parte dos recursos humanos, bem como materiais e equipamentos necessários para o trabalho das equipes multiprofissionais de saúde referidas no art. 5º desta lei;

II - disponibilizar espaços físicos adequados dentro das unidades escolares da Secretaria Municipal de Educação, bem como instalações e mobiliários necessários à realização de avaliações individuais, atividades de prevenção e promoção de saúde;

III - colaborar no monitoramento do desempenho da assistência à saúde do escolar;

IV - apresentar e divulgar trimestralmente relatórios das atividades voltadas à execução do programa.

Art. 10. Os materiais, equipamentos, mobiliários e instalações previstos nos artigos 8.º e 9.º desta Lei, necessários ao trabalho das equipes multiprofissionais de saúde referidas no art. 5.º igualmente desta Lei, serão aqueles, preferencialmente, já utilizados e pertencentes às Secretarias de Saúde e de Educação, sem que incida obrigatoriedade de adquiri-los especificamente para esse fim.

"Ilhabela" Cidade Brasileira Campeã de Preservação da Mata Atlântica

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela

Rua *Prefeita Mariana Procopio de Araújo Carvalho*, 86 - Perequê - Ilhabela - SP
CEP: 11630-000 - PABX/FAX: (12) 3896-9200

Art. 11. O Programa Municipal "Atenção à Saúde nas Escolas" desenvolverá atividades em conjunto com os demais programas sociais mantidos pela Prefeitura Municipal de Ilhabela, a fim de potencializar a aplicação dos recursos públicos em saúde.

Art. 12. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 13. O Poder Executivo regulamentará a presente Lei naquilo que entender necessário, no prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 14. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Ilhabela, 30 de setembro de 2019.

Maria das Graças Ferreira dos Santos Souza
MARIA DAS GRAÇAS FERREIRA DOS SANTOS SOUZA
Prefeita Municipal

Projeto de Lei Complementar n.º 080/2019

Autoria: Executivo Municipal

Registrada em Livro próprio e afixada na data supra no lugar de costume. AGM/RG/ea.

"Ilhabela" Cidade Brasileira Campeã de Preservação da Mata Atlântica.