

Promoção em saúde e educação sociocomunitária

Health promotion and socio-community education

Denise do Amaral Camossa*

Sueli Maria Pessagno Caro**

* Graduada em Psicologia pela UNESP-Bauru. Aperfeiçoamento em Psicologia em Hospital Geral pela PUC-Campinas. Especialização em Educação Especial e Inclusão pela FATECE. Mestrado em Educação – UNISAL Americana. Atualmente atua na área municipal de saúde, em Leme, no acompanhamento a pacientes diabéticos e, é docente do ensino superior no curso de Psicologia do Centro Universitário Anhanguera – Leme. E-mail: denisecamossa@yahoo.com.br

** Doutora e Mestre em Psicologia pela PUC-Campinas, Especialista em Educação Social pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL) e docente do Programa de Mestrado em Educação e do Curso de Psicologia do UNISAL. E-mail: sueli.caro@am.unisal.br

Resumo

A saúde é vista não somente como ausência de doenças, mas como uma ação coletiva e política, que deve se preocupar com as práticas preventivas e com a experiência sociocomunitária. O objetivo deste trabalho foi mostrar a contribuição da educação sociocomunitária para a nova visão de promoção em saúde. Desenvolveu-se um levantamento bibliográfico aprofundando o conhecimento e respondendo aos questionamentos específicos da realidade social. As dificuldades referentes ao trabalho em equipe (interdisciplinar) é ainda o reflexo da mudança de um modelo pedagógico centrado em um trabalho linear, institucionalizado, hierárquico, com a utilização de técnicas específicas – fragmentadas, parciais e isoladas – de uma determinada área de formação. O trabalho interdisciplinar (e *transdisciplinar*) exige mudanças e desafios inerentes à própria convivência social no local de trabalho. A educação sociocomunitária vem promover as relações entre profissionais, e profissionais e destinatários.

Palavras-chave

Promoção em saúde. Trabalho interdisciplinar. Educação sociocomunitária.

Abstract

Health is seen not only as the absence of disease, but as a collective and political action, which should worry about preventive practices and the socio-community experience. The aim of this study was to show the contribution of the socio-community education to the new vision for health promotion. We have developed a literature survey deepening the knowledge and responding to specific questions of the social reality. The difficulties related to (interdisciplinary) teamwork is still a reflection of the change of a pedagogical model centered on a linear, institutionalized, hierarchical work, with the use of specific techniques - which are fragmented, partial and isolated - of a particular area of

training. Interdisciplinary (and *transdisciplinary*) work requires changes and challenges inherent to the social harmony in the workplace. Socio-community education promotes the relations between professionals and practitioners and addressees.

Key words

Health promotion. Interdisciplinary work. Socio-community education.

1 Introdução

A presente pesquisa teve como pressuposto fundamental que o profissional de saúde e aqueles que procuram seu auxílio (a estes chamaremos respeitosamente por “pacientes”) não existem e não vivem independentes uns dos outros: não há existência humana que se construa isolada do convívio com o outro. Quem é o profissional de saúde? Quem é o “paciente/doente”? É preciso que tenhamos em mente que, seja qual for a resposta que possamos inferir – jamais definitiva –, não haverá qualquer prática, gesto ou ação por parte de ambos que não se apoie num movimento interior (crenças, valores, conceitos, ideias, verdades, pensamentos, juízos) em profunda relação de dependência com outro movimento (exterior): o da história – da realidade concreta.

Para delinear as relações *profissional-da-saúde-paciente*, *profissional-da-saúde-profissional-da-saúde* e *paciente-paciente*, há que tratar-se das referências sociais e históricas que os constituem como tal, isto é, trata-se de também inseri-los no contexto de uma coletividade específica – como, por exemplo, o bairro, a cidade, o Estado, o País, a Nação. É desse modo que iniciamos o trabalho, procurando delimitar o que se

entende por *saúde* (ou mesmo tornar evidente a necessidade de se discutir sobre a questão). Evidentemente não poderíamos deixar de fazer um breve levantamento histórico dos referenciais teóricos e filosóficos que subsidiaram a construção conceitual do termo *saúde*.

Assim, de Hipócrates a Descartes, passando pela Revolução Industrial até a Organização Mundial de Saúde (OMS) na declaração de Alma-Ata (1978), a pesquisa mostrará as mudanças de perspectivas no entendimento (e nas práticas) dos conceitos *saúde* e *doença*, consolidando linhas de pensamento e referenciais práticos que apostaram em uma nova reflexão sobre o homem: não é apenas a ausência da doença que o constitui como saudável, mas o entendimento do que é “o homem em sua totalidade”.

Percebe-se, a partir desse novo paradigma, que o conhecimento e a prática têm de caminhar juntas e que a saúde passa a ser considerada um objetivo alcançável (produzível) a partir da perspectiva de uma ação coletiva. Ora, a *práxis* coletiva terá, portanto, de apoiar-se em gestos de mudança (prática e teórica), exigindo aprendizado, diálogo e empenho por parte de todos aqueles envolvidos no processo. É claro que toda ação de transformação será válida e eficaz e encontrará sentido ao caminhar ao lado

da situação histórica concreta, ou seja, na medida em que lhe forem asseguradas as condições para sua realização. Diante disto, qual seria o papel da OMS e do SUS (Sistema Único de Saúde) para promover a emergente concepção de saúde? O que pensar das práticas médicas (e dos profissionais da saúde) em relação aos novos conceitos de saúde e doença, incluindo neles as dimensões sociais, culturais, educativas e psicológicas dentro desse novo paradigma prático-científico? Pensar na construção da realidade subjetiva e objetiva da nova perspectiva de saúde exige uma reflexão em dois aspectos: a promoção de saúde e políticas públicas, e a educação sociocomunitária.

O leitor verificará aqui que se defendeu a importância de se compreender que a prática da promoção de saúde exige o diálogo entre os profissionais da saúde e aqueles que procuram seus serviços. Certamente que esta relação (diálogo, proximidade, intercâmbio) necessita de “facilitadores” que, neste caso, serão de responsabilidade das políticas públicas, dos próprios profissionais e dos demais cidadãos. Essa nova mudança no padrão de responsabilidade na promoção de saúde levou-nos a algumas (ou mais específicas) questões: Há prática interdisciplinar no atendimento dos profissionais da saúde? Há formação desses profissionais para conscientizarem-se da (co)responsabilidade da realização dessa nova concepção de saúde? E os demais cidadãos, também sabem de suas responsabilidades na construção desse novo conceito?

O objetivo deste trabalho foi investigar como as equipes de saúde podem se beneficiar da educação sociocomunitária para sua prática promotora de saúde. O desenvolvimento teórico discorre sobre saúde e promoção de saúde, equipes de saúde e suas atuações, e educação sociocomunitária.

2 Saúde e promoção de saúde

Saúde do latim *salus* significa “são”, “inteiro” e, em grego, significa “inteiro”, “real”. O termo “saúde”, ao longo da história da medicina, sofreu várias definições. Segundo Albuquerque e Oliveira (2002), a primeira concepção fisiológica de Hipócrates, médico grego de 400 a.C, merece destaque, pois separa a ciência (medicina) das questões religiosas, baseando-se na objetividade e na racionalidade. Ele concebia a saúde como “expressão de um equilíbrio harmonioso entre os humores corporais, os quais eram representados pelo sangue, pela bílis negra e amarela e pela linfa ou fleuma” (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002, p. 3).

Pela primeira vez na história relatada não se fala mais em forças sobrenaturais na definição de saúde, mas sim na influência de forças naturais internas e externas à pessoa como, por exemplo, a relação médico-paciente e o ambiente, citado acima. Diante disto, a saúde somente poderia ser mantida se houvesse um estilo de vida condizente com as leis naturais.

A segunda definição baseia-se no modelo científico de Descartes, do sé-

culo XVII. A concepção vigente sobre o mundo concebia-o como uma máquina que, para ser compreendido, precisava ser fracionado em peças. Contrariamente à concepção anterior que via o homem como um todo, a concepção cartesiana separava e reduzia o homem a partes e as compreendia isoladamente. Ao mesmo tempo, dava-se ênfase nas características universais da doença, o que ia de encontro à necessidade da época no combate às epidemias.

A terceira definição, com início na Revolução Industrial, é chamada de 1ª Revolução da Saúde e baseia-se no modelo biomédico, que define saúde como ausência de doença e se refere apenas à dimensão física da pessoa, centrando-se na doença e na prevenção desta. De acordo com Albuquerque e Oliveira (2002, p. 4), “o modelo biomédico negligencia a autonomia intelectual e as representações que as pessoas fazem sobre seu estado de saúde”.

Esses mesmos autores pontuam que, no passado, a doença era definida pela ausência de saúde e saúde como ausência de doença. E complementam que esse tipo de definição não é esclarecedor e desconsidera componentes emocionais e sociais no processo de saúde e doença.

A quarta concepção, em meados do século XX, considerada como a 2ª Revolução da Saúde, passa a centrar-se na saúde ao invés da doença. O foco recai na saúde, pois se passa a perceber a grande influência de questões comportamentais na determinação da saúde, o

que ganhou destaque em meados do século XX com a epidemia de doenças com etiologia comportamental. Albuquerque e Oliveira (2002) historiam que os conceitos da 2ª Revolução da Saúde foram oficializados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na declaração de Alma-Ata (1978).

A Organização das Nações Unidas criou a Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em sua proposta, define “saúde não somente como ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 3).

É nessa proposta presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e na Constituição Federal (BRASIL, 1988) que a saúde deixa de ser apenas uma produção individual e passa a ser uma produção coletiva e política, determinada por vários fatores e acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde e não somente a ausência de doenças.

Segundo Queiroz (2003), com a ideologia de democratização da oferta de serviços de saúde o SUS, com a Conferência Internacional de Alma-Ata e com a Organização Mundial da Saúde (OMS) houve uma tendência em ampliar as dimensões teóricas e práticas em torno do conceito de saúde e doença, envolvendo, de forma crescente, equipes disciplinares de trabalho em saúde. Para o autor, falar de saúde envolve preocupações com a dimensão social, e não apenas questões do campo da oferta de produtos tecnológicos hospitalares e

farmacêuticos: há agora que superar um problema em torno de “uma definição limitada de saúde baseada exclusivamente na biologia individual” (QUEIROZ, 2003, p. 75).

É a partir da recomendação da OMS que o SUS abre espaço para uma participação comunitária. Para Queiroz, com essa mudança, as unidades de saúde deveriam unificar, às práticas médicas individuais e curativas, as práticas médicas coletivas e preventivas. Diante desse novo modelo, todas as ações em saúde deveriam incluir, em suas práticas, o meio ambiente e a experiência social de vida da comunidade. Frente a essa nova realidade paradigmática, segundo Queiroz (2003), haveria ainda a necessidade de mudança extrema nas práticas médicas e naquilo o que se deveria entender por saúde – algo apenas realizável por meio de uma (re)educação médica inserida no setor de saúde.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, momento em que os países socialistas desempenhavam papel importante na Conferência, historiado por Medeiros et al. (2005), passa-se a pensar a saúde a partir da participação da comunidade, o que somente uma política integrada poderia assegurar.

É desse modo que, permeado por essa visão crítica e pela concepção de saúde como um dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva “melhorar a qualidade de atenção à saúde” (BRASIL, 1990), com a descentralização das políticas de saúde. Para Costa (2002), o SUS representa uma inovação

nas políticas de saúde, com três pontos centrais: 1) cada esfera de saúde com um comando (comando único porque segue os mesmos princípios no nível federal, estadual e municipal); 2) descentralização (descentralizado porque redistribui responsabilidades em saúde nos três níveis); 3) co-responsabilidade dos recursos (co-responsabilidade de recursos nas três esferas, com participação e controle da sociedade civil na gestão).

Oliveira (2005) ressalta que a expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez no Canadá, no ano de 1974, através de um documento que dava ênfase a fatores ambientais e comportamentais nos padrões de saúde; sendo que a estratégia da promoção de saúde abarcaria os dois setores. Essa concepção ganhou força com a Conferência da OMS em Ottawa, no ano de 1986.

A Carta de Ottawa - 1986 (HEIDEMANN, 2006, p. 64) define promoção de saúde: “o processo de capacitar as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. A Carta estabelece as estratégias da promoção de saúde: políticas públicas para os setores de saúde; criação de ambientes favoráveis à saúde com a mudança do estilo de vida e conservação do meio ambiente; reorientação dos serviços de saúde para ações de saúde e promoção e não para a doença; reforçar a ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais para os indivíduos e comunidade

para que estejam informados e preparados para as fases de vida.

No Brasil, a concepção de “promoção de saúde” começou a receber destaque na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo reforçada na Constituição Federal de 1988. Mas é em 1990 que o SUS promove a noção ampla e crítica de saúde dentro da promoção de saúde:

O conceito abrangente de saúde, definido na nova Constituição, deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. (BRASIL, 1990, p. 8).

As definições de promoção de saúde são reunidas, de acordo com Buss (2002), em dois grandes grupos: o primeiro relaciona-se a ações direcionadas para as transformações dos comportamentos dos envolvidos, centralizando-se em uma proposta educativa, sob controle e ação dos indivíduos. O segundo grupo relaciona-se a ações e políticas públicas, prioritariamente, voltadas para o coletivo de indivíduos e o ambiente (físico, social, político, entre outros), mobilizando sociedade e poder público.

É preciso compreender que a atuação em promoção de saúde abarca a interação social entre equipe e comunidade. Portanto é necessário promover uma

“mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção de saúde” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 2). Com relação a esses profissionais de saúde – dentro de uma proposta promotora de saúde e por trabalharem com questões complexas de saúde e doença no cenário social –, considera-se essencial “um trabalho coletivo marcado por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação dos diferentes profissionais” (SCHERER, 2009, p.4).

No entanto deve-se considerar que a atuação em equipe é concebida de diferentes formas, o que será explicado melhor a seguir. A primeira compreende um conjunto de profissionais atuando no mesmo local, o que se denomina equipe multidisciplinar. Nessa concepção, o indivíduo é visto pelos profissionais de saúde em fragmentos, cabendo a cada especialidade lidar com sua especificidade dos fragmentos específicos.

A segunda forma, conhecida como equipe interdisciplinar, estabelece uma atuação que promove um atendimento integral (proposta do SUS), pois os profissionais discutem entre si para buscar caminhos em conjunto, compreendendo o indivíduo como um todo indivisível e coparticipante de todo o processo.

Fortuna (2005), por sua vez, entende que a atuação em equipe não se resume a estar no mesmo local, mas deve ser vista como uma estrutura que está em relação dialética de construção e desconstrução.

O trabalho em equipe, que passa a receber destaque na década de 80, vem com o intuito de melhorar a qualidade do serviço, ao proporcionar a responsabilização de todos pelo problema e possibilitar o planejamento de ações necessárias (PINHO, 2006). Entretanto o autor aponta que, embora haja melhoras, ocorrem alguns entraves. Dentre esses entraves, a divisão técnica da área de saúde permanece – promovendo uma especialização do saber –, o que resulta em uma fragmentação do ser humano.

3 Equipes de saúde e suas atuações

Há, atualmente, um grande número de artigos sobre a definição de atuação em equipe, através de diversos modelos explicativos; permanece a dificuldade em compreender (na prática e na teoria) a equipe de saúde, bem como os conhecimentos e habilidades necessários para essa atuação. Acreditamos que grande parte dessa dificuldade está relacionada à fragmentação do conhecimento e à supervalorização das especialidades, bem como a alguns saberes em detrimento de outros. Dessa forma, o trabalho em equipe viria como uma estratégia para superar a fragmentação do conhecimento e especialização dos profissionais, pois, por meio do trabalho em equipe, pensa-se ser possível aprofundar conhecimentos, acompanhar a evolução do paciente e desenvolver novas estratégias de ação sobre a realidade (ABUHAB et al., 2005).

Embora o trabalho em equipe faça parte das propostas e diretrizes do SUS,

constata-se, no Brasil, a formação da maioria dos profissionais de saúde ainda pautada no modelo clínico-biológico; poucas são as experiências de trabalho em equipe que possibilitem o aprendizado de um novo paradigma (MATOS; PIRES, 2009; ABUHAB et al., 2005).

Mas, afinal, o que se pode entender por “trabalho em equipe”?

O trabalho em equipe é entendido por Honorato e Pinheiro (PINHEIRO et al., 2007) como uma atuação política, que “produz” atores políticos, abrangendo profissionais, gestores e usuários, sendo que, para essa atuação ser considerada política, deve permear todas as esferas do espaço público.

Para Ceccim (2005 apud PINHEIRO et al., 2007), a atuação em equipe é vista como não hierarquizada, valorizando a constante interação entre os profissionais, para que o trabalho possa se desenvolver de forma coletiva e através de uma atuação política. Nesse tipo de atuação, o centro das ações deixa de ser somente o usuário, passando a ser o usuário, os trabalhadores, a família, a comunidade e segundo uma relação em rede de cogestão.

No entanto a desigual valoração social dos diferentes profissionais acaba sendo, como mencionado acima, um dos principais mantenedores das relações hierárquicas entre eles. Para tanto, faz-se condição, ao se discorrer sobre equipe de saúde, repensar os papéis profissionais dentro das equipes, sendo necessária a superação do modelo médico hegemônico, que prima

pelo destaque ao saber médico e pela separação entre profissionais, usuários dos serviços e comunidade. Vasconcelos considera que discutir um conteúdo revolucionário em equipes de saúde não é suficiente “se o processo de discussão se mantém vertical” (VASCONCELOS, s.d., p. 07), isto é, para que haja um trabalho verdadeiramente em equipe, é necessário que o saber médico não assuma um caráter de verdade absoluta, mas que discuta encaminhamentos junto com os outros profissionais, em uma relação de constante troca de conhecimentos e opiniões.

Para se definir a atuação multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, Iribarry (2003) considera importante definir *disciplina* e *disciplinaridade*. Para o autor, seguindo a proposta de Japiassu (apud IRIBARRY, 2003), *disciplina* pode ser entendida como ciência, enquanto *disciplinaridade* é compreendida como “exploração científica e especializada de determinado domínio homogêneo de estudo” (IRIBARRY, 2003, p. 483).

Fazenda (2002, p. 27) define o conceito de disciplina a partir do documento de Guy Michaud, em 1970: “Conjunto específico de conhecimento com suas próprias características sobre o plano do ensino, da formação dos mecanismos, dos métodos, das matérias.”

Gattás (2006, p. 59) elenca autores que discorrem sobre o termo disciplina como Japiassu (1976), Lenoir, Pais e Heckhausen (1990), Morin (2001) e, faz uma compilação definindo disciplina

como “[...] um conjunto delimitado de conhecimentos progressivos e especializados, que pode conduzir à visão aprofundada de um determinado campo de estudo ou de atuação”.

A discussão aqui proposta sobre atuação *multi*, *pluri*, *inter* ou *transdisciplinar* não pretende se esgotar, mas abrir espaço para reflexão. As definições das *atuações* não apresentam consenso em termos conceituais e, diante disso, foram selecionados alguns autores e é sobre esse foco que se deu o presente trabalho.

a) Multi, pluri e interdisciplinaridade

Começamos pela análise de dois termos: *multidisciplinaridade* e *pluridisciplinaridade*. Eles são compreendidos por Mendes et al. (2008) como semelhantes e se referindo a uma atuação permeada por várias disciplinas e justaposição delas mesmas – sem resultar em uma atuação coordenada e interação entre os saberes ou espaços de articulação. SAUPE et al. (2005, p. 523), baseado nos trabalhos de Japiassu, define que a “multidisciplinaridade indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação”. Costa (2007) conceitua multidisciplinaridade como uma oposição de diferentes disciplinas, que não significa necessariamente acordo de método e trabalho em equipe.

Ao historiar o conceito de interdisciplinaridade, Fazenda (1994) esclarece que os primeiros estudos sobre o tema

no Brasil se deram na década de 60 e desencadearam uma série de modismos. A autora explicita que não há um sentido único para o neologismo “interdisciplinaridade”, mas, pontua que o princípio de todas as distinções terminológicas do termo é sempre o mesmo (FAZENDA, 2002).

Para a discussão da interdisciplinaridade, é essencial ter muito cuidado, tendo em vista o modismo, a falta de compreensão e a banalização do termo, que passou a ser de “urgência” nas equipes de saúde. A questão do modismo do conceito já foi abordada por Fazenda (1994) no contexto da educação. Luz (apud COSTA, 2007) define que a *práxis* no campo da saúde pode ser compreendida de forma interdisciplinar somente na metade do século XX, quando o conceito de saúde passa a não se restringir aos aspectos biológicos e ao fato de dar-se início à colaboração de disciplinas como Direito, Psicologia, Ciências Sociais, entre outras no campo da saúde. Faz-se necessário que as disciplinas citadas não se tornem apenas um adendo à visão biológica na saúde. A partir do momento em que o homem passa a ser visto em sua *multidimensionalidade* e *multideterminação*, passa-se a reconhecer a importância de um trabalho interdisciplinar em saúde, pois se entende que os profissionais de saúde não têm uma formação capaz de conseguir abarcar todas as dimensões do homem. “A busca de ações integradas nas práticas de cuidados, a associação de docência e serviços e a questão da

interface entre o biológico e o social passam pelas relações interdisciplinares” (MATOS; PIRES, 2009, p. 2009).

Fazenda (1994) elenca alguns pontos que devem fazer parte de um projeto de capacitação docente para trabalhar com a interdisciplinaridade. São eles: descobrir como engajar o educador no trabalho interdisciplinar; como propiciar formas do educador compreender como se desenvolve a aprendizagem do aluno; como instaurar o diálogo; como incentivar a busca de uma transformação social; como propiciar o diálogo com outras disciplinas.

Apropriando-se desses aspectos levantados por Fazenda (1994), no contexto educacional, podemos pensar que esses elementos também devem estar presentes nos profissionais da saúde, para que ocorra um trabalho interdisciplinar.

Gattás e Furegato (2006) consideram que, para uma atuação interdisciplinar, seja necessário ao profissional transcender a sua área específica de trabalho, abarcando contribuições de outras disciplinas para a compreensão da realidade e do ser humano. Há uma comunicação e discussão entre a pluralidade dos saberes, propiciando interação e articulação. Nessa visão, a comunicação da equipe pode ocorrer da forma mais simples a mais complexa, sendo que a primeira ocorre através da comunicação de ideias, e a segunda, através de uma integração mútua e recíproca como prática cotidiana dialética. Os autores acima problematizam que a interdisciplinarida-

de é um objetivo no trabalho em equipe de saúde, mas ainda não realizado em muitas práticas. Mendes et al. (2008) também faz a constatação acima e complementa relatando que, muitas vezes, as reuniões de equipe acabam sendo vistas como as grandes representantes do trabalho interdisciplinar. No entanto considera-se que essas reuniões terminam se realizando enquanto espaços de reprodução de práticas cristalizadas, em que as discussões acabam se restringindo às especialidades de cada profissão – prática essa presente e, muitas vezes, ensinada desde a nossa formação na universidade.

b) Transdisciplinaridade

Na *transdisciplinaridade*, entende-se que também há um trabalho coletivo, mas que a disciplina em si perde seu sentido, possibilitando a integração das disciplinas: as relações de poder passam a ser horizontais, com coordenação rotativa. É por meio do diálogo horizontalizado entre os saberes que se encontram soluções para problemáticas. Nesse tipo de relação, ações e estratégias para lidar com as questões são mais fáceis de serem visualizadas (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005).

Para Domingues (2005), a forma de organização do conhecimento em uma abordagem transdisciplinar não é a tópica piramidal, nem a tópica ramificada, pois ambas isolam as disciplinas e as mantêm em uma visão hierarquizada do conhecimento. A tópica ramificada se materializa na figura de uma pirâmide e

suas seções, e a segunda, na figura de uma árvore, com seus troncos, raízes e ramos. O autor questiona então qual seria a tópica do conhecimento transdisciplinar e, como resposta, esquematiza que pode ser figurada como uma rede de informática, pois essa figura permite que as ciências se organizem em um sistema aberto, sem a hierarquização.

Para Freire (2005), a base da educação e da democracia é o diálogo, em que a relação educador-educando necessita ser uma relação dialógica. Portanto, quando se fala em atuação interdisciplinar e transdisciplinar, pode-se traçar um paralelo com o método dialógico de Paulo Freire, considerando os profissionais de saúde e população como educadores e educandos em um processo dialético. Para o autor, só é possível promover uma visão de mundo crítica, mediatizada pelo diálogo e seguindo um diálogo em que não haja um educador falando e impondo sua visão de mundo. Freire (1996), ao explicitar seu método de trabalho, discorre sobre a importância de educadores e educandos curiosos, humildes, numa relação horizontal e criadores do processo. Para o autor, a experiência educativa deve superar o técnico e exercitar o seu caráter transformador.

Com relação aos profissionais envolvidos, o objetivo da *transdisciplinaridade* é possibilitar aos profissionais, que fazem parte do processo, compreenderem os fenômenos como um todo.

Mas, como propor ações educativas, políticas e culturalmente renova-

doras? Será possível pensar em ações comunitárias que convirjam para uma renovação das práticas dos profissionais de saúde e dos seus beneficiários? Como pensar no potencial educativo da própria comunidade em sua organização social, política e geográfica para a promoção de práticas de melhoria da qualidade e da atenção à saúde? Bem, para isso, foi necessário compreender o que se entende por *Educação sociocomunitária* e, com certeza, encontramos em Paulo Freire os instrumentos necessários para fundamentar nossas reflexões.

4 Educação sociocomunitária

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) coloca a educação como um direito de todos. Caro (2006) concebe que a educação objetiva prepara o indivíduo para viver e se comunicar na sociedade. Romans et al. (2003, p. 53) definem que “A educação é, além de instrução, aquisição de competências sociais, é participação social”.

Apesar da educação, na concepção desses autores, ir além das questões e influências do sistema escolar, a primeira ideia a que se remete quando se fala em educação ainda é a educação escolar/formal.

Caro (2006), baseada na concepção sobre a educação fora da escola, a educação não formal e a educação social, considera que a educação não formal não pode ser vista como um fim, uma solução, mas um complemento às outras formas de educação, visando con-

tribuir para a formação da consciência do indivíduo e sua forma de se inserir na sociedade. Esse tipo de educação é considerado transformador por possibilitar a conscientização dos envolvidos e atuação sobre a realidade. A cada ano vem ganhando força em consequência do acréscimo da desigualdade social – diante de uma sociedade pseudodemocrática.

Gohn (2008) coloca que a educação formal é projetada, segundo leis. A educação informal tem como método a experiência do cotidiano. A educação não formal tem como metodologia os conteúdos problematizados e emergentes do cotidiano. A autora resume os objetivos da educação não formal como educação para a cidadania, a justiça social, a liberdade, a equidade e para os direitos.

Gohn (2008), portanto, corrobora com a concepção de educação como prática de liberdade de Paulo Freire. Considera que a educação não é feita para os atores, mas junto com estes, mediatizados pelo mundo, em uma relação dialética; sendo que a educação proporciona a emancipação coletiva e individual dos envolvidos.

É a partir dessa visão de educação como prática de liberdade que esta dissertação pensa a educação sociocomunitária em saúde. Caberá ao educador respeitar os saberes socialmente construídos daquela comunidade; respeitar a leitura de mundo do educando e a forma correta de tentar, com o educando e não sobre ele, proporcionar uma

visão mais crítica de mundo e, em especial, das condições de saúde. Por que não estabelecer, segundo Paulo Freire (1996), uma relação entre as políticas públicas de saúde e a experiência social que aqueles indivíduos têm? Partindo da concepção de Freire (2005) sobre educação como uma prática crítica e dialética, não imposta, que implica reflexão dos atores para a transformação da realidade concreta, esta dissertação compreende a educação sociocomunitária no contexto da saúde; compreensão esta que também está presente nos documentos do Ministério da Saúde sobre educação em saúde¹.

Quando se fala em educação sociocomunitária na/em saúde, a intenção é o rompimento com a educação bancária em prol da educação problematizadora, proposta por Freire. Compreende-se como educação bancária aquela que mantém a ingenuidade dos educandos, mantendo a dominação e alienação, apenas transmitindo valores aos educandos. Ao contrário, a educação libertadora e a problematizadora se dão com a formação de educador e educandos enquanto

sujeitos críticos do processo, em que “os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p. 79).

O conhecimento e a conscientização são dialógicos, pois através do diálogo é possível mudar o mundo. Freire (2005) considera que a contradição só é possível em espaços onde haja diálogo e é a partir dessa contradição que pode ocorrer a transformação.

Gohn (2008) explicita a importância da escuta e do diálogo para se identificar as necessidades do grupo, abrindo espaço para o debate.

É assim que o educador social atua junto às comunidades, através do diálogo, para ser um dos agentes que constroem o processo participativo; sendo considerado, portanto, um analista-facilitador. Em uma relação dialética, o educador social aprende e ensina junto com a comunidade.

A educação não formal é considerada foco deste trabalho, pois se pode dizer que a educação sociocomunitária normalmente ocorre em ambientes da educação não-formal. A educação sociocomunitária emerge da necessidade de atender os desfavorecidos e marginalizados através do que Lima e Dias (2008) chamam de *mobilização educacional* - mas pode estar presente em qualquer ambiente educacional, pois diz respeito a questões de relações e complementações didáticas.

Embora a educação não formal no Brasil já existisse, o termo só foi utilizado na década de 80, abrangendo: educação

¹ Paulo Freire defendia que os trabalhadores e trabalhadoras de saúde deveriam ser desafiados a contribuir ativamente com os usuários de suas ações e serviços na luta pelo direito à saúde. Vemos uma proposta semelhante em “Caderno de Educação Popular e Saúde” (BRASIL, 2007, p. 44) ao sugerir o uso do “conhecimento técnico para a construção da autonomia dos usuários, de seu direito de apropriação do sistema de saúde vigente no país e [...] por seu direito de satisfação com o mesmo”.

popular, atividades recreativas, assistência social, arte e educação para o trabalho. Na década de 60, emergiram mobilizações sociais pelo mundo. Concomitantemente, no Brasil, os protestos surgiram através da União Nacional dos Estudantes e partidos de esquerda que reivindicavam a “valorização da cultura popular associada à educação como a prática da liberdade de Paulo Freire” (LIMA; DIAS, 2008, p. 154).

Historicamente, a proposta da educação sociocomunitária, presente na educação não formal, surgiu da articulação da comunidade civil e religiosa *salesiana* a partir de um programa educacional que objetivou mudanças sociais (GOMES, 2008). Ainda hoje, a educação sociocomunitária é considerada um campo em construção. Mas, para se falar de educação sociocomunitária, é preciso compreender o conceito de comunidade, pois existe uma grande diversidade de definições do termo *comunidade*.

Guareschi (2007) baseia-se na concepção de Marx sobre comunidade, compreendendo-a como um tipo de vida em sociedade em que cada indivíduo mantém sua singularidade e a possibilidade de participar ativamente do grupo.

Gomes (2007, p. 41) a define como “um conjunto de pessoas que estão compartilhando um tempo histórico e um espaço geográfico”. Para que esse espaço se defina como comunidade, é preciso considerar a sustentabilidade econômica dessa comunidade e a linguagem considerada como o meio em que os processos culturais são transmitidos.

Esse local pode ser o palco de tradições, preconceitos e local de resistência a mudanças, ou local potencial de transformação através de uma mudança política.

Considera-se que, para que ocorra a educação sociocomunitária, é preciso que, por meio de processos educativos, a comunidade se articule intencionalmente para buscar e efetivar mudanças. Outro ponto fundamental da educação sociocomunitária é aquele em que um agente externo à comunidade ofereça ou provoque uma proposta de mudança à comunidade. Na primeira, há uma emancipação da comunidade e, na segunda, uma instrumentalização. Em qualquer uma das propostas, é preciso deixar-se claro que o objetivo da educação sociocomunitária não é resolver todas as questões sociais, mas problematizá-las para que a comunidade provoque transformações (GOMES, 2008).

Enfim, a educação sociocomunitária define-se “com uma posição pedagógica libertadora” (CARO, 2006, p. 22) que desenvolve seu trabalho por meio da educação não-formal. A educação comunitária é definida por Romans et al. (2003) como um tipo de educação que atua com os excluídos economicamente da sociedade, objetivando intervir para a organização da comunidade a fim de que esta se conscientize dos seus direitos. Para Gomes (2008), a educação sociocomunitária visa a problematizar a realidade dos envolvidos e a construir articulações políticas que objetivem a transformação da realidade dos envolvidos.

Apesar de sua importância, a formação em educação sociocomunitária no Brasil ainda é tímida e não faz parte dos currículos da maioria das universidades. Contudo vem crescendo a necessidade de profissionais de diversas áreas assumirem responsabilidades referentes à educação sociocomunitária e, dentre esses profissionais, estão os da área de saúde.

a) Educação sociocomunitária na saúde

Faz-se necessário historiar-se que as ações de saúde foram usadas, em diferentes momentos históricos, para o controle social. Os serviços de saúde, que têm sua origem nas reivindicações da população, também se tornaram, em alguns contextos, uma forma de controle do Estado – que usa desse artifício para continuar a manter a alienação da população. Dessa forma, consegue o apoio da população, sem comprometer seus investimentos em áreas para a manutenção do capitalismo (como obras de infraestrutura em prol das grandes empresas). Mas nem tudo se polariza na alienação.

Assim, nas várias experiências de Medicina Comunitária em andamento existem ao mesmo tempo elementos de conscientização e alienação, de libertação e criação de dependência, de tapeação e esclarecimento. Mas, em algumas dessas experiências, a população organizada e os profissionais de saúde identificados com os seus interesses conseguiram conquistar um maior con-

trole de seu funcionamento e foram aos poucos reorganizando suas práticas em saúde (VASCONCELOS, 1997, p. 23).

O Caderno de Educação Popular e Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), por exemplo, historia que as primeiras experiências populares de educação em saúde no Brasil, na década de 70, basearam-se na pedagogia de Paulo Freire, através de profissionais de saúde.

Até a década de 70, a educação em saúde era do domínio das elites que, ideologicamente, subordinavam as questões de saúde a seus interesses, através de uma prática positivista que ditava valores. A educação em saúde servia para ‘domesticar’ os indivíduos e torná-los mais suscetíveis a aceitar as suas condições de vida e trabalho, sem questionamentos, reduzindo o processo saúde-doença a questões biológicas e individuais (OLIVEIRA; GUEDES, 2008).

A partir da crescente insatisfação popular, devida ao crescimento da economia em dissonância com a piora da qualidade de vida, o Estado se viu obrigado a aumentar investimentos em ações de saúde e educação, entre outras. A alternativa mais rápida e barata para o momento foi o modelo da medicina comunitária, que se pauta na utilização de técnicas simplificadas, com o investimento em ações preventivas e com a participação da população – o que hoje é conhecido como *Serviços de Atenção Primária à Saúde*. Com o passar do tempo, os investimentos se tornaram escassos, e houve uma desmotivação dos profissionais envolvidos. Como con-

sequência desse descontentamento, na década de 80 iniciou-se um movimento com profissionais e população para a criação de uma medicina comunitária reformulada.

Na década de 80, houve também a criação do SUS, em que experiências pontuais de educação comunitária em saúde deram lugar a movimentos sociais que reivindicavam e reivindicam mudanças globais nas questões de saúde, o que trouxe algumas limitações. Passou-se a tentar incorporar ao SUS as ações e metodologia da educação popular, para reorientar as políticas públicas. As práticas de educação e promoção de saúde passaram a ser assumidas pelo Estado.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, estabelece como responsabilidade do SUS ordenar a formação na área da Saúde – o que significa que o SUS deve se responsabilizar pelas ações da educação em saúde.

Com essa mudança, as experiências até então localizadas e saúde em comunidades passou a se vincular às instituições estatais, abrangendo uma área muito maior. Mas isto resultou na necessidade de assessorias para as lideranças dos movimentos sociais no quesito “elaboração de subsídios para projetos de lei” (VASCONCELOS, s.d., p. 9). Com o aprimoramento dessas equipes, a relação com a comunidade tornou-se cada vez mais distante, o que fez com que esta somente se envolvesse em momentos de grande mobilização

social (VASCONCELOS, s.d.). Nesse período, houve o que Vasconcelos (s.d.) denominou de “cooptação dos movimentos sociais”.

A partir da década de 90, constata-se que técnicos de saúde continuam atuando em espaços não institucionais. Também profissionais, em algumas instituições de saúde, buscam articular a metodologia da educação popular no serviço público (VASCONCELOS, s.d.).

Nesse período, no Rio de Janeiro, durante o Simpósio Interamericano de Educação para a Saúde, organizado pela Organização Panamericana pela saúde (OPAS), criou-se através dos trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias e pesquisadores; o Movimento de Educação Popular e Saúde objetivou debater educação em saúde, concebendo saúde a partir de um enfoque social, cultural e educativo no âmbito individual e coletivo. O movimento propõe a educação popular como norte teórico e metodológico do SUS, propiciando um instrumento de gestão participativa (VASCONCELOS, 2004).

O Ministério da Saúde preconiza ações populares de educação em saúde embasadas pelo método Paulo Freire, pois a educação popular em saúde trabalha com o método dialógico e participativo de Paulo Freire e, conseqüentemente, busca um usuário crítico, ciente de “direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença” (BRASIL, 2007, p. 7), usuários esses que foram historicamente excluídos da possibilidade de participação crítica na sociedade.

O que torna singular a prática da educação popular em saúde é optar pela cultura e pelo saber popular para possibilitar uma transformação. Essa transformação se dá em uma relação horizontal entre o profissional erudito e a comunidade, isto é, numa educação que se desenvolve na prática, reflexão e ação (FREIRE, 2005).

Um dos pilares fundamentais da educação popular é colocar como ponto de partida do processo pedagógico as experiências e saberes acumulados dos envolvidos. Nesse sentido, os atores são os agentes eruditos (profissionais de saúde, professores, etc.) e os agentes sociais do povo. O campo da educação popular é permeado pela articulação entre várias categorias profissionais, em um projeto *inter* e *transdisciplinar*. De acordo com Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2005), Paulo Freire explicita como eixo central do trabalho transformador de educação popular a noção de equipe.

Vasconcelos (2004) considera extremamente importante o investimento na capacitação profissional e na infraestrutura da instituição para que tornem viáveis as ações educativas. Propiciar a educação dos trabalhadores é essencial para a gestão participativa do SUS. O que se observa na prática é que, quando não há este tipo de investimento, o modelo normativo e biocêntrico de educação em saúde torna-se hegemônico.

Percebe-se a dificuldade das equipes para formar uma equipe técnica de saúde, em decorrência de formações técnicas específicas, que foram, ao longo

do tempo, tradicionalmente trabalhando de forma individualizada. No trabalho em equipe, as pessoas criam altas expectativas em relação ao outro, e o conflito é eminente – já que são diferentes especificidades, com infinitas maneiras de ver e enfrentar as questões. “Só mesmo uma equipe em que a maioria tenha um ideal e uma proposta política semelhante é que consegue superar essas dificuldades” (VASCONCELOS, 1997, p. 62).

Em toda profissão que implica relações humanas, conseqüentemente, há um processo educacional. Já que o objetivo do trabalho em equipe é buscar pela promoção, não se deve ignorar a questão da prevenção nas ações da própria instituição. O correto seria estarmos na comunidade ao invés de tentar fazer um trabalho imediatista.

Entende-se que, para que os conflitos inerentes na relação sejam resolvidos, é preciso que haja um limite no número de atendimentos, preservando-se os espaços das reuniões em equipe (que devem ser periódicas) o que, muitas vezes, vai de encontro com o interesse do Estado, que prima pela produtividade.

Há um grande valor educativo nas consultas individuais que devem ser preservadas, mas há também algumas limitações nesse espaço. Considera-se que as formas coletivas de atendimento suprem essas limitações e contribuem para o processo político educativo. Vasconcelos (1997) pontua algumas ações importantes com essa proposta – dentre essas ações está a palestra. As palestras versam sobre assuntos de interesse da

comunidade, que não somente recebem orientações, mas buscam também um espaço para o diálogo (comunidade e equipe técnica), que busca ações coletivas da população. Outra forma de ação é a consulta coletiva, que pode ocorrer quando há questões e problemáticas em comum a serem trabalhadas.

Por fim, acreditamos que a educação sociocomunitária, ainda, vem se desenvolvendo como uma grande área da educação.

b) Promoção de saúde e a Educação sociocomunitária

Deve-se salientar aqui a lacuna deixada pela carência de uma educação formal para a permanente capacitação do profissional em saúde. É a falta de um instrumento capaz de possibilitar a maturidade teórica e prática – bem como a conscientização do papel social de um profissional da saúde – sobre a realidade dos envolvidos em torno dessas mesmas práticas cotidianas de promoção à saúde.

Apesar dos limites teóricos das respostas (falta de uma fundamentação mais conceitual) é possível averiguar a mudança paradigmática vivida pelos profissionais da saúde.

Percebe-se a necessidade, por parte dos profissionais da saúde, de articular ações que promovam a prevenção e a reabilitação da saúde, isto é, de propiciar as condições necessárias à saúde, tanto focadas no indivíduo quanto na comunidade: é a atenção à saúde com a finalidade de promover uma maior

qualidade de vida. Há, portanto, a necessidade da construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2004, p. 11).

Observam-se, ainda, sem o rigor teórico de uma compreensão mais bem elaborada, concepções de “educação em saúde” e de “trabalho em equipe” – dentro da perspectiva do homem em sua *totalidade* – que apontam para a necessidade da construção de estratégias para a promoção, a prevenção da saúde e um trabalho *interdisciplinar* entre os profissionais da área.

O trabalho interdisciplinar (e *transdisciplinar*) exige mudanças e desafios (como as relatadas pelos entrevistados) inerentes à própria convivência social no local de trabalho: são as dificuldades da passagem de uma mentalidade de trabalho individualizado para a prática do profissional na perspectiva da coletividade. Como ressalta Pinho, apesar de ainda existir “muitos modelos conceituais demonstrando a importância do trabalho em equipe, há ainda muita confusão acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes que compreendam a sua dinâmica” (PINHO, 2006, p. 70).

Para Pinho, outro problema para a realidade dos trabalhos *inter*, *multi* ou *transdisciplinares* está na própria falta de engajamento dos profissionais envolvidos, isto é, nos limites em se

refletir e exercer o trabalho em equipe. “Eles não se sentem engajados com os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar” (PINHO, 2006, p. 73).

De acordo com Iglesias e Dalbello-Araújo (2011), pode-se compreender promoção em saúde de duas diferentes formas. A primeira proposta, defendida por Leavell e Clark (apud IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011), é sinônimo de prevenção primária, relaciona-se a fatores ligados a doenças, na qual é papel do profissional transmitir conhecimentos técnicos para manter as pessoas livres das doenças.

A segunda proposta, de acordo com Iglesias e Dalbello-Araújo (2011), equipara promoção da saúde com educação em saúde e promove saúde com a participação de profissionais de saúde e comunidade.

5 Considerações finais

A partir do objetivo proposto de estudar a prática interdisciplinar no atendimento dos profissionais da saúde e verificar se os profissionais estão cientes do que é educação em saúde e seus papéis como educadores em saúde, considera-se que ainda há um grande caminho pela frente, pois estamos longe da clareza do papel de educador em saúde dentro de uma equipe interdisciplinar. Entende-se, pautada nas ideias de Paulo Freire, que: 1) o profissional da saúde deve ser aquele que se constitui enquanto pessoa, não apenas comprometido com teorias ou ideias, mas, sobretudo, com-

prometido com a vida e com o pensar sobre a vida, mergulhado na realidade e partindo dela; 2) como um esforço pessoal e coletivo de instaurar e promover uma prática organizada de promoção e reflexão do seu papel de profissional da saúde diante da comunidade em que se encontra; é o esforço de reconhecer seu potencial transformador. Todos são chamados, ou ao menos provocados de alguma forma, a optarem, decidirem e se comprometerem com a realidade.

Acredita-se que as dificuldades devem ser o estímulo necessário ao enfrentamento dos desafios para a promoção da humanização do sistema de saúde no Brasil e ao resgate da crença na capacidade coletiva e dialógica (sem eliminar os conflitos e as diferenças resultantes das múltiplas maneiras de apreender a realidade) de problematizar a realidade e, jamais pelo isolamento, reassumirem a capacidade de renovar e revitalizar as condições de diálogo.

Este trabalho quis mostrar que a partir do mundo vivido pelos profissionais de saúde (deste mundo, desta realidade que é a matéria prima para o trabalho de *humanização*) e por aqueles que buscam seus serviços é que a intersubjetividade, com todos os seus desafios, a atitude (corajosa) crítica e a possibilidade de *reconstruir* poderão encontrar espaço concreto no movimento histórico das práticas e dos saberes da área de saúde em nosso país os quais incessantemente constroem-se dia a dia. O diálogo não é apenas sustentado por palavras, mas pela *práxis*, não neces-

sariamente por grandes revelações ou grandes atos revolucionários, mas pela transformação diária da apreensão de si, do outro e de seu entorno. Afinal, existir é tomar posições!

Referências

ABUHAB, Deborah; SANTO, Anedith B. A. P.; MESSEMBERG, Carlos B.; FONSECA, Rosa M. G. S. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, RS, 26(3): 369-80, dez. 2005. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGau-chadeEnfermagem/article/view/4567>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

ALBUQUERQUE, Carlos M. S. A.; OLIVEIRA, Cristina P. F. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*, 25, 2002. Disponível em: <www.ipv.pt/millenium/millenium_25/25_27.htm>. Acesso em: 8 maio 2011.

ALMA-ATA. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2011.

ARAÚJO, Marize Barros Souza; ROCHA, Paulo Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), p. 455-464, 2007.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de mai de 2011>.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS*. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília, 2007. 160 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, Seção II. DA SAÚDE. Art. 196. 1988. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção de saúde da família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 2, n. 6, p. 50-60, 2002.

CARO, Sueli Maria Pessagno. Os fundamentos da educação social para uma educação sócio-comunitária. *Revista de Ciências da Educação*, ano 08, n. 15, 2006.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, Barbacena, MG, ano V, n. 8, p. 107-124, jun. 2007. Disponível em: <bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2011.

COSTA, Ricardo César Rocha. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista Sociol. Polít.*, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002.

DOMINGUES, Ivan (Org.). *Conhecimento e transdisciplinaridade II: aspectos metodológicos*. Belo Horizonte: UFMG, 2005. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=ZvHgARIP2fIC&oi=fnd&pg=PA12&dq=Conhecimento+e+Transdisciplinaridade+&ots=NheX6rJTD6&sig=iKVAkqzkiwq3geCcWrdag0n0#v=onepage&q=Conhecimento%20e%20Transdisciplinaridade&f=false>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. *Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro – efetividade ou ideologia*. São Paulo: Loyola, 2002. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=peIiJBfTn4C&oi=fnd&pg=PA7&dq=+ivani+fazenda&ots=tdDFr1smQ&sig=cqGh6AlbmTE7zReOiZClufr77M#v=onepage&q=ivani%20fazenda&f=false>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

_____. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas, SP: Papirus, 1994. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=IESxUjsjE9YC&oi=fnd&pg=PA9&dq=disciplinaridade+ivani+fazenda&ots=-7tUuagmgK&sig=UqVGsLs1SeSZhy5UbEzJTXC1VTA#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

FORTUNA, Cinira Magali; MISHIMA, Silvana Martins; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José Bistafa. O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13(2): 262-8, 2005.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

GATTÁS, Maria Lúcia Borges. *Interdisciplinaridade – formação e ação na área da saúde*. Ribeirão Preto, SP: Holos, 2006. 200 p.

GATTÁS, Maria Lúcia Borges; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Interdisciplinaridade: uma contextualização. *Acta Paul. Enferm.*, v. 19, n. 3, p. 322-327, 2006.

GOHN, Maria Glória. Educação não formal e o educador social. *Revista de Ciências da Educação*, Americana, SP, ano X, n. 19, p. 121-140, 2º semestre 2008.

GOMES, Paulo Tarso. Educação sócio-comunitária: delimitações e perspectivas. *Revista de Ciências da Educação*, Americana, SP, ano X, n. 18, p. 43-64, 1º semestre 2008.

_____. Filosofia e educação sócio-comunitária. *Revista de Ciências da Educação*, Americana, SP, ano IX, n. 17, p. 39-48, 2º semestre 2007.

GUARESCHI, Pedro. Relações comunitárias. Relações de dominação. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss. *A promoção de saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família*. 2006. 296 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – USP-Ribeirão Preto, SP, 2006.

IGLESIAS, Alexandra; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 19 (3): 291-8, 2011. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_291-298.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

IRIBARRY, Isac Nikos. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), p. 483-490, 2003.

LIMA, Paulo Gomes; DIAS, Izabel Carvalho Gonçalves. Educação não-formal: um intertexto sobre sua caracterização. *Revista de Ciências da Educação*, Americana, SP, ano X, n. 19, 2008. Disponível em: <http://www.am.unisal.br/pos/StrictoEducacao/revista_ciencia/EDUCACAO_19.pdf#page=141>. Acesso em: 15 abr. 2011.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira. Pires de. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 18(2): 338-46, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

MEDEIROS, Patrícia Flores; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 21, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2005.

MENDES, Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e transdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n.1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

OLIVEIRA, Daniely Alvim; GUEDES, Heloísa Helena Silva. Quando a educação alia-se à saúde: o desenvolvimento da estratégia de educação em saúde nas ações do Núcleo de Atendimento Especializado à criança escolar – NEACE/LESTE. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 110-138, jan./jun. 2008. Disponível em: <www.uflf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigos_06_8.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2011.

OLIVEIRA, Daniely Alvim. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(3):423-31, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2011.

PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. 208 p.

PINHO, Márcia Cristina Gomes. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciência e Cognição*, v. 8, p 68-87, jul. 2006. Disponível em: <www.ciencia-secognicao.org>. Acesso em: 3 abr. 2011.

QUEIROZ, Marcos S. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

ROMANS, Merce; PETRUS, Antoni; TRILLA Jaume. *Profissão educador social*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; WENDHAVSEN, Agueda, Lenita Pereira; BENITO, Glays Amélia Vélez. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v. 9, n. 18, p. 521-36, set./dez. 2005.

SCHERER, Magda Duarte Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 43(4): 721-725, 2009.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 31 (5), 1997. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/v31n3/2334.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2011.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):67-83, 2004.

_____. Surgimento, crise e redefinição da educação popular em saúde. (s.d.) Disponível em: <www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20070516222646.doc>. Acesso em: 1º jul. 2011.

Recebido em abril de 2014

Aprovado para publicação em agosto de 2014