

Concepções sobre educação em saúde de professores e estudantes de enfermagem à luz do pensamento complexo**Conceptions on health education of nursing teachers and students in the light of complex thought**

DOI:10.34117/bjdv6n1-276

Recebimento dos originais: 30/11/2019

Aceitação para publicação: 25/01/2020

Andréia Bendine Gastaldi

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina-PR, Brasil.
Instituição: Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina-PR, Brasil (Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde).
Endereço: Av Robert Koch, 60, Vila Operária, Londrina-PR, Brasil.
abgastaldi@gmail.com

Mara Lúcia Garanhani

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto-SP, Brasil.
Instituição: Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina-PR, Brasil (Professor Associado do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde).
Endereço: Rua Raposo Tavares, 445, ap. 22, Vila Larsen, Londrina-PR, Brasil.
maragara@hotmail.com

Juliana Helena Montezeli

Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá-PR, Brasil.
Instituição: Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina-PR, Brasil (Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde).
Endereço: Av Robert Koch, 60, Vila Operária, Londrina-PR, Brasil.
jhmontezeli@hotmail.com

Mauren Teresa G. Mendes Tacla

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto-SP, Brasil.
Instituição: Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina-PR, Brasil (Professor Associado do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde).
Endereço: Av Robert Koch, 60, Vila Operária, Londrina-PR, Brasil.
maurentacla@gmail.com

Maria Helena Dantas De Menezes Guariente

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto-SP, Brasil.
Instituição: Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina-PR, Brasil (Professor Associado do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde).
Endereço: Rua Odécio Sumindo, 180, Londrina-PR, Brasil.
mhguariente@gmail.com

Brigida Gimenez Carvalho

Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP, Brasil.

Instituição: Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina-PR, Brasil (Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde).

Endereço: Av Robert Koch, 60, Vila Operária, Londrina-PR, Brasil.

brigidagimenez@gmail.com

Elizabeth Teixeira

Doutora em Ciências pelo Núcleo de Altos Estudos da Amazônia – NAEA/UFPA

Instituição: Professora Titular Aposentada da Universidade Estadual do Pará (UEPA) e Professora Visitante da Universidade Estadual do Amazonas (UEA) – Manaus-AM, Brasil

Endereço: Rua Maceió, 618, ap. 1204, Adrianópolis – Manaus-AM, Brasil.

etfelipe@hotmail.com

RESUMO

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde, contudo, a formação do enfermeiro para a prática da educação em saúde, bem como dos demais profissionais desta área, ainda é carente de um conceito ampliado e aprofundado. Desta maneira, este estudo objetivou analisar as concepções de educação em saúde para professores e estudantes de um currículo integrado de enfermagem à luz do pensamento complexo. Trata-se de um estudo de caso que ocorreu de novembro de 2013 a fevereiro de 2016, com abordagem qualitativa e compreensiva. Desenvolveu-se com alunos e professores de um curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino superior pública localizada no norte do Estado do Paraná, Brasil e sua operacionalização aconteceu por meios de grupos focais, aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas. Os achados foram submetidos à análise compreensiva e triangulação de dados. Como resultado, emergiram duas categorias empíricas: Concepções conceituais sobre educação em saúde e Concepções sobre as finalidades da educação em saúde. Para discussão, realizaram-se inferências e interpretação dos achados, com sustentação de literaturas correlatas, bem como de obras de Edgar Morin acerca da teoria da complexidade, referencial teórico da presente investigação. Conclui-se que criar estratégias para que os atores investigados possam se despir do reducionismo rumo ao entendimento complexo da educação em saúde mostra-se essencial para aparar as arestas destas concepções confusas e ingênuas, tanto por parte dos alunos quanto dos professores.

Palavras-Chave: Enfermagem; Educação em Saúde; Currículo Integrado; Formação Acadêmica.

ABSTRACT

Health education constitutes a set of knowledge and practices aimed at disease prevention and health promotion; however the nursing training for practicing health education, as well as the professionals' training in this area, is still lacking an expanded and deepened concept. In this way, this study aimed to analyze the conceptions of health education of teachers and students from an integrated nursing curriculum, according to the complex thinking. It is a case study that took place from November 2013 to February 2016, with a qualitative and comprehensive approach. It was developed with students and teachers of an undergraduate nursing course at a public higher education institution located in the north of the State of Paraná, Brazil, and its operationalization took place through focus groups, questionnaires and semi-structured interviews. The findings were submitted to comprehensive analysis and data triangulation. As a result, two empirical categories emerged: Conceptual conceptions about health education and Conceptions about the purposes of health education. For discussion, inferences and interpretation of the findings were made, supported by related literature, as well as works by Edgar Morin on the theory of complexity, the theoretical framework of the present investigation. It is concluded that creating strategies for the investigated actors can get rid of

reductionism towards the complex understanding of health education is essential to cut the edges of these confused and naive conceptions, both for students and teachers.

Keywords: Nursing; Health education; Integrated curriculum; Academic education.

1 INTRODUÇÃO

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. É um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais dessa área, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

A formação do enfermeiro para a prática da educação em saúde, bem como dos demais profissionais desta área, ainda é carente de um conceito ampliado e aprofundado e também de ações estratégicas inovadoras que permitam desconstruir as imagens associadas a palestras, cursos, entre outras, que impõem verticalmente a relação entre os profissionais e o usuário. Rosa et al. (2006) referem que o conhecimento que compõe o aporte teórico desses profissionais durante sua formação não produz ainda a incorporação de teorias de educação em saúde como estratégias para a promoção da saúde na prática profissional. O assunto, na maioria das vezes, é abordado mais na forma de técnicas de grupo ou oficinas do que na de pressupostos teóricos que deveriam norteá-lo.

Côncio disso, o curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no sul do Brasil, desenvolve um modelo de currículo integrado desde o ano 2000, utilizando a problematização como eixo metodológico e metodologias ativas de ensino e aprendizagem. O projeto pedagógico propõe ainda 12 temas transversais, compreendidos como dinamizadores das atividades acadêmicas, articulados de forma crescente aos conteúdos específicos e desempenhos essenciais dos diferentes módulos. No currículo integrado, a nomenclatura temas transversais foi substituída pela expressão ‘seivas’, mantendo o mesmo significado, isto é, aquilo que transpassa as disciplinas curriculares (GARANHANI et al., 2013). A educação em saúde constitui um desses temas transversais.

Em virtude da sua não-linearidade, dinamicidade e multidimensionalidade, as reflexões sobre a educação em saúde, como seiva na formação do enfermeiro, fazem eco com as assertivas do pensamento complexo de Edgar Morin. Este admite que “[...] o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo, como o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes” (MORIN, 2014, p. 88). Não rejeita os resultados da ciência reducionista, mas demonstra possibilidades de recusa de suas limitações. Nessa perspectiva, o mundo é visto em sua totalidade, interconectado e não como soma de partes separadas. Portanto, a complexidade integra o modo de pensar e se opõe à redução de partes.

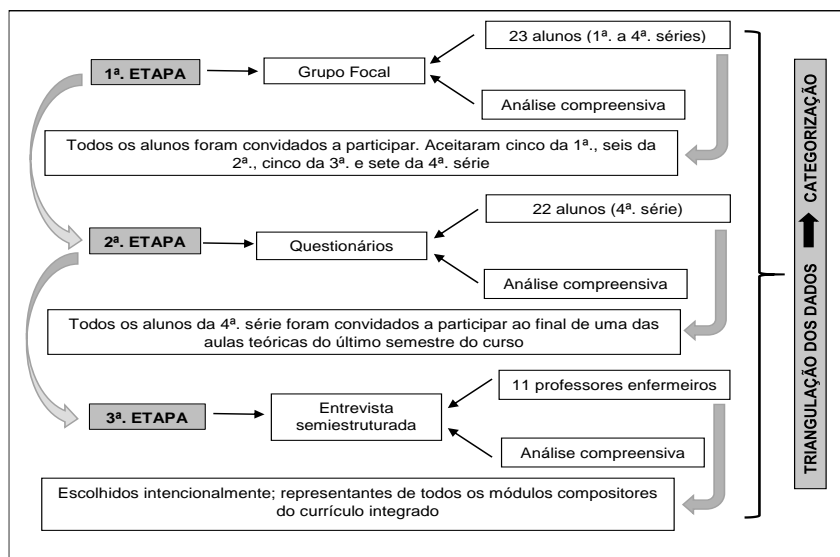
A partir destes ditames, emergiram inquietações que culminaram no seguinte questionamento norteador desta pesquisa: quais são as concepções sobre educação em saúde de professores e estudantes de enfermagem inseridos em um currículo integrado? Assim, para elucidar tal indagação, traçou-se como objetivo desta investigação: analisar as concepções de educação em saúde para professores e estudantes de um currículo integrado de enfermagem à luz do pensamento complexo.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso que ocorreu de novembro de 2013 a fevereiro de 2016, com abordagem qualitativa e compreensiva, cuja finalidade foi desvelar a complexidade dos contextos, segundo o ponto de vista dos diferentes atores e grupos estudados (MINAYO, 2014).

Desenvolveu-se com alunos e professores de um curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino superior pública localizada no norte do Estado do Paraná, Brasil e sua operacionalização aconteceu em três etapas, as quais podem ser conferidas na Figura 1.

Figura 1: Diagrama representativo das etapas de operacionalização do estudo



A **primeira etapa** foi realizada com alunos entre novembro de 2013 e março de 2014, por meio da técnica de grupo focal. Todos os estudantes das quatro séries do curso naquela ocasião foram convidados a participar do estudo, no entanto, 23 compuseram o número de pesquisados nesta fase (cinco da primeira, seis da segunda, cinco da terceira e sete da quarta série).

Ocorreram quatro grupos focais, um por série do curso, realizados pela pesquisadora principal, que teve o papel de moderadora, juntamente com dois observadores colaboradores também estudiosos do currículo integrado. Para o estímulo da discussão, alguns questionamentos foram usados como fio condutor: *O que é educação em saúde para você? Nos módulos que você já estudou foi feita alguma*

abordagem formal ou informal sobre educação em saúde? Descreva alguma atividade que foi significativa para você sobre educação em saúde.

Os grupos focais foram gravados em áudio e vídeo com posterior transcrição na íntegra. Cada um deles teve duração média de 60 minutos e o total da gravação foi de 4 horas e 48 minutos. As falas foram codificadas, atribuindo-se uma letra e um número para cada grupo, seguido de uma letra e um número para cada estudante (por exemplo, G1E1).

Na **segunda etapa**, em que foram apreendidas as concepções sobre o objeto de estudo ao final do curso de graduação, foi aplicado um questionário, com as mesmas indagações dos grupos focais, sendo respondido por escrito. Os estudantes foram abordados ao término de uma aula do último semestre da graduação, em novembro de 2014 e todos os presentes naquele momento concordaram em participar, totalizando 22 inquiridos. As respostas obtidas estão expressas no texto pela letra E (estudante) seguida de número arábico (por exemplo, E5).

A **terceira etapa** ocorreu de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada agendada previamente com docentes enfermeiros, que foram escolhidos intencionalmente pela pesquisadora principal, de modo a se obter representatividade de participantes dos diferentes módulos compositores do currículo integrado, perfazendo um total de 11 professores.

A condução da entrevista constituiu-se de três questões abertas: *O que você entende por Educação em Saúde? Dentre as atividades de Educação em Saúde que você realizou na graduação qual você considera que foi a mais significativa para o aprendizado? Tem alguma sugestão para aprimorar/melhorar o aprendizado da Educação em Saúde na graduação em Enfermagem?*

Todas foram gravadas em áudio, totalizando 5 horas e 49 minutos de gravação, com tempo médio de 30 minutos. Foram transcritas na íntegra e, para a manutenção do anonimato, cada docente recebeu a codificação P, seguida do número de sequência da entrevista (por exemplo, P1).

Os dados empíricos obtidos em cada uma das três etapas foram tratados por meio da análise compreensiva e procedeu-se a triangulação dos dados, seguindo-se os passos: a) conferência da fidelidade do material das transcrições das três etapas; b) leitura flutuante dos dados, para possibilitar a impregnação por seu conteúdo; c) leitura vertical, repetida e aprofundada de cada um dos agrupamentos de dados (grupos focais, questionários e entrevistas), a fim de se construir uma síntese de cada um deles; d) leitura horizontal das sínteses dos grupos focais, questionários e entrevistas. Essas sínteses foram confrontadas com o objetivo definido para o estudo; e) análise transversal de cada uma das sínteses, configurando a triangulação dos dados, na procura de convergências e divergências, relações e contradições, sempre considerando o contexto da coleta da pesquisa de campo e os participantes, o que possibilitou uma análise ampla do objeto de estudo; f) análise

realizada (vertical de cada registro, horizontal e transversal/triangulação) direcionou a organização dos resultados em categorias (CARVALHO, 2012).

Realizaram-se inferências e interpretação dos achados, com sustentação de literaturas abordando a temática, bem como em obras de Edgar Morin (2011, 2014, 2015) acerca da teoria da complexidade, referencial teórico da presente investigação. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que permitiu sentido à interpretação. As interpretações que levaram às inferências foram sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações aparentemente superficiais.

Para ser viabilizada esta investigação, os aspectos éticos seguiram a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), com aprovação pelo comitê de ética em pesquisas envolvendo seres humanos da instituição sob o número 200/2013 e CAAE 18931613.5.000.5231. Ainda, alunos e professores assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes do início de sua participação.

3 RESULTADOS

O corpo social produtor dos dados empíricos foi constituído por 45 estudantes da primeira a quarta série do curso (primeira e segunda etapas da coleta de dados), com idade entre 18 e 27 anos, sendo seis do sexo masculino e 39 do sexo feminino. Ainda, dos 11 docentes inquiridos (terceira etapa da coleta de dados), um era do sexo masculino e dez do sexo feminino, cuja idade variou entre 30 e 55 anos e o tempo de docência de seis a 30 anos.

A análise compreensiva e triangulação dos dados permitiu identificar as seguintes categorias: *Concepções conceituais sobre educação em saúde e Concepções sobre as finalidades da educação em saúde*

CATEGORIA 1: CONCEPÇÕES CONCEITUAIS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Os professores compreendem a educação em saúde como um processo educativo de construção de conhecimento, para além da transmissão de informações, que envolve a corresponsabilização dos profissionais e dos usuários. O paciente é visto como potencial protagonista do seu próprio cuidado, em um processo de troca de saberes, diálogo, negociação, compartilhando experiências e estabelecendo pactos, sempre considerando a sua realidade, como exemplificam estes excertos:

Educação em saúde é um processo educativo, de construção de conhecimento, que o profissional vai fazer com a comunidade, com o paciente, com a família, enfim, com todos aqueles que são por ele cuidados, assistidos, de modo que haja uma compreensão. [...] para que ele possa ofertar as informações necessárias. Não só com a finalidade de

transmissão, mas com uma finalidade de compreensão, de construção do conhecimento. (P1)

Educação em saúde é troca de saberes. É a imensa capacidade que eu, enquanto profissional, ou que um profissional que tem algum tipo de saber, tem de dialogar e negociar, compartilhar, pactuar... (P5)

Citaram também a oferta de informações necessárias e orientações aplicadas à prática como componentes do processo educativo:

Trazer a informação para o usuário de forma que ele possa raciocinar [...] não é conscientizar, porque eu acho que a palavra conscientizar é forte, mas você oferecer esse acesso de forma simples para essa pessoa, simples ou da forma que ela entenda, para ela compreender. Se ela compreender e a partir disso ela tiver condições de mudar esse hábito, aí eu acho que é válido, aí ela escolhe, mas jamais essa questão de pensar “Aí eu vou mudar o hábito”; eu tento conversar isso com os alunos. (P8)

Os professores também disseram que a educação em saúde está presente em todas as áreas de atuação da enfermagem envolvendo o cliente, sua família e comunidade, tratando-se de um processo complexo e que ainda se encontra em desenvolvimento na enfermagem:

A educação em saúde permeia todas as áreas, independentemente de qualquer área mais prática ou não tão prática, porque você, lidando com os clientes/pacientes, vai ter que fazer orientação e esta acaba como uma prática de educação em saúde. (P2)

É uma coisa mais ampla. Eu não estou falando de cliente/paciente aqui, estou falando de pessoas, estou falando de famílias, estou falando de funcionários, de equipe, que fazem parte de uma comunidade [...] Faz parte de uma simbiose, na verdade. O funcionário, a equipe que não esteja bem, ele nunca vai poder educar outra pessoa para saúde, se ele não se cuida para saúde. Um chefe de equipe que também não se cuida, que também não entenda que ele precisa de cuidados com sua própria saúde, ele não vai liderar a equipe dele para poder fazer isso também. (P9)

Ela é uma coisa assim que não é tão simples, porque a educação em saúde envolve mudanças de estilo de vida e adesão ao tratamento. E, a gente está aí “engatinhando” nisso ainda. (P6)

Algumas falas revelaram que docentes ampliaram equivocadamente o conceito de educação em saúde para aquilo que também envolve a educação em serviço, treinamento ou educação permanente em saúde, demonstrando um conceito confuso/inseguro. Isto merece destaque por serem estes os responsáveis pela formação dos estudantes que também apresentaram as mesmas dúvidas.

Isso pode ser para os profissionais ou também para os pacientes. Eu vejo também que educação em saúde engloba os dois, no campo que eles têm oportunidade de fazer, é uma atividade programada para fazer educação em saúde. E para os pacientes, a gente consegue fazer com mais frequência. Então, educação em saúde, ela vai além da enfermagem, ela abraça toda a equipe de saúde lá do local que a gente implementa o protocolo. Porque a gente vê várias falhas no dia a dia, que poderiam ser corrigidas com educação em saúde. [...] Eu acho que eu entendo... a educação em saúde é muito ampla, com certeza não deve ser o conceito certo... (P4)

Educação em saúde são maneiras, formatos, estratégias, de você trabalhar um tema dentro da área da enfermagem [...] eu posso estar enganada, mas eu penso que seja algo grande,

um processo maior que acaba englobando a educação permanente, a educação continuada [...] que parte de um princípio maior. (P11)

Então, a educação em saúde, a gente pensa assim, bem imediatamente... é em relação ao paciente, a saúde do paciente. Teria assim uma, até uma forma indireta dessa educação em saúde no caso de um treinamento, um auxílio com o próprio profissional de saúde ali na assistência, é uma forma indireta de repente. (P6)

No que diz respeito aos estudantes, foram observadas essas mesmas dificuldades e vulnerabilidades para conceituar educação em saúde. O entendimento, ainda inseguro, equivocado ou confuso foi marcante, principalmente na fala dos estudantes da primeira e segunda séries:

Eu não sei por que, mas eu estou meio perdida nesse tema. Porque eu não sei o que seria exatamente essa Educação em Saúde, porque pode até ter tido e a gente não está localizando. (G1E4)

Eu fiquei perdida quando eu ouvi o termo Educação em Saúde. (G2E1)

Quando, por exemplo, você já trabalha e você tem que fazer tipo umas capacitações, assim quando você já é profissional já, quando você tem que melhorar, se adaptar as novas mudanças. (G2E4)

Na minha cabeça vinha que Educação em Saúde é capacitação de funcionários, é a primeira coisa e depois a graduação. (G2E6)

Assim como alguns docentes, os estudantes da quarta série também incorporam a educação em serviço e treinamento ou educação permanente em saúde como partes da educação em saúde.

É uma prática, atividade desenvolvida tanto com a comunidade interna (alunos, servidores e outros) quanto com a comunidade externa (pacientes, por exemplo, atendidos nos ambulatórios de especialidades do ambulatório, no qual ocorre a transmissão e o recebimento de informações). (E3)

Para os estudantes da terceira e da quarta séries, a elaboração do conceito se expressou através das situações nas quais a educação em saúde foi aplicada. Eles assinalaram que conhecer o paciente, seu histórico e realidade são alicerces para a prática da educação em saúde. Citaram as palestras destinadas aos usuários como forma de realizar a educação em saúde:

A gente estudava a história de um indivíduo, então a gente tinha que entender quem era ele, de onde ele vinha, para ver o contexto geral, entender como a gente iria atuar naquele caso. (G4E3)

Eu me lembro do internato de saúde coletiva em que a gente ia nos grupos de hipertensos, escolhia um tema, por exemplo osteoporose, nem todos tinham osteoporose, mas era uma forma para que as pessoas tivessem conhecimento, pudessem prevenir. (G4E2)

A gente vê mais educação em saúde acontecendo na atenção básica, fora do hospital. Meu internato foi no CAPS. Lá também a gente toda semana escolhe um tema que os pacientes queriam saber: diabetes, hipertensão... e você passa para eles de forma que eles consigam prevenir, de forma bem simples. (G4E6)

No pré-natal, na coleta de CO, a gente também faz muito, porque a gente tem que estar orientando, se fez mamografia, e tudo mais... (G3E5)

A gente vê mais ações de promoção a saúde como exercícios físicos, dieta adequada, para prevenção de doenças. Para mim foi isso que ficou. (G3E4)

Em saúde da mulher, a gente deu palestras nas escolas sobre sexualidade. (G3E1)

CATEGORIA 2: CONCEPÇÕES SOBRE AS FINALIDADES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Quanto às finalidades, os professores consideram a compreensão das necessidades de saúde do usuário, a corresponsabilização, a autonomia e o empoderamento do ser cuidado, visando à promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde. Reforçaram a importância de se despertar no outro a necessidade de mudanças de estilo de vida, de autocuidado, adesão ao tratamento e compromisso. Enfatizaram também o objetivo de buscar o equilíbrio entre o conhecimento do profissional e o do cliente.

Para que a pessoa possa se responsabilizar pela sua recuperação da saúde, ou então pela sua manutenção da saúde, de uma forma que o processo de cuidado, à assistência que está sendo prestada, em qualquer que seja a ambiência, não fique só sendo responsabilidade do profissional, mas também daquele que está sendo cuidado... É o tal do empoderamento, que eu ainda questiono um pouco às vezes, mas é fazer esse indivíduo participar do seu processo de cuidado, seja ele de manutenção, de melhora da saúde, de promoção, enfim, mais ou menos isso. (P1)

A gente busca trabalhar essa questão da educação em saúde ser um instrumento para autonomia do paciente, para ele recuperar o controle da sua própria vida. [...] Eu acho que educação em saúde deve ser algo que desperte em mim e no outro uma... Em inglês tem uma palavra ótima para isso: "awareness" que é uma conscientização de questões que colocam, que otimizam meu estado de saúde, que danificam meu estado de saúde, que tem consequências em relação à minha qualidade de vida... Então quando eu me educo em relação à saúde, é quando eu tenho uma percepção, um despertar de que isso é importante para aquilo que eu quero para minha vida. Independente disso, eu posso até ter essa percepção, mas eu posso não me mobilizar em relação a esses conceitos que eu compreendi, que eu abracei, que eu vi, eu vislumbrei. (P9)

É reequilibrar esse conhecimento com o conhecimento que o usuário traz. É quando eu chego perto do usuário com determinado saber e aí, por exemplo, eu tenho algumas propostas teóricas do saber, e imediatamente eu posso propor isso ao usuário, mas a educação só se dá mesmo na hora que eu permito que o usuário diga pra mim assim: "Não, mas isso, professora, que a senhora falou, não deu certo com a minha mãe, aí eu tentei isso naquele dia, eu achei que ela ficou melhor!". Então, quando eu consigo negociar e trocar o meu saber de maneira que o meu saber e o saber do usuário possam ser efetivos, na realidade eu estou fazendo educação em saúde. (P5)

No entanto, os resultados também mostraram que alguns docentes ainda reforçam a ideia de um processo de educação "apenas" para levar conhecimentos fundamentados cientificamente.

Eu acredito que educação em saúde é você levar um conhecimento que está fundamentado, embasado, olhar para esse conhecimento, verificar como ele deve ser aplicado na prática e fazer essa transposição da ciência, dos fatos que são comprovados, para a prática. (P4)

Encontramos também nas falas dos estudantes outros elementos relacionados à finalidade da educação em saúde que incorporam concepções do modelo tradicional (além das palestras mencionadas anteriormente), no qual o conhecimento científico se sobrepõe ao popular, ou mesmo não considera o saber popular, por exemplo, “você vai definir o tema”; “você vai passar aquele conhecimento”:

Acho que educação em saúde tem a ver com prevenção, com prevenir doenças, ou como prevenir complicações se aquele paciente já tem a doença, por exemplo. Então, você vai definir o tema de acordo com o que aquela população está precisando... (G4E5)

Tem várias formas de acontecer isso [a educação em saúde], tem dinâmicas, tem palestras, enfim..., mas daí você vai passar aquele conhecimento para aquela população. (G4E7)

Todavia, de certa forma, a vivência de metodologias ativas no currículo em estudo possibilitou a alguns estudantes incorporar tais estratégias em suas práticas educativas, os quais relacionaram o próprio modelo de ensino-aprendizagem vivenciado como um exemplo quando da adoção de estratégias para as práticas educativas:

O uso de outras estratégias, como vídeos, figuras, dinâmicas, e não só aquelas palestras, sempre com o mesmo tom de voz, ficam sempre bem melhor [...] ah, isso não precisou ninguém falar, a gente viu isso com o exemplo dos professores e isso a gente aprende pela gente mesmo. Como a gente aprende melhor com essas técnicas, e não só com aulas expositivas, a gente sabe que deve usar essas estratégias... (G4E4)

Ao analisarmos as respostas dos questionários aplicados aos estudantes da quarta série, os resultados em relação às concepções não se modificaram. Alguns estudantes mantiveram uma concepção baseada no modelo tradicional e outros se expressaram de forma mais inclusiva.

É uma atividade constante de aprendizado e transmissão do conhecimento, que envolve desde uma simples orientação até capacitação de equipes. É uma maneira de aperfeiçoar o conhecimento, atualizar-se. Levantamento de problemas, discussão, para chegar ao objetivo final (E4).

É passar para as pessoas o conhecimento que temos sobre algum assunto, o qual foi identificado “falho” (E6).

São temas em saúde que abrangem os mais diversos aspectos com o objetivo de entender/compreender o indivíduo em toda a sua totalidade. Ela abrange as diversas áreas da saúde (E2).

4 DISCUSSÃO

Os resultados da primeira categoria expressos nas falas dos docentes relacionam-se com argumentos defendidos por vários autores, como Vasconcelos (2001), Alves (2005) e a própria PNEP-SUS (BRASIL, 2013), que propõem uma prática voltada para o diálogo entre a diversidade de saberes, em que o saber popular seja valorizado.

A ampliação e/ou confusão de conceitos de educação em saúde para aquilo que também envolve a educação em serviço, treinamento ou educação permanente em saúde pelos docentes pode estar relacionada ao fato de que, por vezes, ao responder, os professores falavam de conceitos de educação “na” área da saúde, desvelando que, embora a concepção de educação em saúde estivesse presente, ela se mesclava com outros conceitos da área. É importante ressaltar que a própria definição de educação em saúde, como tema transversal do currículo integrado do curso, apresentada em 2011, adotou essa visão mais ampliada que incorpora também os conceitos de educação permanente em saúde e educação continuada.

Quando os alunos mencionam as palestras destinadas aos usuários como forma de realizar a educação em saúde, podemos refletir que o modelo tradicional, com o uso de métodos como palestras e aulas, ainda está fortemente arraigado na concepção dos estudantes. Esse método, mesmo buscando conhecer o paciente, sua história de vida e realidade, não possibilita interagir com o indivíduo de maneira integral e compartilhada. A vantagem das palestras reside no fato de proporcionarem à população o conhecimento produzido cientificamente, com conteúdos atualizados e possibilidade de ampliação de informações sobre seu dano/agravo, mas não garante o aprendizado, pois são permeadas por diferentes fatores. Nesta prática estabelece-se uma relação verticalizada entre o profissional e o usuário, em uma concepção de formação que vê o indivíduo como um ser passivo, mero receptor de informações, que pode não saber aplicá-las à sua realidade (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010). Assim, durante as atividades de educação em saúde, espera-se o uso de outras estratégias de ensino e aprendizagem, evitando-se as palestras.

As discussões dos resultados da segunda categoria iniciam-se com a percepção de que a concepção dos docentes sobre as finalidades da educação em saúde coaduna com a PNEP-SUS (BRASIL, 2013), que diz que a educação em saúde deve incentivar a produção individual e coletiva de conhecimentos. A própria definição de educação em saúde do Ministério da Saúde (MS) aponta que ela deve ser um

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2013).

Contudo, cabe uma especial atenção ao fato de terem reforçado o entendimento de que educação em saúde visa somente a transmissão de conhecimento científico, pois este pensamento, hodiernamente, mostra-se anacrônico. Não se nega a importância do acesso ao conhecimento científico que a educação em saúde deve proporcionar, mas há que se considerar que, ao colocar essa finalidade como principal, outras dimensões podem ser esquecidas, como a responsabilização, a autonomia e o empoderamento do ser cuidado.

Há variações conceituais relevantes para o termo empoderamento e diferenciam dois sentidos importantes para ele: o psicológico e o social/comunitário. O empoderamento psicológico possibilita aos indivíduos um sentimento de maior controle sobre sua própria vida. Sem negar a eficácia do empoderamento psicológico para a produção da saúde, as autoras julgam que este pode ser insuficiente para instrumentalizar práticas que atuem sobre a distribuição de poder e recursos na sociedade. O empoderamento social, por sua vez, é um processo que conduz à legitimação, dá voz a grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais. Indica processos que procuram promover a participação social visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida. Indivíduos e comunidade podem se beneficiar ao aumentarem a capacidade para definir, analisar e atuar sobre seus próprios problemas através da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade (CARVALHO; GASTALDO, 2009).

As falas dos alunos, quanto à finalidade, também apresentam pontos em que enfatizam práticas de modelos e práticas tradicionais, revelando que estas vão sendo incorporadas ao cotidiano dos estudantes como referências de ensino, caracterizando o educador em um papel transmissor e o sujeito de aprendizagem em um ser passivo e receptor, portanto não reconhecido em sua autonomia e capacidade de construção de conhecimento.

Esses resultados tornam-se relevantes principalmente considerando que a proposta curricular em desenvolvimento prevê a utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem e a problematização de situações cotidianas, visando à transformação da realidade na qual o estudante está inserido. Porém, ainda que embrionariamente, verificou-se que a vivência de metodologias ativas no currículo em estudo possibilitou a alguns estudantes incorporar tais estratégias em suas práticas educativas. Podemos dizer também que somente alguns estudantes demonstraram essas percepções, pela quase ausência dos momentos formais de reflexão do tema educação em saúde durante sua formação, reservado de forma intencional apenas na primeira série e no final da quarta série, no internato de saúde coletiva.

Sobre isso, uma análise da complexidade em Morin, aponta esta como uma realidade reveladora, em que o ser humano é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de sua própria construção e do mundo (PETRAGLIA, 2002). Um modelo curricular globalizante adota diferentes formas de processar o conhecimento em parceria estabelecida entre alunos e professores envolvidos (ANASTASIOU, 2012).

As concepções de professores e estudantes sobre educação em saúde, quando analisadas em conjunto, possuem diversas aproximações. Embora o conceito dos professores seja mais elaborado no que concerne ao referencial de educação popular, em relação aos estudantes podemos observar um movimento de construção ao longo das séries. Assim, de um conceito confuso e inseguro na primeira e segunda séries, os estudantes da terceira e quarta série já conseguem incorporar alguns atributos que valorizam o usuário e a sua participação no processo educativo.

Ao mesmo tempo, as concepções que envolvem o modelo tradicional, de transmissão do conhecimento, em uma relação verticalizada, que privilegia o saber científico, embora estivessem presentes apenas nas concepções de poucos professores, se fez recorrente nas falas dos estudantes. É difícil avaliar aqui até que ponto é apenas o discurso do professor ou a sua prática que mais tem influenciado na construção desse conceito pelos estudantes, ou ambos. Da mesma forma, o conceito confuso/inseguro está presente no relato de ambos, denotando a importância do papel do professor na construção desse conceito.

Sobre isso, temos que considerar que, em um currículo que adota metodologias ativas, a função principal dos professores é gerar questionamentos, dúvidas, criar necessidade, e não apresentar respostas. “Num contexto de mundo inacabado e em constante mudança nós não temos nenhuma aula a ‘dar’, mas sim a construir, junto com o aluno” (SANTOS, 2005, p. 3).

Precisamos desafiar os conceitos já aprendidos, para que eles se reconstruam mais ampliados e consistentes, tornando-se assim mais inclusivos com relação a novos conceitos. Quanto mais elaborado e enriquecido é um conceito, maior possibilidade ele tem de servir de parâmetro para a construção de novos conceitos. Isso significa dizer que quanto mais sabemos, mais temos condições de aprender (SANTOS, 2005).

O retalhamento das disciplinas torna impossível aprender o que é tecido junto, isto é, o complexo. O desafio da globalidade é também um desafio de complexidade, que existe de fato, quando os componentes que constituem um todo são inseparáveis, e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes. Estas premissas sustentam o princípio hologramático do pensamento complexo (MORIN, 2014).

O fato de o tema transversal educação em saúde, de um modo geral, estar presente de forma implícita nos cadernos de planejamento dos módulos, dependendo, na maior parte das situações, da

intencionalidade do professor, faz com que o estudante não o “perceba” em diversas situações como experiência significativa de aprendizagem.

O princípio hologramático indica que, como em um holograma, cada parte contém praticamente a totalidade da informação do objeto representado; em qualquer organização complexa, não só a parte se encontra no todo, mas o todo encontra-se igualmente na parte (MORIN, 2015). Os poucos momentos de abordagens teóricas do conceito no currículo têm contribuído para que a parte não contenha essa informação do todo, ou seja, o estudante realiza a prática educativa sem a totalidade da informação (conceito).

Metaforicamente, poderíamos dizer que é como saborear um bolo e conseguir identificar a presença de seus ingredientes principais. Assim, saborear o bolo vai além de identificar seus ingredientes individualmente, mas é percebê-los em sua integração, criando um sabor no pedaço de bolo. As partes estão presentes no todo e fazem parte desse todo, e ele não é maior que as partes (MORIN, 2015).

O pensamento complexo visa, assim, mover, conjugar, articular os diversos saberes compartimentados nos mais variados campos do conhecimento, sem perder a essência e a particularidade de cada fenômeno, religando matéria e espírito, natureza e cultura, sujeito e objeto, objetividade e subjetividade, arte, ciência, filosofia. Considera igualmente o pensamento racional-lógico-científico e o mítico-simbólico-mágico. O pensamento complexo se estabelece como requisito para o exercício da interdisciplinaridade (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Nessa perspectiva, podemos perceber que, embora o CI adote a educação em saúde como seiva, ainda se encontra de forma fragmentada entre os módulos, que pouco “conversam entre si”, fragilizando a transversalidade. Dessa forma, nem todos os professores sabem quais as experiências prévias dos estudantes sobre o tema, de onde partir, e para onde ir.

As disciplinas intelectualmente são, de modo pleno, justificáveis, desde que preservem um campo de visão que reconheça e conceba a existência das ligações e das solidariedades. Não é a questão de se criar uma ciência do homem, que anularia a multiplicidade do que é humano, mas religar essas dimensões (MORIN, 2014).

Recomendamos que é preciso lançar outro olhar sobre o documento, uma vez que ele é um balizador das atividades docentes, um guia para professores e estudantes. Ao se explicitar o tema transversal educação em saúde nos cadernos de planejamento dos módulos, assim como as estratégias para a efetivação de suas práticas, ele não dependerá apenas da intencionalidade do professor para que se concretize.

Os cadernos de planejamento são instrumentos pedagógicos que são anualmente remodelados pelo grupo de professores responsáveis pela condução dos módulos; dessa forma, é importante que

exista um direcionamento por parte do colegiado de curso com relação à abordagem dos temas transversais neles, garantindo pelo menos a reflexão por parte do grupo de professores, sobre como, onde e de que forma o tema será abordado.

Faz-se necessário, ainda, conforme sugestão dos próprios professores, uma discussão mais aprofundada sobre o tema em estudo. A teorização do conceito, modelos e estratégias de educação em saúde são de extrema importância, uma vez que não basta o documento “falar”, e sim aquele que o vivencia deve estar impregnado pela certeza do seu discurso. Desse modo já não teremos conceitos confusos ou inseguros.

Dando continuidade à perspectiva de refletir sobre as contribuições que os princípios do pensamento complexo fornecem para uma melhor formação de enfermeiros no desenvolvimento da educação em saúde, acrescentamos os conceitos da compreensão humana propostos por Edgar Morin. Assim, além de a educação em saúde precisar ser contextualizada, globalizada, discutida em suas diferentes dimensões e complexidades para alcançar a pertinência do conhecimento e relacionar as partes com o todo, precisa também buscar atingir a compreensão humana.

A compreensão humana constitui outro saber necessário para a educação do futuro, pois extrapola a compreensão intelectual ou objetiva, que diz respeito à inteligibilidade. Compreender significa intelectualmente apreender em conjunto o texto e o contexto, as partes e o todo, e para isso é necessária a explicação, ou seja, considerar o que é preciso conhecer como objeto e aplicar-lhe todos os meios objetivos de conhecimento. A compreensão humana, por sua vez, vai além da mera explicação e inteligibilidade, pois comporta o conhecimento de sujeito a sujeito. Requer identificação, empatia e projeção. É perceber o outro como sujeito com quem nos identificamos (MORIN, 2014). Neste estudo buscamos relacionar a compreensão intelectual expressa pelos estudantes com a compreensão humana, buscando uma aproximação com as concepções desveladas pelos estudantes e professores.

Os discursos dos estudantes da primeira e segunda séries evidenciaram a incerteza sobre o conceito, e os próprios estudantes admitiram que tinham dificuldades em definir com exatidão e propriedade o conceito de educação em saúde, sugerindo que, até aquele momento da graduação, a apreensão desse tema transversal ainda não estava clara. Somente os estudantes da terceira e quarta série, com maior clareza na quarta série, conseguiram relatar situações que expressavam a aplicação da educação em saúde. Isto mostra que a apropriação do tema educação em saúde foi gradativa nos quatro anos de graduação.

A compreensão intelectual se dá pela apreensão do conjunto, do contexto, das partes e do todo, e para isso é necessária a aplicação de todos os meios objetivos de conhecimento. Isso pode ajudar a compreender o fato de, na primeira e segunda séries, os estudantes ainda não conseguirem

uma definição de educação em saúde, pois ainda não experienciaram todas as formas de conhecimento do objeto em questão. Existem partes, mas esta ainda não está no todo, assim como o todo não está nas partes (MORIN, 2011).

O fato de a aprendizagem do tema educação em saúde ser gradativa e crescente é relevante e está em consonância com a proposta do desenvolvimento dos temas transversais. No entanto, considerando sua importância para a prática profissional do enfermeiro, defendemos que o professor pode promover essa aprendizagem nas primeiras séries do curso, possibilitando maior aprofundamento e propriedade sobre o assunto. A falta de clareza dos conteúdos a serem abordados por série, ou por módulos interdisciplinares de ensino, deixa a abordagem restrita à intencionalidade do professor; por isso é necessário que ele se mantenha em consonância com a proposta pedagógica, que inclui os temas transversais. Quanto a isso, cabe destacar o papel do colegiado do curso como dinamizador da proposta pedagógica adotada, capacitando e subsidiando a ação docente de modo a fortalecer a discussão dos temas transversais, ponto já discutido anteriormente.

Mesmo relacionando experiências significativas de aprendizagem nas primeiras séries, a formulação do conceito ainda carece de estrutura e aproximação ao objeto de estudo. A experiência de aprendizagem se sobrepõe ao conceito, particularmente pelo método e exemplo de como foi realizada e que poderá ser replicada.

O estudante, durante a graduação, ainda não concebe a educação em saúde como parte de um todo em que se insere a assistência, como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Portanto reforçamos o papel do professor na reflexão do desenvolvimento dessa prática (L'ABBATE, 1994; ROSA et al., 2006).

Podemos observar ainda uma concepção de educação em saúde voltada para sua própria formação na primeira e segunda séries. Tal fato evidencia que a teorização do conceito que ocorreu nessas séries, especificamente na primeira série, não foi suficiente, mesmo que os estudantes tenham vivenciado experiências significativas de aprendizagem, como no módulo PIM I, e mais expressivamente, na segunda série, com a Oficina de Sexualidade no módulo Práticas do Cuidar. Reforçamos novamente o distanciamento do objeto de estudo. Também foram identificados que, embora os estudantes expressem conteúdos pertinentes à educação em saúde, muitas vezes estes foram acompanhados de outros conceitos associados à educação permanente em saúde/educação continuada.

Ou seja, os estudantes identificaram a própria formação profissional e a capacitação de profissionais da área de saúde como pertencentes ao campo da educação em saúde. Esse resultado

evidencia a necessidade de espaços de discussão e reflexão sobre concepções teóricas que embasam as ações que estão sendo aprendidas, sejam elas de educação em saúde, educação continuada ou educação permanente. As dúvidas e confusões precisam ser expostas e discutidas nos espaços acadêmicos para poderem ser reformuladas e ressignificadas.

Salientamos que os estudantes não utilizaram, em nenhum momento, a expressão educação popular. Dessa forma, destacamos a importância de contextualizar com os estudantes de Enfermagem as políticas públicas nacionais vigentes sobre esses diferentes conceitos. Neste contexto, a PNEP-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, equidade, integralidade e efetiva participação popular no SUS. Propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013).

O conceito ainda incompleto, expresso pelos estudantes da primeira e segunda séries, poderia ser mais bem formulado, como prevê a proposta dos temas transversais, uma vez que os módulos, compreendidos como atividades interdisciplinares que buscam desenvolver competências por meio da inter-relação de conceitos e organização de atividades, devem favorecer a aprendizagem significativa com a utilização de estratégias metodológicas ativas. A complexidade requer um pensamento que capte as relações, as inter-relações e implicações mútuas, os fenômenos multidimensionais, as realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas, um pensamento organizador que conceba a relação recíproca de todas as partes (MORIN, 2014).

Observou-se também pouca referência às ações educativas com repercussões na coletividade e aos grupos de hipertensos e diabéticos. Podemos refletir que, provavelmente, por se tratar de uma população de outra faixa etária, essas pessoas não têm a mesma projeção sobre o estudante, que ao não se identificar com eles, executa tais atividades apenas no plano da informação. Outra reflexão a ser destacada diz respeito ao modo como essas atividades devem estar sendo realizadas, pois não estão sendo marcantes significativamente na formação profissional dos estudantes de Enfermagem.

Isto se torna relevante, a partir do momento em que temos um currículo construído com base em um perfil epidemiológico nacional, em que as doenças cardiovasculares lideram as estatísticas de morbimortalidade (BRASIL, 2014). Há que se repensar estratégias para que os princípios do conhecimento pertinente e o ensino da compreensão humana possam garantir como experiência significativa de aprendizagem as ações desenvolvidas com essa população. Uma ação concreta poderia ser dar mais tempo para o estudante desenvolver a educação em saúde com essa população, acompanhando e avaliando alguns dos impactos dessas ações desenvolvidas.

A educação em saúde, tanto no plano individual quanto coletivo, está presente no cotidiano da prática profissional do enfermeiro. A individual se dá durante a consulta de Enfermagem, quando se estabelece um vínculo entre o usuário e o enfermeiro, facilitando a abordagem direcionada ao usuário e suas necessidades. A coletiva abrange as informações transmitidas objetivando prevenir situações passíveis de patologias, elevar o conhecimento público sobre doenças graves e emergentes, campanhas de saúde, entre outras (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A amplitude das atividades mencionadas flui de modo crescente na proposta curricular. Na primeira e segunda séries, estão mais indiretamente relacionadas ao usuário; na terceira e quarta série, mais voltadas para ações realizadas diretamente com o usuário e sua família, bem como na coletividade. Assim, as orientações desenvolvidas com os usuários individualmente nos serviços de saúde ganharam destaque em situações de aplicação da educação em saúde relatadas pelos estudantes, considerando-as em diferentes contextos. Observamos que os estudantes das quatro séries relacionaram educação em saúde com conteúdos como: prevenção e promoção de saúde, tratamento, autocuidado, higiene básica, alimentação, cuidado com o usuário/paciente, cuidador e com os profissionais.

Essa realidade retrata a metodologia proposta pelo CI, que visa uma relação dinâmica entre o estudante e o objeto do conhecimento por meio de sucessivas aproximações. Permite, portanto, ao estudante crescer sua aptidão em constituir seus conhecimentos por meio de circunstâncias vistas no cenário real, propiciando um processo de autoconhecimento e autorreflexão, ininterrupto e gradual. Esses resultados se aproximam da definição de educação em saúde, que se entende por quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com pretensão de facilitar ações voluntárias úteis à saúde, abarcando a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana, e não apenas as pessoas sob risco de adoecer (MACHADO et al., 2007).

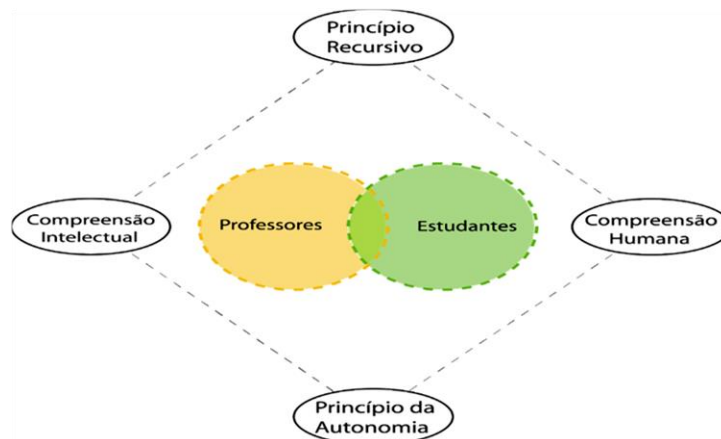
A transformação no contexto da aprendizagem se dá no instante que professor e estudante percebem a importância de seus papéis no processo de ensinar e aprender, valorizando a comunicação, a elaboração das ações coletivas, a integração dos participantes em condições que possibilitem a interação com o todo (FERNANDES, 2004). Educar para a compreensão humana é missão da educação, ensinando a compreensão entre as pessoas como condição e garantia da solidariedade intelectual e moral da humanidade (MORIN, 2014).

O grande desafio da formação para a educação de saúde é justamente educar para a compreensão humana. Ensinar a ser solidário, a ser empático, a se colocar no lugar do outro em um processo de escuta ativa. As concepções de educação em saúde da maioria dos professores contemplaram essa dimensão.

Contudo, como ensinar? Como criar situações/estratégias para esse aprendizado? Edgar Morin, com o pensamento complexo, não vem propor métodos, mas alertar para as necessidades de mudanças de pensamento. Para ele há um conhecimento que é compreensível e está fundado sobre a comunicação e a empatia, que é a capacidade de experimentar os mesmos sentimentos do outro: “Compreender comporta um processo de identificação e de projeção de sujeito a sujeito” (MORIN, 2014, p. 93).

Para ilustrar os ditames aqui discutidos, a Figura 2 demonstra a relação dos conceitos de educação em saúde para professores e estudantes. A intersecção dos círculos representa não só as características em comum dessas concepções, mas também de que forma os princípios recursivo e da autonomia do pensamento complexo são explicativas da relação entre as duas concepções, lembrando que o conceito de educação em saúde foi também analisado sob o olhar da compreensão humana e intelectual.

Figura 2: Diagrama demonstrativo da Educação em Saúde para professores e estudantes: perspectiva conceitual sob o olhar dos princípios do Pensamento Complexo.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O texto ora concluído não esgota as discussões sobre o tema estudado e nem denota cunho finalístico à necessidade de aprimoramento do ensino da educação em saúde no local pesquisado. Ressaltamos, porém, que para que tal ensino possa ser mais profícuo, faz mister ampliar os horizontes de entendimento dos próprios professores, tanto do conceito quanto das finalidades da educação em saúde no processo formativo do enfermeiro, de modo que ela seja praticada de fato como tema transversal durante a trajetória acadêmica.

Especificamente no tocante às questões epistemológicas que permeiam tal discussão, notamos que ainda está arraigado o modelo tradicional de ensino neste currículo integrado, mesmo com as transformações propiciadas ao longo de sua construção com vistas à transposição desta visão reducionista e anacrônica diante das necessidades globais.

Isto foi percebido ao se identificar que o conceito dos professores sobre educação em saúde contempla diferentes dimensões que envolvem, para alguns, o referencial da educação popular em saúde como um processo educativo de construção de conhecimento, para além da transmissão de informações, que envolve a corresponsabilização dos profissionais e dos usuários, um processo de troca de saberes, diálogo, negociação, compartilhar experiências, estabelecer pactos, sempre considerando a realidade dos usuários. Por outro lado, houve também professores que apresentaram em suas concepções características do modelo tradicional de educação em saúde, e os que incorporaram ao conceito a educação permanente em saúde e a educação continuada. Essas diferenças nos levam a refletir sobre a necessidade de diferentes abordagens com eles sobre as questões teóricas do tema em estudo.

Os conceitos dos estudantes, por sua vez, são ainda mais voltados ao modelo tradicional, com a utilização de estratégias como palestras e aulas. O uso de expressões como “você vai definir o tema”; “você vai passar aquele conhecimento” revela outros elementos incorporados do modelo tradicional, no qual o conhecimento científico se sobrepõe ao popular, ou mesmo não considera o saber popular.

Destarte, criar estratégias que contribuam para que possam se despir do reducionismo rumo ao entendimento complexo da temática mostra-se essencial para aparar as arestas destas concepções confusas e ingênuas, tanto por parte dos alunos quanto dos professores

Ainda que o fenômeno tenha sido estudado sob diferentes perspectivas e a triangulação dos dados tenha possibilitado uma ampla visão de sua aplicabilidade no cenário estudado, ressaltamos que a investigação possui limitações. Sugerimos, portanto, o avanço de pesquisas que versem sobre educação em saúde em outras instituições de ensino superior, no intuito de aprofundar o entendimento acerca das estratégias que estão sendo utilizadas para clarificar, tanto ao estudante quanto aos docentes, os reais significados e finalidades da mesma. Ainda, seria de grande contribuição verificar junto aos utentes dos diferentes níveis de atenção qual o impacto que processos educativos tem causado em seu processo saúde-doença.

O que fica no presente é a compreensão de um fenômeno que extrapola os muros desta escola, uma vez que a formação do enfermeiro para educação em saúde é condição essencial para o exercício da profissão em todos os cenários de atenção à saúde. Acreditamos, a partir destas consignas, que os resultados desta pesquisa podem contribuir com outras instituições de ensino superior que desejem rever as suas concepções de práticas educativas em saúde, queiram trabalhar com os temas transversais ou com a formação do enfermeiro para a educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set./fev. 2005.
- ANASTASIOU, L. G. C. Da visão de ciência à organização curricular. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Org.). **Processos de ensinagem na universidade**. 10. ed. Joinville: Univille, 2012. p. 40-65.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, p. 20-31, jun. 2007. Suplemento 1.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 23 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: MEC, 2013. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Mortalidade - Brasil: óbitos p/Ocorrência por capítulo CID-10 segundo região**. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 1 out. 2016.
- CARVALHO, B. G. **Coordenação de unidade da atenção básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. 2012. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, jan./dez. 2008. Suplemento 2
- FERNANDES, C. N. S. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 691-693, jul./ago. 2004.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2010.
- GARANHANI, M. L. et al. Integrated nursing curriculum in Brazil: a 13-year experience. **Creative Education**, Falls Church, VA, v. 4, n. 12, p. 66-74, Jan. 2013. Disponível em: <<http://migre.me/r9D8s>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out./dez. 1994.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 21. ed. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PETRAGLIA, I. C. **Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

ROSA, R. B. et al. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 185-92, 2006.

SANTOS, J. C. F. **O papel do professor na promoção da aprendizagem significativa**. 2005. Disponível em: <<http://juliofurtado.com.br/papeldoprof.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago. 2012.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 73-99.