

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Maria Fernanda Santos Figueiredo

A Educação em Saúde sob a percepção do usuário da Estratégia Saúde da
Família em Montes Claros – Minas Gerais

Montes Claros – MG
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Maria Fernanda Santos Figueiredo

A Educação em Saúde sob a percepção do usuário da Estratégia Saúde da
Família em Montes Claros – Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros / UNIMONTES, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

ORIENTADOR: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto
CO-ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. Maisa Tavares S. Leite

Montes Claros - MG
2010

F475e Figueiredo, Maria Fernanda Santos.
A educação em saúde sob a percepção do usuário da Estratégia
Saúde da Família em Montes Claros – Minas Gerais [manuscrito] /
Maria Fernanda Santos Figueiredo. – 2010.

95 f.

Bibliografia : f. 89-92.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros –
Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/
PPGCS, 2010.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maisa Tavares S. Leite.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: *Prof. Paulo César Gonçalves de Almeida*

Vice-Reitor: *Prof. João dos Reis Canela*

Pró- Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação: *Prof^a. Dr^a. Sílvia Nietsche*

Coordenador de Pós-Graduação: *Prof. Dr. Hercílio Martelli Júnior*

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador *Prof. Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan*

Subcoordenador *Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto*

ALUNA: Maria Fernanda Santos Figueiredo

TÍTULO DO PROJETO: “A Educação em Saúde sob a percepção do usuário da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros – Minas Gerais”

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROF. Dr. João Felício Rodrigues Neto - Orientador / Presidente

PROF. Dr^a Celina Maria Modena

PROF. Dr. Antônio Prates Caldeira

BANCA (SUPLENTE)

PROF^a. Dr^a Virgínia Torres Shall

PROF^a. Dr^a Eliana Aparecida Villa

APROVADA

REPROVADO

Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

AGRADECIMENTOS

- ❖ A Deus por ter me capacitado e me iluminado durante todo o percurso de desenvolvimento desse trabalho;
- ❖ Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros que me proporcionou a oportunidade de qualificação profissional;
- ❖ A João Felício e Maisa Tavares por terem brilhantemente me orientado durante todo esse período de concepção e desenvolvimento do estudo, por gentilmente compartilharem comigo os seus conhecimentos e experiências, estimulando o desenvolvimento crítico e reflexivo do saber;
- ❖ Aos professores que gentilmente aceitaram participar da banca de qualificação e defesa da dissertação e que muito contribuíram com a realização desse trabalho, compartilhando seus conhecimentos e experiências;
- ❖ A todos os professores, às secretárias Kátia e Maria do Carmo e colegas do PPGCS que colaboraram direta ou indiretamente com este estudo;
- ❖ A minha família pelo amor e apoio incondicional em todos os momentos;
- ❖ Ao meu noivo e amigos pelos incentivos prestados;
- ❖ Ao Programa de Pós-Graduação, na modalidade Residência, em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros e à Prefeitura Municipal de Montes Claros pelo apoio.

**Fale, e eu esquecerei; Ensine-me, e eu
poderei lembrar; Envolve-me, e eu
aprenderei. (Benjamin Franklin)**

RESUMO

Este estudo se justifica pela necessidade de trabalhos que abordem a Educação em Saúde sob seus modelos pedagógicos e sob a perspectiva do usuário da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Realizou-se uma revisão reflexiva da literatura e também uma pesquisa qualitativa, dialética, de caráter descritivo e exploratório, com objetivo de compreender sobre os modelos pedagógicos e a percepção dos usuários cadastrados em uma equipe de Saúde da Família (ESF) em Montes Claros – Minas Gerais, sobre a Educação em Saúde e o seu significado no seu cotidiano. Os sujeitos da pesquisa foram 11 usuários, com idade a partir de 18 anos e participação igual ou maior a cinco vezes nos grupos de Educação em Saúde para hipertensos e diabéticos realizados pela equipe no ano de 2007. Os dados foram obtidos de maio a outubro de 2008, por meio de entrevista não estruturada, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES, parecer 1019/08 e analisados por meio da técnica de análise do discurso. Após leitura e análise exaustiva dos discursos, foram construídas três categorias empíricas, com suas subcategorias: A prática de Educação em Saúde na ESF: Os grupos de Educação em Saúde aconteciam mensalmente, em sua maioria, no próprio território, em horários pré-definidos pela equipe; com pedagogias de Condicionamento, Transmissão e Problematização; os temas discutidos estavam mais relacionados a questões de doença, sendo avaliados satisfatoriamente pelos usuários. A Educação em Saúde propicia uma aprendizagem significativa: Os grupos educativos propiciaram aprendizagem significativa para a vida dos usuários, aplicando ao seu cotidiano aquilo que aprenderam, tornando-se disseminadores dos conhecimentos produzidos. A Educação em Saúde favorece mudanças na saúde do usuário da ESF: As atividades educativas favoreceram mudanças em seus hábitos de vida, no exercício da autonomia e responsabilização pelo cuidado com sua saúde. A literatura pesquisada sinaliza uma tendência para a utilização do Modelo Dialógico durante as práticas educativas em saúde. Mesmo que não tenha sido identificado nos relatos o predomínio de um modelo pedagógico na Educação em Saúde, verificou-se aprendizagem significativa, propiciando mudanças no cotidiano do usuário.

Palavras-chaves: Educação em Saúde. Aprendizagem. Saúde da Família. Saúde Coletiva. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This study is justified by the need for search that broaches the Health Education in their pedagogical models and under the perspective of the Family Health Strategy (FHS) user. It was realized a thoughtful review of the literature and also a qualitative, dialectic, descriptive and exploratory research, aiming to understand the users perceptions registered in the team of the Family Health Strategy (FHS) in Montes Claros - MG, about the Health Education and its meaning in their daily. The subjects of the research were 11 users, aged from 18 years, and participation equal to or bigger than five times in Health Education groups for hypertensive and diabetic conducted by the team in 2007. The data were collected in the period from May to October 2008, through non-structured interview after the approval of the study by the Research Ethics Committee of UNIMONTES, accepted number 1019/08 and exploited through the technique of discourse analysis. After reading and exhaustive analysis of the speeches, were constructed three empirical categories with their subcategories: The practice of Health Education at the FHS: The Health Education groups occurred monthly, mostly on their own territory, at time pre-defined by the team, with pedagogies Conditioning, Transmission and Problematization, the discussed issues were mostly related to diseases subject , and evaluated satisfactorily by the users. The Health Education provides a meaningful learning: The educational groups provided a meaningful learning for the users' life, applying to their routine what were learned, becoming disseminators of knowledge produced. The Health Education favors changes in the health of the user of the FHS: The educational activities favored changes in their life habits, in the exercise of autonomy and responsibility for the care of their health. The literature indicates a trend towards the use of Dialogical Model for the Health Education. In conclusion, even if it has been identified in report the prevalence of a pedagogical model in health education, there was significant learning, leading to changes in the user daily.

Keywords: Health Education; Learning; Health Family; Public Health; Qualitative Research.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Educação em Saúde: Aspectos Históricos no Brasil.....	12
1.2 Educação em Saúde: Aspectos Conceituais.....	17
1.3 Educação em Saúde no contexto da Saúde da Família.....	18
1.3.1 Características dos profissionais envolvidos nas atividades de Educação em Saúde.....	22
1.3.2 Características das atividades de Educação em Saúde.....	24
1.4 Mudanças favorecidas pela Educação em Saúde na perspectiva dialógica.....	25
2 OBJETIVOS.....	30
2.1 Objetivo Geral.....	30
2.2 Objetivos Específicos.....	30
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 Tipo de pesquisa.....	31
3.2 Cenário do estudo.....	32
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	34
3.4 Coleta de Dados.....	35
3.5 Questões éticas da pesquisa.....	37
3.6 Análise dos dados.....	37
4 PRODUTOS.....	41
4.1 Artigo 01: Modelos Educacionais Tradicional e Dialógico aplicados às atividades de Educação em Saúde no Brasil.....	43
4.2 Artigo 02 Educação em Saúde no contexto da Saúde da Família sob a percepção do usuário.....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXOS.....	93

APRESENTAÇÃO

A minha aproximação com a temática “Educação em Saúde” iniciou-se durante o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, já no primeiro período do curso, na disciplina de Capacitação Pedagógica.

Nesse período da Graduação, tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos construídos sobre Educação em Saúde, conduzindo atividades educativas na forma de grupos operativos, na comunidade, por meio de participação em Projetos de Extensão da Universidade e durante os estágios curriculares, principalmente, na Atenção Primária à Saúde.

O envolvimento e a participação no projeto de Reformulação do Projeto Pedagógico do Curso, ainda como discente, permitiu maior interesse e aprofundamento no conhecimento sobre a temática relacionada à Educação. Houve, então a maior aproximação com livros-textos e artigos científicos de autores de referência da área educacional.

Após a Graduação em Enfermagem, iniciei a Pós-Graduação em Docência no Ensino Superior, que ampliou e aprofundou os conhecimentos já adquiridos, relacionados ao processo educativo e despertou ainda mais o interesse sobre esta temática. Nesse ínterim, iniciei o Curso de Especialização em Saúde da Família na Modalidade Residência para Cirurgiões-Dentistas e Enfermeiros do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, atuando como enfermeira em duas equipes de Saúde da Família, sendo uma das minhas atribuições o desenvolvimento das atividades de Educação em Saúde.

Diante desse contexto, surgiram-se as inquietações sobre as práticas educativas em saúde, principalmente as realizadas em equipes da Estratégia Saúde da Família, por ser esse o cenário em que eu tinha maior conhecimento e afinidade, onde estava inserida como profissional.

1 INTRODUÇÃO

A educação tem o potencial de contribuir para o desenvolvimento do indivíduo, de modo a elaborar pensamentos autônomos e críticos nas diferentes circunstâncias da vida(1).

Deve ser organizada em torno de quatro aprendizagens fundamentais: *aprender a conhecer*, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão; *aprender a fazer*, para poder agir sobre o meio envolvente, *aprender a viver juntos*, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas, e *aprender a ser*, via essencial que integra as três precedentes(1).

A educação favorece o desenvolvimento da capacidade do indivíduo de criar(2). Diante disso, não basta que cada indivíduo acumule no começo da vida uma determinada quantidade de conhecimentos de que possa abastecer-se indefinidamente. É, antes, necessário estar à altura de aproveitar e explorar do começo ao fim da vida todas as ocasiões de atualizar e enriquecer esses primeiros e de se adaptar a um mundo em mudança(1).

O ato de educar pode ser realizado de modo a reproduzir ou transformar(3). Baseado em Freire(4) e Bordenave; Pereira(5), há dois tipos de educação: uma educação como prática de dominação e uma educação como prática da libertação. No entanto, há outros modelos de educação.

Torna-se cada vez mais urgente, a necessidade de o indivíduo desenvolver a sua consciência crítica, que o possibilite transformar a realidade(2), de modo que os conhecimentos adquiridos sejam transformados em sabedoria para toda a vida(6). Para tanto, sua aptidão reflexiva deve ser encorajada e estimulada(6), já que a primeira condição para que se possa assumir um ato de comprometer é ser capaz de agir e refletir e/ou de refletir e agir (4), tornando os indivíduos cada vez mais independentes dos limites que as organizações ou campos sociais fixam para sua autonomia e contribuindo para o progresso da sociedade em que vive(1,7), o que também foi referenciado nos estudos que relacionam a prática educativa e o cuidado com a saúde(8,9).

A educação deve contribuir com a área da saúde, proporcionando suas tecnologias construtivistas de ensino-aprendizado(10). As práticas educativas em saúde devem abranger a

participação de toda a população e não apenas as pessoas que estão sob o risco de adoecer(11).

1.1 Educação em Saúde: Aspectos Históricos no Brasil

Para que se contextualizem os aspectos históricos da prática de Educação em Saúde, faz-se necessário abordar os aspectos históricos e culturais da Educação.

Historicamente, é sabido que seres humanos ensinam e aprendem mutuamente, sua própria humanidade(12). Esse conhecer denominado intuitivo é dominado pelos indivíduos, por se crescer numa mesma cultura e compartilharem uma mesma experiência(13). O conhecer surge de uma relação entre sujeitos, de modo que o conhecimento corresponde ao entendimento, que tais sujeitos estabelecem sobre algo no mundo(14). Sob esse aspecto, muitas informações foram consideradas como “desde sempre sabidas” e não se questionava que tipo de saber era esse(12).

A civilização ocidental desenvolveu uma forma de pensar e de agir que se tornou predominante no mundo moderno, a racionalidade técnica(12), sendo que a concepção da ação educativa estava baseada na neutralidade, orientando a teoria de educação da escola tradicional(3) e, por conseguinte, o Modelo Tradicional de Educação.

Tal modelo adota a transmissão do conhecimento e experiência do educador, atribuindo uma importância suprema ao conteúdo ensinado, esperando que os educandos o absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente(5). É definida como educação bancária, em que o papel do educador consiste em “encher” os educandos de conteúdos, fazendo depósitos de conhecimentos que ele considera como verdadeiro(2). Nessa visão, os homens são seres passivos, de forma que cabe à educação apassivá-los e adaptá-los ao mundo(2).

Na Europa, na segunda metade do século XIX, houve a presença de epidemias que acometiam a sua população, associadas às condições de vida. Realizavam-se ações de disciplinamento das classes populares com difusão de regras de higiene e de condutas morais, adotando o Modelo Tradicional de Educação no campo da saúde(15).

Nos Estados Unidos, já em 1919, o termo educação sanitária (Health Education) é proposto numa conferência internacional sobre crianças, em que as noções de higiene são propostas através de medidas preventivas, imunizações e cuidados individuais, mas com uma orientação comportamentalista(16,17).

No Brasil, do século XIX até meados do século XX, a prática educativa em saúde também estava relacionada às regras e às normas de prevenção de doenças, através da orientação de discurso higienista e intervenções normalizadoras, em virtude das necessidades de domínio sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos(15,18), sendo denominada de “Educação Higiênica”(17).

Na década de 20, com a urbanização crescente das cidades, os problemas de saúde se diferenciaram e se agravaram, havendo a necessidade de maior atuação do Estado sobre as populações. Emerge a denominada “Educação Sanitária”(16,17). Acontecimento ilustrativo desse momento foi a polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz, que utilizou recursos como a vacinação compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças. O Estado exercia sua função de civilizar e moralizar a grande massa da população(15,18).

Nessa concepção de educação, o pensar e a ação são controlados, levando os homens ao ajustamento ao mundo, desfavorecendo-os de criar e de atuar. Os educandos não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo narrado pelo educador(2), comprometendo a qualidade do conhecimento. Os educandos são levados a enxergar a sua realidade com a ótica do educador e não com a sua, por meio da invasão cultural, que é indiscutivelmente alienante. Para Freire(2), quanto mais alienados se tornarem os educandos, melhor para a estabilidade dos educadores.

Nesse modelo, as práticas educativas abordam a doença e a intervenção curativa, sendo fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença. As informações são verticalizadas e a comunicação não acontece facilmente, com pouca ou nenhuma interação com os educandos(15), o que também foi verificado atualmente em um estudo realizado na Estratégia Saúde da Família da cidade de Sobral(19).

A relação entre educador e educando é geralmente assimétrica e paternalista(15), definindo como os educandos devem enfrentar seus problemas de saúde(20). Para os educadores tradicionais, a ignorância absoluta da população pode não lhe permitir outra coisa, senão receber os seus ensinamentos(2). Para tais educadores é de responsabilidade do educando o fracasso do ensino, sendo o responsável único pelos danos sanitários vividos(12,19).

Esse tipo de abordagem educativa enfatiza a responsabilidade individual referente à mudança de hábitos ou de estilos de vida, limitando-se ao repasse de informações(9,15).

A partir de 1940, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolver os indivíduos no processo educativo(15), com a criação da fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública). O SESP teve grande influência na ideologia do desenvolvimento de comunidade, participação comunitária e educação de grupos. No entanto, a doença ainda é percebida como fenômeno individual e a educação sanitária como solução para prevenir doenças e ganhar saúde(16).

Em 1960, com advento da Medicina Comunitária, verificou-se um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde nela vivenciados. Contudo, por trás desse apelo de participação comunitária, parecia camuflar-se o mesmo discurso da culpabilidade, passando da individualidade para a coletividade(15).

Durante o Regime Militar, as práticas educativas no campo da saúde permaneceram inexpressivas em virtude da limitação dos espaços institucionais para sua realização(15). No entanto, a Ditadura Militar de 1964 criou, contraditoriamente, condições para emergência de várias experiências de práticas educativas em saúde, que significavam uma ruptura com o padrão de imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelas elites políticas e econômicas(18,21,22). Nesse período se conforma a Educação em Saúde Pública ou simplesmente Educação em Saúde e, com frequência, Educação para a Saúde(16).

Nas décadas de 1970 e 1980, num cenário nacional de abertura política, houve a forte influência das ideias e concepções de Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo, através da exposição dialogada de seus conteúdos(18). Tal participação popular estava em consonância com os princípios do SUS, instituído na década de 80 (22).

Diante disso, as práticas educativas no campo da saúde começaram a realizar-se no sentido de apontar novos rumos, apresentando um deslocamento do paradigma das mudanças comportamentais por meio da informação para o paradigma das ações educativas participativas, interagindo os saberes científicos e popular(18,23). Sob esse ângulo, a Educação para Saúde refletiu-se no bojo da promoção da saúde com novas concepções(24)

Dentre os movimentos que tiveram início em 1970, que buscavam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, destacou-se o movimento da Educação Popular em Saúde(25).

Nesse contexto, contrapondo a concepção bancária de educação, tem-se a educação problematizadora, que afirma a dialogicidade e se faz dialógica(2). O diálogo deve ser reconhecido como necessário para o desenvolvimento do processo educativo, bem como condição para a construção do conhecimento, como forma de problematização dos conteúdos do saber(12). O modelo de Educação que tem o diálogo como seu instrumento essencial pode ser referido como Modelo Dialógico(15).

O educador problematizador proporciona aos educandos as condições em que se dê a construção criativa e reflexiva do conhecimento(4). Nessa perspectiva, o educador não pode obrigar o educando a aprender, já que aprender é uma atividade que acontece no educando, com o auxílio do educador, sendo transformado no processo(5).

O educando tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo, também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Por isso, não basta apenas sugerir normas e/ou recomendações de como ter mais saúde e evitar doenças(26).

A proposta de aprendizagem desde Aristóteles é que deva partir da experiência dos educandos e levá-los a refletir sobre essa experiência(12), uma vez que o conhecer surge da relação entre sujeitos, com o conhecimento correspondendo ao entendimento que os sujeitos estabelecem sobre algo no mundo(14). Por isso, tal processo pedagógico tem como ponto de partida o saber anterior dos indivíduos, acreditando que todos têm um conhecimento, a partir de suas experiências, vivências e de suas condições concretas de existência(9), podendo enriquecer-se com qualquer outra experiência(1). Ademais, reconhece a incompletude do saber profissional(20).

Ressalta-se que, apesar do saber popular não estar embasado em teorias científicas, este deve ser considerado e reconhecido, a fim de valorizar a sua cultura, possibilitar a construção do conhecimento coletivo sobre a saúde comunitária(27,28) e envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição, já que com a participação comunitária é possível assegurar a sustentabilidade e a efetividade das ações de saúde(15,29).

As proposições de Habermas(13) para a promoção do agir comunicativo podem contribuir para incentivar a participação e o respeito recíproco entre os profissionais e os usuários. São elas: todo e qualquer sujeito capaz de agir e de falar pode participar do discurso; todo e qualquer participante pode problematizar qualquer afirmação, introduzir novas afirmações no discurso, exprimir suas necessidades, desejos e convicções; nenhum interlocutor pode ser impedido, por forças internas ou externas ao discurso, de fazer uso pleno de seus direitos.

Os educandos deixam de ser recipientes dóceis de depósitos, sendo agora investigadores críticos, em diálogo com o educador(4). A Educação em Saúde deve associar-se a uma forma de despertar a criticidade do indivíduo, a sua capacidade de se perceber como sujeito na construção de seu processo histórico, de reagir às desigualdades sociais e de assumir uma postura de luta por aquilo que para ele é mais apropriado, tornando-se ator de práticas realmente libertadoras, comprometendo-se com a sua transformação(30).

Nessa perspectiva, a educação não deve ser compreendida como sinônimo de transmissão de conhecimento(31), já que a aprendizagem do conhecimento nunca está acabada(1), sendo objeto de crítica a educação como prática de dominação, já desde o período de divulgação das concepções freirianas(4).

Em 1991, surgiu a proposta de criação de uma articulação nacional entre os movimentos de educação popular em saúde, a qual foi aprofundada em 1996 e criada em 2003, denominada de Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde (ANEPS) (30).

No entanto, apesar das discussões da necessidade de transformação da prática profissional voltada para o diálogo(2), parece que elas não estão sendo revertidas para ações práticas(32), já que grande parte das atividades educativas está sustentada na transmissão de normas e regras comportamentais(18).

Tal fato pode estar associado à abordagem social e crítica ser ainda bastante abstrata e sem mediação com a prática clínica concreta(32), ao fato de os sistemas educacionais não acompanharem o mesmo ritmo desta transformação(3), já que tendem a privilegiar o acesso e a reprodução do conhecimento, em detrimento de outras formas de aprendizagem(1).

Há ainda o temor do educador de perder o poder ao se abrir para a relação com o educando pautada no diálogo, deixando de lado o objetivo de desenvolver um conhecimento crítico, em proveito do acúmulo de saberes(7).

O Ministério da Saúde tem proposto a Educação Permanente como uma estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde. Pode ser entendida como aprendizagem – trabalho, já que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade, considerando as experiências que as pessoas já têm, a fim de produzir mudanças tanto das práticas de saúde, quanto das ações de educação em saúde, utilizando o modelo dialógico de educação(33).

Parte da concepção de que a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, deve ser construída de forma localregional e interinstitucional, envolvendo dirigentes, trabalhadores, estudantes e usuários(33).

A população ocupa o espaço central na política de educação permanente, já que o seu objetivo final é contribuir com uma atenção à saúde de qualidade, estimulando o desenvolvimento do exercício da autonomia da população em relação à sua saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, exercendo conscientemente a participação popular e o controle social das políticas públicas para o setor(33).

1.2 Educação em Saúde: Aspectos conceituais

Educação em Saúde constitui um campo de conhecimento e de prática do setor saúde que tem a finalidade de promover a saúde e atuar na prevenção de doenças(18).

Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, com auxílio dos seus profissionais, pode alcançar a vida cotidiana das pessoas(15).

Objetiva integrar os saberes científico e popular, na tentativa de colaborar com o indivíduo para uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano(18).

Deve ser compreendida ainda como um espaço em que a população pode refletir criticamente, valorizando de forma coletiva as suas formas de aprender, apreender e explicitar os saberes da vida em sociedade e em família(34).

O processo de educar em saúde pode ser entendido também como um diálogo que se estabelece entre as pessoas, com o objetivo de mobilizar forças e motivação para mudanças, seja de comportamento, de atitude ou de adaptações às novas situações de vida(35), contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população(34).

As atividades de Educação em Saúde potencializam o alcance da melhoria qualitativa dos serviços ofertados, a democratização do conhecimento, a utilização de tecnologia simplificada e a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a serem implementadas(24), sendo considerada como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde(26,36).

1.3 Educação em Saúde no contexto da Saúde da Família

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), universalizou o acesso aos serviços de saúde e definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada para a atenção à saúde(37).

Houve a priorização da APS, reafirmando a necessidade de ruptura com o modelo biomédico. A nova proposta destaca a promoção da saúde e a prevenção de agravos, além do tratamento das enfermidades e recuperação da saúde. Com o objetivo de implementar o processo de reorganização da prática assistencial à saúde, a partir da atenção primária, em substituição ao modelo tradicional de assistência, e fundamentado em experiências regionais, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família. Alguns anos mais tarde, o programa

assumiu o status de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O grande enfoque passou a ser a promoção da qualidade de vida, com destaque em intervenções sobre os fatores que colocam em risco a saúde dos indivíduos(37). Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural(38).

Implementar uma concepção abrangente ou integral de APS implica a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população(39).

As propostas de fortalecimento da posição da atenção primária no sistema de saúde decorrem do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde e da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais em um contexto de pressão por maior eficiência(39).

A APS é norteada por quatro princípios essenciais(40):

- Primeiro contato: refere-se à acessibilidade e ao uso de serviços para cada novo problema ou seu novo episódio, para os quais se procura atenção à saúde;
- Continuidade ou longitudinalidade: relaciona-se à existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;
- Integralidade: consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças;
- Coordenação: implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Há ainda três outras características da APS, denominadas de princípios derivados:

- Focalização na família: prevê considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde;
- Orientação comunitária: pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva;
- Competência cultural: refere-se à adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.

Definem-se como áreas estratégicas para a atuação da ESF em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde(38).

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a equipe de Saúde da Família na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Nesse sentido, é importante para que as pessoas se conscientizem de que podem tomar a iniciativa como sujeitos e não apenas como pacientes, sendo capazes de elaborar condições de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo(41,42).

Acredita-se que a ESF tem o potencial de constituir-se em um estímulo à organização comunitária e à autonomia das famílias, com base no encorajamento e no apoio, para que os indivíduos e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde, estimulando o processo de mudança social e empoderamento das pessoas(42).

Nos últimos dez anos, tem-se discutido muito nos encontros da comunidade científica a relação da educação com a promoção de saúde e a prevenção de doenças e a necessidade dos profissionais da área da saúde de se voltarem para o universo simbólico das pessoas, demarcado por padrões culturais em permanente processo de renovação(28).

Com esta reorientação das práticas de saúde, direcionadas às ações preventivas e de promoção à saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida, a ESF constitui contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde, devendo ser realizadas regularmente(15,29).

Destaca-se que a Educação em Saúde se constitui em instrumento essencial na construção histórica da assistência integral requerida pela ESF(22).

É atribuição de todos os componentes da equipe de Saúde da Família a realização de processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos(37).

O desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da ESF pode ser feito de forma coletiva, em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou de forma individual, em espaços informais, como durante a visita domiciliar. No entanto, a sua realização em forma de grupos educativos pode possibilitar acesso ao conhecimento a um maior número de pessoas e promover e viabilizar o diálogo(15,34).

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais(43), por meio da Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, preconiza que cada equipe de Saúde da Família realize no mínimo os seguintes grupos educativos: para Idosos, para Gestantes, para Portador de diabetes, para Hipertensos, para Adolescentes, para Adolescentes usuários de substâncias lícitas e ilícitas, para Mães ou Responsáveis por crianças de risco, para Mães ou Responsáveis por crianças acompanhadas durante as atividades de puericultura.

Pichón-Rivière(44) desenvolveu a Dinâmica de Grupos Operativos, que consiste em uma técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem. A existência de um mesmo objetivo sugere a necessidade de que os participantes do grupo realizem um trabalho ou tarefa comum, de modo a organizarem os processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre eles.

Considerando o compromisso e a responsabilidade esperada dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, pelo nível de participação desejado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença,

pela humanização das práticas, busca da qualidade da assistência e de sua resolubilidade, entende-se que o modelo dialógico de Educação em Saúde corresponderia ao modelo mais pertinente para o contexto da Saúde da Família(15).

A participação ativa do usuário nos grupos de Educação em Saúde deve ser uma premissa dessas atividades educativas por pelo menos duas razões: a participação popular é garantida nos princípios norteadores do SUS e porque a ESF prevê um novo relacionamento com a comunidade em que as forças sociais locais são bem vindas e requisitadas, para que as metas da saúde envolvam toda a comunidade(22).

Destaca-se o risco de a ESF significar apenas uma modificação institucional e não uma mudança entre população e profissionais de saúde(22).

Nesse sentido, ação educativa não deve ser considerada apenas como uma atividade a mais, realizada nos serviços de saúde, mas como prática que alicerça e reorienta toda a atenção à saúde(15,20), sendo capaz de produzir resultados incomensuráveis para a promoção de uma vida saudável(11).

1.3.1 Características dos profissionais envolvidos nas atividades de Educação em Saúde

Há um grande desafio para os profissionais de saúde de contribuir na capacitação da comunidade e motivá-la para que tenha uma participação ativa no auto-cuidado e na organização do serviço, sendo a Educação em Saúde uma importante ferramenta para o seu alcance(42).

A Educação em Saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe(15,37), devendo ser trabalhada de forma multidisciplinar e integrada(11).

O profissional de saúde deve se reconhecer enquanto sujeito do processo educativo(15) e estar sensibilizado quanto à importância e ao alcance das ações educativas em saúde(34).

Deve atuar como educador, transformador, emancipador e libertador, que almeje propiciar condições para que o indivíduo melhore e se responsabilize por sua saúde, reforçando os

direitos dos indivíduos e da comunidade(45,46) por meio da construção de um pensamento mais crítico(26). São responsáveis por proporcionarem condições favorecedoras ao processo de construção de conhecimentos científicos e de possíveis mudanças no processo saúde-doença(46).

Destaca-se a necessidade do profissional de saúde compreender adequadamente o processo de aprender. Para tanto, faz-se necessário considerar as diferenças individuais dos educandos, acompanhando de maneira mais individualizada sua aprendizagem, de modo a respeitar suas concepções e práticas de vida e de saúde, que inclui todo o seu sistema simbólico(5,47). Além disso, é importante que tenha o entendimento integral a respeito de saúde e de qualidade de vida, valorizando a história de vida da população, estimulando a autoconfiança, praticando a solidariedade e desenvolvendo atitudes e práticas de cidadania, expandindo o conhecimento científico para cooperar na construção de um pensamento mais crítico(26).

Em tal forma de educar, não se retira a autoridade dos profissionais, mas diferencia-se aí a autoridade de uma atitude autoritária, normativa e higienizadora(22).

Ressalta-se, que muitos dos profissionais de saúde, além de terem formação curativista e biologicista, tendem ao imediatismo(34), que é reforçado desde o seu currículo escolar, todavia essa visão deve ser relativizada e atualizada, ou seja, torna-se fundamental compreender as peculiaridades do trabalho educativo e como e em que tempo se dá seu impacto junto aos usuários(22).

Entende-se que a mudança de perspectiva no pensar e no fazer do profissional de saúde, no campo da Educação em Saúde, agrega seu papel educativo ao estímulo da pessoa como cidadã, participativa e consciente de sua condição de vida. Isso implica em proposta de ação voltada ao diálogo e à intermediação de práticas e saberes que dele resultam(47), possibilitando que educandos e educadores cresçam conjuntamente(29).

Acredita-se ser importante que os profissionais que compõem as equipes da ESF estejam realmente comprometidos com a comunidade e valorizem o diálogo e a participação da comunidade, de modo a evitar um modelo autoritário, que não promove o empoderamento da comunidade(42).

1.3.2 Características das atividades de Educação em Saúde

A prática educativa deve ser realizada por meio da ação e da reflexão sobre a realidade, o que implica indubitavelmente na necessidade do conhecimento da realidade dos educandos(2), o que deve acontecer durante as atividades de Educação em Saúde, a fim de se realizar um processo educativo ampliado, transformador, dentro do contexto social dos sujeitos envolvidos(31).

Uma série de informações sobre os indivíduos e a área em que vivem é essencial para a compreensão do educador antes de iniciar qualquer atividade educacional. Para tanto, deve-se conhecer a sua comunidade, por meio de uma visão crítica, observadora e através de diálogos informais com seus habitantes(4).

Para a realização das práticas educativas em saúde, deve-se começar pelo conhecimento do perfil epidemiológico local e da comunidade a ser assistida, considerando aspectos como: morbidade, mortalidade, prevalência, incidência, predominância de grupos especiais ou de risco, a presença de situações nocivas à vida, ou mesmo de instituições na região que favoreçam agravos à saúde. Outros aspectos como: extensão territorial, recursos sociais e de saúde, nível de escolaridade da comunidade, condições sócio-econômicas da região, condições sanitárias, ocupação da comunidade, aspectos culturais, ansiedades da comunidade, possibilidade de acesso a recursos sócio-sanitários, dentre outros, devem também ser considerados(34).

Faz-se necessário investigar o pensamento-linguagem do educando referido à realidade, os níveis de percepção dessa realidade e a sua visão do mundo, a partir dos quais os educadores poderão conhecer as temáticas que os educandos almejam discutir(4).

O conteúdo a ser discutido durante a prática educativa deve nascer a partir das necessidades da população em diálogo com os educadores, refletindo seus anseios e suas esperanças. Daí a investigação da temática como ponto de partida do processo educativo e de sua dialogicidade(4).

Ressalta-se que a introdução de temas não sugeridos pelos educandos, mas de necessidade comprovada, corresponde também à dialogicidade da educação, visto que, se a programação

educativa é dialógica, o educador também pode incluir nas atividades educativas temas não sugeridos(4).

Uma vez realizado o diagnóstico de necessidades de Educação em Saúde, baseado nas percepções da comunidade, um grupo educativo deve considerar qual será o público alvo, número de encontros e em que dia e horário, propostas temáticas, tempo de duração por sessão, recursos audiovisuais e outros(34).

O profissional de saúde deve usar uma linguagem compreensível e simples, adequada à realidade da comunidade e que tenha como ponto fundamental o usuário, buscando conhecer suas necessidades. (46).

Para que ocorra uma comunicação eficiente entre educador e educando, é preciso que o educador seja capaz de conhecer as condições e estruturas, em que o pensar e a linguagem do educando, dialeticamente se constituem(4), além de criar um clima que promova as discussões dos problemas e estimule a participação(46).

Numa atividade de Educação em Saúde, não é necessário o uso de materiais sofisticados. Se estes não estão disponíveis, a troca de ideias poderá ser enfatizada, a partir da utilização de gravuras, recortes de jornal ou revista, materiais acessíveis à rotina do serviço de saúde(36).

Os métodos e técnicas de processo educativo devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos(4), o que também é referenciado em estudos que abordam a prática educativa em saúde(29,48), sendo primordiais para que profissionais de saúde desenvolvam a dimensão político-social da Educação em Saúde.

1.4 Mudanças favorecidas pela Educação em Saúde na perspectiva dialógica

O indivíduo é capaz de refletir sobre si mesmo. Ao fazer essa auto-reflexão, descobre-se como um ser que está em constante mudança. Encontra-se aí a raiz da educação(2).

A educação tem o intuito de contribuir na busca pela transformação e as mudanças são requeridas ao educar-se(22).

A Educação em Saúde pode contribuir para mudanças no cotidiano dos indivíduos, favorecendo o conhecimento(26), que será aplicado na prática dos cuidados com a saúde(27).

A mudança na perspectiva do modelo dialógico advém de uma ação comunicativa participativa(22). Nessa perspectiva, as atividades de Educação em Saúde constituem em um espaço para as práticas participativas na medida em que se constroem e se fortalecem na convivência com o educando, possibilitando o compartilhamento do saber, contribuindo com o empoderamento dos indivíduos, que implica no aumento do controle sobre as próprias vidas e no cuidado com a saúde, por meio da participação e busca por transformação(22,42).

Valorizar as trocas interpessoais permeadas pelo diálogo, reconhecendo a importância do conhecimento popular, é uma forma de superar as lacunas existentes nas práticas educativas tradicionais(26), proporcionando a participação comunitária na solução de seus problemas, contribuindo na formação de atores sociais(27).

A troca de experiências e a construção de conhecimento entre o saber técnico e o saber popular, torna um processo estimulador de mudanças individuais e coletivas(9), de hábitos e de comportamentos para a saúde(15), de forma que o diálogo que se estabelece entre os indivíduos mobiliza forças e é motivação para tal processo de mudanças(35).

Reconhece-se que não basta simplesmente informar os indivíduos, uma vez que a informação precisa ser traduzida e compreendida, construindo novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença, para que seja internalizada e possibilite mudanças de atitudes duradouras e benéficas à saúde(8). Para tanto, faz-se necessário envolver o indivíduo no processo educativo para que sejam suscitadas tais mudanças, já que a educação é instrumento de transformação social(45), de forma a contribuir para uma melhoria das condições de saúde da população(34).

A produção do conhecimento dá responsabilidade e autonomia à pessoa para viver de maneira mais digna e humana, ajudando-a a tomar decisões e desenvolver habilidades para cuidar de si, emancipando-o(1,8).

Essa forma de conduzir a ação é necessária para que não se permaneça no discurso idealizado de que uma ou outra prática de saúde é melhor para o sujeito, sem, contudo, apresentar a menor coerência com suas reais expectativas, necessidades ou desejos(47).

Uma prática educativa emancipatória deve questionar a quem cabe a decisão de transformar-se; para que e a quem servirá essa transformação; quais as possibilidades de transformação, haja vista a história e o contexto do usuário(22).

Faz-se cada vez mais urgente a necessidade de estimular a consciência crítica do indivíduo, o que possibilita transformar a realidade, escrevendo a sua própria história(4).

Para tanto, o indivíduo precisa estar motivado. A motivação é frequentemente associada a processos que instigam, apontam direção e propósito ao comportamento; permitem sua persistência; conduzem às suas escolhas ou preferências(49).

A mudança comportamental só pode ser percebida quando apresentar marcas da transformação de seu saber, que não são imediatas. Elas vão acontecer em processos contínuos, na intermediação de saberes, em que não será mais o saber do profissional e o saber do usuário, mas a construção de um novo saber(47), gerando melhoria na promoção e nos índices de saúde(50,51).

A avaliação do impacto da Educação em Saúde tem sido centrada na mudança positiva das práticas de saúde dos indivíduos e de seu estado de saúde. Além disso, há um crescente interesse no impacto econômico produzido pelos programas de Educação em Saúde para a vida do indivíduo e da sociedade(52).

Estudos realizados na Austrália e Estados Unidos demonstraram a efetividade de programas de Educação em Saúde nas escolas para aumentar a adesão dos jovens às atividades físicas. Outro estudo americano realizado com as crianças do ensino fundamental verificou o impacto das atividades de Educação em Saúde nas escolas em diminuir o tempo gasto das crianças, assistindo televisão ou jogando vídeo-game, diminuindo o comportamento sedentário e aumentando as atividades físicas. Resultados positivos de orientações nutricionais e atividade física realizadas com 206 famílias em San Diego, nos Estados Unidos, foram verificados, observando o aumento do conhecimento e mudanças de hábitos alimentares(53).

Um exemplo atual de impacto econômico proporcionado pelo retardo no aparecimento do diabetes, resultante de um programa efetivo de Educação em Saúde, nos Estados Unidos, é uma economia de US\$ 10.683/ano. Outro exemplo de impacto econômico é a perda de peso. Para a população americana foi estimado que para cada 10% da perda do excesso de peso, resultariam numa economia com cuidados médicos na vida do indivíduo de US\$ 2.200 a 5.300. Já atividade física regular realizada por adultos de 54 a 69 anos reduz os custos com cuidados com a saúde em US\$ 483 anualmente(52).

Ao se realizar a relação custo-benefício dos programas de Educação em Saúde, foi constatado que para cada US\$ 5,5 de benefício econômico tem-se US\$ 1 de gasto para implementação dos programas(52).

Já no Brasil, autores questionam sobre o processo pelo qual o conhecimento gerado no campo da saúde pública está sendo traduzido em ações preventivas em saúde e em mudanças de hábitos e atitudes pelo indivíduo(54,55).

O estudo de Assis e Nahas(49) refere que as mudanças no estilo de vida para a promoção de saúde e para prevenção e o tratamento das doenças, principalmente, crônicas têm sido caracterizados pela baixa adesão do indivíduo.

Diante do exposto, questiona-se: As práticas educativas realizadas na ESF têm atingido a vida cotidiana dos usuários, contribuindo com a sua auto-formação e transformação da sua prática? O que o usuário da ESF pensa sobre tais atividades?

A partir daí, propõe-se responder o seguinte problema: Qual a percepção do usuário cadastrado em uma equipe da ESF sobre as atividades de Educação em Saúde, realizadas na forma de grupos educativos, nas quais ele participa?

Estudar sobre esse assunto, justifica-se uma vez que são escassos os estudos que abordem de forma sistemática as atividades educativas em saúde sob a ótica do usuário, tanto na literatura nacional como internacional.

Optou-se por pesquisar a Educação em Saúde em uma equipe da ESF em Montes Claros - Minas Gerais, para compreender se os resultados encontrados serão diferentes dos que

existem na literatura, realizados em outros cenários brasileiros, já que Montes Claros foi berço da Reforma Sanitária e do Projeto Piloto de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, é polo do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade / Curso de Especialização em Saúde da Família na Modalidade Residência para Cirurgiões-Dentistas e Enfermeiros do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES e possui o Programa de Educação Permanente para trabalhadores.

Faz-se necessário pesquisar, a partir da percepção do usuário, como têm sido realizadas as atividades de Educação em Saúde, para verificar se os seus reais objetivos têm sido alcançados(24).

Torna-se importante também realizar uma revisão reflexiva da literatura sobre os modelos pedagógicos utilizados durante as práticas educativas em saúde, uma vez que são poucos os estudos brasileiros que discutem essa temática, sendo fundamental a reflexão dos profissionais de saúde sobre a forma de condução das atividades de Educação em Saúde.

Esse estudo pretende fornecer subsídios para uma reflexão crítica, proporcionando e ampliando discussões no cenário local.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender a percepção dos usuários cadastrados em uma equipe da Estratégia Saúde da Família sobre as atividades de Educação em Saúde, realizadas na forma de grupos educativos e o seu significado no seu cotidiano.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar na literatura e na realidade as metodologias utilizadas nas atividades de Educação em Saúde;
- Identificar quais os profissionais que conduzem as atividades de Educação em Saúde;
- Averiguar quais temas discutidos nas atividades de Educação em Saúde;
- Verificar as mudanças ocorridas na saúde dos usuários por meio das atividades de Educação em Saúde;

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

A partir do objetivo dessa pesquisa, optou-se pela pesquisa qualitativa e dialética, de caráter descritivo e exploratório, a fim de compreender o objeto.

A pesquisa qualitativa foi escolhida, devido à ampla dimensão do objeto, que aborda questões sociais, históricas e políticas, no contexto da Educação em Saúde.

A pesquisa qualitativa deve ser entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas como construções humanas significativas, tanto no seu advento quanto na sua transformação. Objetiva compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores sociais, quanto a seus valores culturais e representações sobre a sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; e processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas sociais(56).

Tem como características a presença de um ambiente natural como sua fonte direta de dados, sendo o pesquisador o seu principal instrumento; os dados coletados são de forma predominantemente descritivos, de forma que todos os dados da realidade são considerados importantes para compreensão do problema a ser estudado; há maior preocupação com o processo do que com o produto; o significado dado pelas pessoas às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador; e a análise dos dados tende a seguir um processo que é indutivo(57).

As modalidades de análises qualitativas propostas por Minayo(56) devem ser contextualizadas, de forma a distinguir visões dominantes das outras formas de pensar a realidade; considerando a historicidade dos fatos sociais e dos grupos estudados; devem incluir os diversos espaços formais da economia e política, percebendo-os como sendo permeados por esse mundo da vida; e devem ser considerados os espaços que ao mesmo tempo, são de consensos como de conflitos.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos(56).

A escolha do referencial teórico e metodológico levou em consideração a perspectiva dialética, referida pelos autores dialéticos Habermas(13) e Freire(4), que contribui para que se contextualizem de forma crítica a história e a linguagem dos problemas de saúde e das práticas sociais da área.

A opção pelo método dialético deve-se ao fato de que, por meio dele, o fenômeno ou coisa estudada se apresenta ao leitor de tal forma que ele o apreende em sua totalidade. Para isso são necessárias aproximações sucessivas e cada vez mais abrangentes. Isso o torna acessível(3).

A análise dialética tem como finalidade compreender a maneira pela qual se relacionam, encadeiam e determinam reciprocamente as condições de existência social e as distintas modalidades de consciência. Concebe as coisas e os fenômenos não de maneira estática, mas no seu movimento contínuo, na luta de seus contrários. É questionadora e contestadora. Exige constantemente reexame da teoria e a crítica da prática(3).

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada na equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, localizada na Rua José Maria Silva, nº 131, no bairro Vila Sion, na cidade de Montes Claros – MG, que funciona no mesmo prédio da equipe de Saúde da Família Vila Sion.

Em setembro de 1998, foi criada a equipe Saúde da Família Vila Sion, que funcionava no mesmo prédio, que antes era o Centro de Saúde Vila Sion. Os bairros Vila Sion e Alto da Boa Vista constituíam a área de abrangência dessa equipe, tendo sido dividida em seis micro-áreas. A equipe era composta por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Após oito anos de funcionamento, em 2006, identificou-se um aumento do número de moradores de ambos os bairros, aumentando o número de famílias cadastradas na equipe.

Diante disso, foi realizada uma nova territorialização, com a criação da equipe Saúde da Família Alto da Boa Vista. Dessa maneira, a equipe Saúde da Família Vila Sion passou a ser responsável por sete micro-áreas, com aproximadamente 120 famílias cada e a equipe Alto da Boa Vista tornou-se responsável por seis micro-áreas, com contingente semelhante em número de famílias. Cada equipe foi composta por um médico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um técnico de enfermagem, sete ACS, na equipe Vila Sion e seis ACS, na equipe Alto da Boa Vista.

Ressalta-se que, no ano de 2006, essas duas equipes de Saúde da Família tornaram-se polo do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade / Curso de Especialização em Saúde da Família na Modalidade Residência para Cirurgiões-Dentistas e Enfermeiros do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

Durante o ano de 2007, havia na equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista a realização de seis tipos de grupos de Educação em Saúde: grupo de saúde mental, grupo de hipertensos, grupo de diabéticos, grupo de obesidade, grupo de gestantes e grupo de planejamento familiar. Esses grupos educativos aconteciam geralmente uma vez por mês.

Todos os usuários que se enquadravam nas características preconizadas para a participação nos determinado(s) grupo(s) educativo(s) eram convidados pelos ACS em seus domicílios para a participarem do(s) mesmo(s). No entanto, qualquer usuário, desde que desejasse, poderia participar. Todos os usuários que participavam do grupo educativo assinavam uma ata de registro de participação.

A escolha desse local se deve ao fato de que a área de abrangência da equipe de Saúde da Família constitui um cenário, onde há o reconhecimento e a valorização do sujeito e da comunidade; e é desenvolvido o princípio da integralidade, em que ações de promoção de saúde devem ser realizadas, incluindo as ações de Educação em Saúde, sendo a equipe capacitada para realização dessa atividade.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários cadastrados na equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, que foram selecionados, considerando os fatores descritos a seguir.

Os grupos de Educação em Saúde considerados, referem-se aos realizados no ano de 2007, devido à maior disponibilidade dos dados registrados quanto à realização e à participação dos usuários nos referidos grupos neste ano. Os grupos educativos realizados a partir do ano de 2008 não foram considerados, devido ao fato de que no início do referido ano até o período de coleta dos dados, os grupos de Educação em Saúde estavam suspensos, uma vez que estavam sendo reestruturados conforme a estratificação de risco preconizada pela Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais(43).

O número de sujeitos desse estudo foi considerado suficiente, quando os dados da pesquisa refletiram a totalidade das múltiplas dimensões do objeto desse estudo e se tornaram repetitivos(56).

Os critérios de inclusão utilizados para o estabelecimento dos sujeitos desse estudo foram:

- idade a partir de 18 anos;
- participação igual ou maior a 5 vezes em algum dos grupos de Educação em Saúde realizados pela equipe de Saúde da Família Alto da Boa Vista, no ano de 2007.

O critério de exclusão estabelecido foi:

- não aceitação em participar da pesquisa.

Foi verificada a ata de registro de participação dos usuários nos grupos de Educação em Saúde, ocorridos em 2007 e listados todos os usuários que tiveram cinco ou mais participações nesses grupos. Após a listagem, cada participante foi numerado e sorteado aleatoriamente, de forma que, após cada entrevista, um outro participante era sorteado sucessivamente. Caso não fosse encontrado, outro participante era sorteado.

3.4 Coleta de Dados

Após a opção pela pesquisa qualitativa, realizou-se também a pesquisa bibliográfica e de campo.

A pesquisa bibliográfica constitui a primeira tarefa do pesquisador, permitindo melhor ordenação e compreensão da realidade empírica(56).

Pela sua importância, a pesquisa de campo deve ser realizada a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais. O trabalho de campo consiste numa etapa essencial da pesquisa qualitativa, sendo o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos do recorte teórico que corresponde ao objeto da investigação(56).

Para coleta de dados, que ocorreu no período de Maio a Outubro de 2008, utilizou-se como instrumento a entrevista, que é o procedimento mais utilizado no trabalho de campo. Por meio dela, o pesquisador tenta obter informes contidos na fala dos indivíduos pesquisados, que vivenciam uma determinada realidade, que está sendo focalizada(56).

A entrevista, diferente dos outros instrumentos de pesquisa que, em geral, estabelecem uma relação hierárquica com o pesquisador e o pesquisado, estabelece uma relação de interação, havendo atmosfera de influência recíproca entre o entrevistador e o entrevistado. Tem ainda a vantagem de permitir a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos. Ademais, pode incluir informantes que não poderiam ser incluídos por outros meios de investigação, como as pessoas com pouca instrução formal(57).

Optou-se pela entrevista não estruturada, em que não há a imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistado discorre sobre o tema proposto baseado nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista. Na medida em que há um clima de estímulo e de aceitação recíproca, as informações fluem de modo notável e autêntica(57).

Pode ser entendida como uma “conversa com finalidade”, em que um roteiro invisível serve de orientação e baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados. O

pesquisador trabalha com um esquema de pensamento, procurando sempre encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa(56).

A entrevista foi realizada pela pesquisadora, com as seguintes questões norteadoras: “Para você, como foi participar de um grupo de Educação em Saúde e como os mesmos aconteciam?”; “O que mudou após a sua participação no grupo de Educação em Saúde?”; “Como se sente em relação a essas atividades?”.

As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas, permitindo, assim, contar integralmente com as informações fornecidas pelos entrevistados.

A gravação da entrevista consiste no mais usual instrumento de garantia de fidedignidade(56). A gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais imediatamente, de forma que o entrevistador é deixado livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado. Algumas pessoas não acostumadas com a gravação das entrevistas ressaltam que o gravador inibe o informante. No entanto, isso só ocorre no início da entrevista, sendo que no seu decorrer o participante atua espontaneamente, como se o aparelho estivesse omissivo(57).

Antes do início da fase de coleta de dados foi realizada uma entrevista com usuários de outra equipe de Saúde da Família, que participavam regularmente de grupos de Educação em Saúde, para detecção de possíveis falhas nesse processo.

Verificou-se nesse processo que os entrevistados respondiam às questões norteadoras objetivamente e a pesquisadora muitas vezes não se abria ao diálogo com o entrevistado, já que, a partir daí poderiam ser aprofundadas e discutidas várias outras questões. Como exemplo, pode-se citar quando o participante referia que o grupo era bom, abordava-se outra questão norteadora, como a que estava relacionada à forma como os grupos educativos aconteciam, sem explorar a opinião do usuário sobre as razões, pelas quais ele considerava como bom os grupos educativos. Observaram-se, também, alguns vícios de linguagem, como expressões “Que bom!”, “Exatamente!”, que poderiam induzir outras respostas favoráveis dos participantes.

Nesse sentido, a pesquisadora passou a explorar cada vez mais cada fala do entrevistado, aprofundando mais nestas questões ou extraindo daí, várias outras questões, estimulando-o a

falar livremente sobre o assunto, sem se preocupar em apenas responder. Tal fato possibilitou obter uma maior gama de informações e explorar mais os aspectos subjetivos dos dados coletados e contemplar todas as dimensões do objeto a ser pesquisado. Ademais, atentou-se para se evitar os possíveis vícios de linguagem, para que a condução da entrevista pudesse ser imparcial.

3.5 Questões éticas da pesquisa

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, no domicílio dos entrevistados proporcionando, assim, a expressão natural e espontânea dos pesquisados, a fim de garantir um ambiente agradável e confortável, assegurando privacidade aos participantes. Os horários das entrevistas foram de acordo com a disponibilidade dos informantes.

Ressalta-se que antes de os usuários serem abordados, a coordenadora da equipe de Saúde da Família escolhida foi contatada, recebendo explicação sobre a pesquisa. Após a autorização da instituição, foram entrevistados os usuários que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), que atende a Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde(56), que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas, que envolvem os seres humanos.

O projeto dessa pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, parecer número 1019/08 (Anexo B).

3.6 Análise dos dados

Uma vez que as entrevistas foram realizadas e gravadas, os informes foram compilados pela pesquisadora em sua totalidade e integralidade, de forma a preservar a fidedignidade dos dados. Em seguida, os dados foram analisados.

Optou-se pela análise do discurso por entender os seus pressupostos: o dialogismo, a ideologia e as contradições presentes na relação profissional e usuário.

Seguiu-se a corrente de Pensamento de Michel Pêcheus, que fundou a Escola Francesa de Análise do Discurso (58).

O discurso é definido como uma unidade do plano do conteúdo, sendo o nível do percurso gerativo de sentido, em que as formas narrativas abstratas são revestidas por elementos concretos. Quando um discurso é manifestado por um plano de expressão qualquer, tem-se um texto(59).

O texto não é redutível à soma dos sentidos das palavras que o compõem, nem dos enunciados em que os vocábulos se encadeiam, mas de uma articulação dos elementos que o formam(59).

A análise do discurso se apresenta como uma forma de conhecimento que se faz no entremeio e que considera o confronto, a contradição entre sua teoria e sua prática de análise(58).

Tem como objetivo realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos, visando compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de sentido(56).

Os pressupostos básicos da teoria de análise de discurso podem ser resumidos em dois princípios(56):

1. O sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo. De forma contrária, expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico, no qual são produzidas as formas de relação;
2. Toda formação discursiva dissimula, pela pretensão de sua transparência, dependência das formações ideológicas.

A teoria da análise do discurso, como procedimento, pretende inferir, a partir dos efeitos de superfície – linguagem e sua organização – uma estrutura profunda: os processos de sua produção. O discurso é determinado por condições de produção e por um sistema linguístico(56).

Trata-se de uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas. Consiste em uma teoria crítica que trata da determinação histórica dos processos de significação. Considera como foco central de análise a relação entre a linguagem e o seu contexto de produção. Busca problematizar as evidências e explicitar o caráter ideológico da fala, revelando que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia(56).

A técnica de análise de discurso cria um ponto de vista próprio de olhar a linguagem como espaço social de debate e de conflito. Desse modo, o texto é considerado como uma unidade significativa, pragmática e portadora do contexto situacional dos falantes, sendo o ponto de vista das condições de produção do texto(56).

Diante disso, a análise do discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo. Busca os efeitos de sentido relacionados ao discurso, procurando ir além do texto. Preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta por meio do seu discurso, extrapolando a compreensão apenas do seu pensamento. A interpretação deverá ser feita sempre entre o interdiscurso e o intradiscurso(60).

Destaca-se que a teoria da análise do discurso contribuiu fundamentalmente para análise do material qualitativo, especialmente numa situação em que a hegemonia sempre coube às análises positivistas dos conteúdos das falas(56).

Os dados foram então submetidos à análise do discurso. Inicialmente, foram realizadas leituras e releituras de todo o material, possibilitando a sua divisão em seus elementos componentes, sem perder de vista a relação desses elementos com todos os outros componentes(57), o que resultou na construção das categorias iniciais.

Seguiu-se o estudo das palavras do texto; a análise da construção das frases e por fim a análise considerando a produção social do texto como constitutiva de seu próprio sentido(56), o que possibilitou fazer a distinção entre a sintaxe discursiva e a semântica. Fiorin(59) explica que a sintaxe discursiva compreende os processos de estruturação do discurso, que são expressos no mecanismo do discurso direto, indireto e indireto livre, já semântica discursiva abrange o campo das determinações inconscientes e constitui a maneira de ver e pensar o mundo numa dada formação social, caracterizando como o campo da determinação ideológica.

Assim, foi possível verificar os sentidos relacionados ao discurso e seus efeitos, indo além do texto, observando nas suas entrelinhas os processos de significação, as convergências e divergências e interpretando o interdiscurso e o intradiscorso, construindo categorias mais abrangentes(57).

As categorias empíricas foram confrontadas com as categorias analíticas, buscando as relações dialéticas entre ambas, com isso essas categorias foram subdivididas em componentes menores, as subcategorias(56).

Lüdke; André(57) esclarecem que a categorização, por si só, não esgota a análise. É preciso que o pesquisador ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado. Para tanto, torna-se importante realizar um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações.

4 PRODUTOS

A seguir serão apresentados os resultados alcançados com o desenvolvimento deste trabalho.

Foram elaborados dois artigos científicos:

O primeiro artigo apresentado “Modelos de Educação aplicados às atividades de Educação em Saúde no Brasil, no período de 2004 a 2008”, trata-se de um artigo de revisão e foi enviado para a Revista Baiana de Saúde Pública, estando em fase de análise para possível publicação.

O segundo artigo “Educação em Saúde no contexto da Saúde da Família sob a percepção do usuário”, é um artigo original e foi submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, estando em fase de análise para possível publicação.

Este estudo também resultou na elaboração do capítulo de livro: “A realização da Educação em Saúde na Atenção Primária”, no livro intitulado: “Pesquisas e Vivências na Atenção Primária à Saúde”, financiado pelo Pró-Saúde Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, que está em fase de publicação.

Foram ainda redigidos resumos expandidos e resumos simples que foram apresentados em eventos científicos e publicados nos seus referidos anais, conforme quadro abaixo:

RESUMO EXPANDIDO	EVENTO CIENTÍFICO
Grupos de Educação em Saúde: A Prática Pedagógica.	15º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Rio de Janeiro – RJ, 08 a 11 de Junho de 2009.
Educação em Saúde transformando a vida do usuário.	15º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Rio de Janeiro – RJ, 08 a 11 de Junho de 2009.
RESUMO SIMPLES	EVENTO CIENTÍFICO
Educação em Saúde transformando a vida do usuário	III Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão. Montes Claros – MG, 23 a 25 de Setembro de 2009.
Grupos de Educação em Saúde: A Prática Pedagógica.	III Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão. Montes Claros – MG, 23 a 25 de Setembro de 2009.
Educação em Saúde sob a percepção do usuário da Estratégia Saúde da Família.	I Semana Unificada de Saúde da UNIMONTES. IV Mostra Científica de Enfermagem. Montes Caros – MG, 27 a 30 de Abril de 2009.
Impacto da Educação em Saúde na vida do usuário da Estratégia Saúde da Família.	I Semana Unificada de Saúde da UNIMONTES. IV Mostra Científica de Enfermagem. Montes Caros – MG, 27 a 30 de Abril de 2009.
Modelo dialógico de Educação aplicado às atividades de Educação em Saúde.	I Semana Unificada de Saúde da UNIMONTES. IV Mostra Científica de Enfermagem. Montes Caros – MG, 27 a 30 de Abril de 2009.
A visão do usuário da Estratégia Saúde da Família sobre as atividades de Educação em Saúde.	60º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Belo Horizonte – MG, 03 a 06 de Novembro de 2008.
Educação em Saúde sob a perspectiva do Modelo Dialógico de Educação.	60º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Belo Horizonte – MG, 03 a 06 de Novembro de 2008.
Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma Revisão Sistemática.	60º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Belo Horizonte – MG, 03 a 06 de Novembro de 2008.
Educação em Saúde: Principais diferenças entre o Modelo Tradicional e Modelo Dialógico de Educação na Estratégia Saúde da Família.	II Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão – IX Seminário de Pesquisa e Pós-Graduação e VII Seminário de Iniciação Científica. Montes Claros MG – 24 a 26 de Setembro de 2008.
Um modelo de Educação em Saúde para a Estratégia Saúde da Família.	II Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão – IX Seminário de Pesquisa e Pós-Graduação e VII Seminário de Iniciação Científica. Montes Claros MG – 24 a 26 de Setembro de 2008.
Modelo Tradicional <i>versus</i> Modelo Dialógico da Educação em Saúde na Estratégia saúde da Família.	III Mostra Científica de Enfermagem da UNIMONTES. Montes Claros – MG – 07 a 09 de abril de 2008

4.1 Artigo 01

**Modelos Educacionais Tradicional e Dialógico aplicados às atividades de Educação em
Saúde no Brasil**

**Educational Models Traditional and Dialogic applied to the activities of Health
Education in Brazil**

Figueiredo, Maria Fernanda Santos¹

Rodrigues-Neto, João Felício²

Leite, Maisa Tavares Souza³

¹Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. nanda_sanfig@yahoo.com.br.

²Médico, Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. joãofelicio@yahoo.com

³Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. mtsiv@terra.com.br

Autor para correspondência: João Felício Rodrigues Neto. Avenida Cula Mangabeira nº 1562
– Santo Expedito Montes Claros – MG -39401-002 Telefones: (38) 3224-8383/99613522

Modelos Educacionais Tradicional e Dialógico aplicados às atividades de Educação em Saúde no Brasil

RESUMO

Este estudo objetiva compreender os modelos educacionais aplicados às atividades de Educação em Saúde: Modelo Tradicional e Modelo Dialógico, nas bases de dados Medline, Scielo e Lilacs no período de 2004 a 2008. Trata-se de uma pesquisa exploratória, nas bases de dados citadas, utilizando o descritor Educação em Saúde. Realizou-se uma revisão de literatura, de forma reflexiva. Foram selecionados 27 estudos que tiveram como objetivo primário o modelo educacional, sendo 17 encontrados na base de dados Medline, dez na base de dados Scielo e nenhum na base de dados Lilacs. Dentre os estudos selecionados, observou-se que 12 descreveram práticas educativas Dialógicas e seis, Tradicionais, mas com uma abordagem crítica. Verificou-se que o Modelo Tradicional de Educação em Saúde objetiva transmitir à população o conhecimento científico. Tem-se uma atitude paternalista, um estilo de pensamento curativista e uma relação assimétrica entre educando e educador. Prima-se por mudanças individuais. O Modelo Dialógico de Educação em Saúde é baseado no diálogo e na problematização. Busca a construção de conhecimentos e a troca de experiências. Objetiva promover saúde. Estimula o exercício da autonomia e a responsabilização pela própria saúde. A aplicação desses dois modelos educativos deve ser feita de acordo com o contexto em que se está trabalhando, não sendo excludentes, mas com uma atitude progressista e dialógica do educador.

Descritores: Educação; Educação em Saúde; Aprendizagem.

ABSTRACT

This study aims to understand the educational models applied to the activities of Health Education: Traditional Model and Dialogic Model, in Medline, Lilacs and Scielo database in the period 2004 to 2008. This is an exploratory research in the databases mentioned above, using the Health Education descriptor. It was realized a literature review, reflectively. It was selected 27 studies that had as primary goal the educational model, with 17 found in the Medline database, ten in the Scielo database, and none in the database of Lilacs. Among the selected studies, it was found that 12 reported dialogical educational practices and six, Traditional, but with a critical approach. It was found that the Traditional Model of Education in Health aims to convey scientific knowledge to the population. It has been a paternalistic attitude, a style of curative thought and an asymmetrical relationship between student and educator. Press for individual changes. The Dialogic Model of Health Education is based on dialogue and questioning. It searches the construction of knowledge and experiences exchange. It aims to promote health. It encourages the exercise of autonomy and accountability for their own health. The application of these two educational models should be made according to the context in which has been worked, they are not exclusive, but with a progressive and dialogical attitude of the educator.

Descriptors: Education; Health Education; Learning.

Modelos Educacionais Tradicional e Dialógico aplicados às atividades de Educação em Saúde no Brasil

1 Introdução

A educação pode contribuir para o desenvolvimento do indivíduo, de modo a construir pensamentos autônomos e críticos nas diferentes circunstâncias da vida¹.

A civilização ocidental desenvolveu uma forma de pensar e de agir que se tornou predominante no mundo moderno, a racionalidade técnica, com grande valorização do conhecimento científico².

Sob esse aspecto, durante o processo educativo, atribui-se uma importância suprema ao conteúdo a ser ensinado, esperando que os educandos o absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente. Esse modelo de educação, caracterizado pela transmissão do conhecimento e experiência do educador, é denominada de educação bancária^{3,4}. Tal concepção bancária da educação caracteriza o Modelo Tradicional de Educação⁵.

O ato de educar já não pode ser o ato de depositar ou transmitir conhecimentos e valores aos educandos, mas um ato cognoscente, cedendo lugar para a educação problematizadora³.

A educação problematizadora parte do princípio de que uma pessoa somente conhece bem algo quando o transforma, sendo transformada também no processo⁴. Tal modelo de educação pode ser referido como Modelo Dialógico de Educação⁵, por ser o diálogo seu instrumento essencial³.

Na saúde, a educação tem como finalidade integrar os saberes científico e popular, na tentativa de estimular o indivíduo a uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano, caracterizando a Educação em Saúde⁶.

Há uma escassez de estudos brasileiros que discutem sobre os modelos educacionais Tradicional e Dialógico, utilizados nas atividades de Educação em Saúde. O conhecimento

desses modelos se faz necessário para que os profissionais de saúde possam refletir sobre as suas práticas educacionais e as atividades educativas em saúde possam ser estruturadas a fim de alcançar os seus objetivos.

O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão de forma reflexiva da literatura nas bases de dados Medline, Scielo e Lilacs no período de 2004 a 2008 e nos livros-textos contemporâneos de especialistas da área de educação sobre os modelos de Educação Tradicional e Dialógico aplicados às atividades de Educação em Saúde, seguindo a classificação proposta por Freire³ e também por serem os mais utilizados.

2 Material e Métodos

Este estudo se trata de uma revisão da literatura científica sobre os Modelos de Educação Tradicional e Dialógico aplicados à Educação em Saúde. Para tanto, procedeu-se à busca de publicações disponíveis nas principais bases eletrônicas de periódicos: Medline, Scielo; Lilacs.

Tal busca foi iniciada utilizando o descritor Educação em Saúde, no período de publicação de 2004 a 2008, no Brasil, o país de sua publicação. Após a pesquisa com os descritores, os artigos foram identificados através dos títulos e seus resumos, selecionando àqueles que se enquadravam ao objetivo dessa pesquisa.

Adicionalmente, foram consultados livros-textos contemporâneos de especialistas da área de educação sobre tais temas.

Realizou-se uma leitura de forma reflexiva, buscando identificar concepções teóricas, vantagens e desvantagens e aplicação de cada modelo.

3 Resultados

Verificou-se, a partir deste estudo, que há uma diversidade de publicações referentes à Educação em Saúde, disponíveis nas principais bases de dados pesquisadas. Na base de dados Medline, foram encontradas 7608 referências sobre o descritor de assunto “Educação em

Saúde”. Já na base de dados Scielo, 324 publicações foram identificadas e na base Lilacs, 4056. Ao limitar esta temática aos critérios de seleção: Brasil como país de publicação e período de 2004 a 2008, foram identificados 122 estudos na Medline, 155 na Scielo e 624 na Lilacs, sendo que neste último utilizou-se o refinamento tipo de publicações - artigo clássico, já que havia outros tipos de publicação além de artigos, que não eram de interesse do estudo, no qual foram encontrados 12.

Dentre as publicações disponíveis na Medline, observou-se que 30 referenciavam diretamente ou indiretamente aos Modelos de Educação aplicados às atividades de Educação em Saúde. Dos 30 estudos selecionados, 13 não tiveram como objetivo primário o modelo educacional^{7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19}. Dos 17, quatro fizeram a comparação entre os dois modelos educativos^{20,21,22,23}; seis descreveram práticas educativas que estavam baseadas no Modelo Dialógico^{24,25,26,27,28,29}. Práticas educativas tradicionais foram descritas com abordagem crítica por cinco estudos^{30,31,32,33,34}. Houve dois estudos que descreveram a coexistência dos dois modelos durante as práticas de Educação em Saúde^{35,36}, **quadro 1**.

Na base de dados Scielo, do total de publicações disponíveis, verificou-se que 34 abordavam diretamente ou indiretamente os Modelos de Educação aplicados às práticas educativas em saúde. Entretanto, nove já tinham sido identificadas na Medline, sendo excluídas, totalizando 25 estudos. Dentre os estudos selecionados, 15 não tiveram como objetivo primário o modelo educacional^{37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51}. Entre os dez, a comparação entre as práticas educativas tradicionais e dialógicas foi realizada por três estudos de revisão^{52,53,54}. A prática educativa dialógica foi descrita em seis estudos^{55,56,57,58,59,60}. A descrição de prática educativa tradicional com abordagem crítica foi realizada em um estudo⁶¹, **quadro 2**.

Quanto aos artigos disponíveis na base de dados Lilacs, dois estudos^{62,63} discutem indiretamente sobre os modelos de educação.

A maior parte dos estudos foi publicado nos anos de 2007 e 2008, sendo 24 dos 30 e 16 dos 25 nas bases de dados Medline e Scielo respectivamente.

Dos 27 artigos pesquisados, 18 descrevem os locais onde as atividades educativas foram realizadas, sendo cinco realizados na Atenção Primária à Saúde; cinco no Hospital; três em creches e escolas; três em universidades e dois na comunidade.

4 Discussão

Educação em Saúde tem sido amplamente discutida pela comunidade científica. No entanto, os modelos de educação aplicados às atividades educativas em saúde têm sido ainda pouco discutidos. Apesar disso, observou-se nesse estudo um aumento das publicações que fazem referência direta ou indiretamente aos modelos educacionais, principalmente em 2007 e 2008.

Acreditava-se a princípio que tal fato poderia ser devido à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), nos últimos anos, no Brasil, em que se preconiza a realização das atividades de Educação em Saúde, entretanto, observou-se que o número de estudos realizados na Atenção Primária à Saúde foi equivalente aos realizados no âmbito hospitalar, sendo esse último predominante no estudo que analisa as publicações sobre Educação em Saúde, no período de 1995-2005¹⁶.

4.1 Modelo Tradicional de Educação em Saúde

Historicamente, houve uma tendência a estruturar as ações educativas em saúde no sentido de ampliar informações da população sobre os principais danos/agravos à saúde. Para tanto, inúmeras recomendações sobre comportamentos "certos" ou "errados" relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção foram disseminados à população²⁰. Meyer *et al.*⁶¹, destacam que os projetos educativos em saúde têm sido inscritos majoritariamente na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, cujo saber popular é desvalorizado e/ou ignorado. Tem-se aí o Modelo Tradicional de Educação em Saúde.

Nesse modelo, os indivíduos são considerados como carentes de informação, sendo o seu objetivo aumentar a quantidade de conhecimento adquirido pelo educando²⁰. Tal fato foi observado no estudo realizado sobre as práticas educativas no controle da dengue em que o profissional de saúde mesmo quando o educando referia ter conhecimento de determinada informação, repetia-se a mensagem, sem se preocupar como a população construía seu próprio conhecimento. Reflete-se aí, uma absorção de informações de forma acrítica e sem contextualização³³.

A abordagem é caracterizada pelo caráter informativo, na qual o educador, assumindo uma atitude paternalista, explicita ao educando hábitos e modos de vida saudáveis, de modo a persuadi-los a adotar tais comportamentos. Tem-se um estilo de pensamento curativista e prescritivo²⁰. Preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais e imediatos, previamente definidos como saudáveis, segundo a lógica biomédica^{20,36,61}. Nesse sentido, o educador tem o papel de promover decisões sobre a saúde do educando, que tem a responsabilidade de segui-las³⁶, caso contrário, há a culpabilização do próprio indivíduo por sua doença^{20,36}. Diante disso, tem-se uma relação hierárquica entre o educando e educador, baseada na autoridade e marcada pela assimetria, podendo se tornar desgastada, gerando um sentimento de negatividade e falta de credibilidade³³.

Verificou-se no estudo sobre as práticas educativas realizadas no pré-natal, que tais atividades se caracterizavam como informativas e pouco participativas, havendo limitada compreensão da mulher sobre sua condição de saúde, potencialidades e capacidades de mudanças pessoal e familiar³⁰. Observou-se também no estudo de Sales³³, que tais práticas educativas tradicionais foram ineficazes para impactar a doença dengue, devido à fragilidade e às ações pontuais; conteúdo das mensagens educativas distantes da realidade local;

estratégias autoritárias e coercitivas, além de converter os indivíduos, em meros receptáculos de mensagens taxativas.

As atividades educativas centradas no Modelo Tradicional têm sido objeto de críticas^{3,20}, havendo estudos que fazem referência a persistência desse modelo, durante as atividades educativas, apontando a necessidade de serem superadas, por práticas pedagógicas ativas, baseadas no diálogo^{31,32,33,34,36,61}.

No entanto, verificou-se no estudo que discute a Educação em Saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem, que a concepção do Modelo Tradicional de Educação em Saúde norteia a prática educativa de muitos graduandos, apesar de outros já reconhecerem a necessidade das atividades educativas terem como base o diálogo. Os autores do referido estudo ressaltaram que os processos formativos na graduação de enfermagem já deveriam ser predominantemente subsidiados por um referencial emancipatório e participativo³⁶.

Entretanto, há ainda estudos que consideraram o processo educativo em saúde, realizado conforme o Modelo Tradicional de educação, efetivo, uma vez que amplia as informações dos indivíduos, no que diz respeito aos cuidados com a sua saúde^{7,47,51}.

Talvez a utilização desse modelo pelos profissionais pode está relacionada à formação de muitos deles acontecerem em instituições tradicionais de ensino¹⁶, de forma que os programas educativos não favorecem o debate, apesar das declarações de intenção de muitas delas⁶⁴.

4.2 Modelo Dialógico de Educação em Saúde

O Modelo Dialógico de Educação em Saúde tem como base o diálogo, a problematização e a troca de experiências entre educandos e educador, propondo uma transformação e construção compartilhada de saberes, que são orientadas pela busca da interdisciplinaridade, da autonomia e da cidadania^{29,52}. A reflexão crítica, a análise reflexiva, o envolvimento e o respeito são estimulados²². Valoriza-se a experiência prévia dos

educandos, prioriza-se a sua fala, de modo a torná-los sujeitos do processo ensino-aprendizagem⁵⁷. Busca-se o empoderamento e o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua própria saúde, responsabilizando-se por ela^{20,60}.

Tal modelo objetiva promover saúde²⁰, preocupa-se em articular as dimensões individual e coletiva do processo educativo²⁹, de modo a estimular a reflexão sobre os aspectos da realidade e seus problemas, tendo um papel ativo na busca de mudanças²⁰.

Práticas educativas em saúde baseadas no modelo dialógico têm sido realizadas, alcançando resultados positivos^{24,25,26,27,28,29,55,56,57,58,59,60}. Mudanças de hábitos e estilo de vida dos educandos, foram descritas em estudos, em que as atividades educativas eram norteadas pelo diálogo e problematização^{25,59,60}, observando o desenvolvimento de atitudes favoráveis, quanto aos cuidados com a sua saúde. Fontana²⁸ ressalta que tal processo de mudança é possível porque o diálogo e a problematização suscitam a percepção dos problemas e/ou desconfortos do cotidiano, além disso, estimula o indivíduo a se descobrir como destaca Rodrigues e Boog²⁵.

Dall'Agnol *et al.*²³ observaram em seu estudo que mudanças em relação a adesão dos participantes aos grupos de Educação em Saúde e ao auto-cuidado começaram a ser percebidas quando as práticas educativas tradicionais foram gradativamente substituídas pelo modelo dialógico, uma vez que os seus integrantes passaram a se sentir valorizados e, conseqüentemente, motivados, tornando-se os grupos educativos mais atrativos e mais resolutivos.

Verificou-se no estudo de Gonçalves; Schier⁵⁶ que as práticas educativas dialógicas configuravam-se inclusive num espaço terapêutico, no qual os participantes procuravam expor seus sentimentos, os sintomas referentes à condição de saúde-doença e as suas percepções.

O Modelo Dialógico estimula o potencial criativo e inovador das práticas pedagógicas, utilizando recursos como teatro^{27,58}, músicas e paródias, histórias e contos, poesias e danças, demonstrando resultados surpreendentes no processo de aprendizagem⁵⁸.

Estudos^{24,57,59} apontam que a utilização do Modelo Dialógico de Educação durante a realização de atividades de Educação Permanente para profissionais proporcionou resultados positivos para melhoria da sua prática. Verificou-se ainda no estudo sobre a competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde³⁵, que este modelo de educação proporcionou a esses profissionais mudanças no processo educacional por eles conduzido.

O estudo realizado sobre a prática gerencial do enfermeiro verificou que o modelo dialógico de educação também é pertinente às práticas de gerência e supervisão, possibilitando uma reflexão contínua dos profissionais sobre a sua atuação³⁴. Costa; Monticelli²⁴ declaram que a prática educativa problematizadora permite que a equipe de saúde compartilhe suas crenças, valores, conhecimentos e experiências, promovendo uma reflexão crítica da realidade e possibilitando a transformação de suas práticas diárias.

Os modelos pedagógicos durante as práticas educativas podem co-existir, como pôde ser observado nos estudos^{35,36}, mas verificaram a tentativa de superação do modelo tradicional e a consolidação das práticas educativas dialógicas.

O modelo dialógico pode ser realizado independente do nível de atenção à saúde, embora na Atenção Primária à Saúde a sua aplicação é facilitada, devido a longitudinalidade no cuidado e ações preventivas e de promoção de saúde⁶⁵, proporcionando mudanças e melhorias no cuidado, como já verificado em estudos realizados nesse cenário^{26,59,60}.

A análise realizada sobre as tendências da produção do conhecimento na Educação em Saúde no Brasil²², aponta que os estudos têm indicado a realização de práticas educativas, norteadas pelo modelo dialógico de educação, como também verificado no presente estudo.

Conclusões

A partir da literatura pesquisada observou-se que Modelo Tradicional de Educação em Saúde pode proporcionar à população a aquisição e/ou ampliação de informações, mas é marcado pela reprodução do conhecimento e passividade do educando. O Modelo Dialógico propicia a construção coletiva do conhecimento e a troca de experiências, proporcionando aos indivíduos uma visão crítico-reflexiva da sua realidade. A aplicação desses dois modelos educativos deve ser feita de acordo com o contexto em que se está trabalhando, não sendo excludentes, mas com uma atitude progressista e dialógica do educador. Acredita-se que o modelo dialógico possa ser facilmente aplicado no âmbito da Atenção Primária à Saúde, devido aos princípios que a norteiam.

Atitudes dialógicas durante as práticas educativas em saúde podem constituir um desafio para muitos profissionais, devido a sua formação e ao fato de as publicações sobre essa temática terem aumentado somente nos últimos anos. Destaca-se a necessidade de programas de capacitação profissional que os qualifique, por meio da Educação Permanente, para o desempenho das atividades educativas. Recomenda-se que haja uma maior discussão sobre os modelos educacionais utilizados na Educação em Saúde.

Referências

- 1- Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 6ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC; UNESCO, 2001.
- 2- Cestari ME. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. Rev. Bras. Enferm. 2002 Jul-Ago; 55(4): 430-433
- 3- Freire P. Pedagogia do oprimido. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- 4- Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias ensino-aprendizagem. 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
- 5- Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005 Set-Fev; 9(16):39-52.
- 6- Reis DC. Educação em Saúde. Aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em Saúde: Teoria, Método Imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- 7- Uchôa CM; Serra CM; Magalhães Cde M; Silva RM; Figliuolo LP; Leal CA; Madeira Mde F. Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana.. Cad Saude Publica 2004 Jul-Aug; 20(4): 935-41.
- 8- Gracioto A; Gomes CJ; Echer IC; Lorenzi PDC. Grupo de orientação de cuidados aos familiares de pacientes dependentes. Rev Bras Enferm 2006 Jan-Feb; 59(1): 105-8.
- 9- Benzaken AS; Galbán Garcia E; Sardinha JC; Pedrosa VL; Paiva V. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. Rev Saude Publica 2007 Dec; 41 Suppl 2:118-26.
- 10- Murakami JK; Petrilli Filho JF; Telles Filho PC. Talking about sexuality, STI and AIDS with poor adolescents. Rev Lat Am Enfermagem 2007 Sep-Oct; 15: 864-6.

- 11- Machado MF; Monteiro EM; Queiroz DT; Vieira NF; Barroso MG. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cien Saude Colet* 2007 Mar-Apr; 12(2): 335-42.
- 12- Silvério MR; Patrício ZM. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde.. *Cien Saude Colet* 2007 Jan-Mar; 12(1): 239-46.
- 13- Costa MS; Santos MC; Martinho NJ; Barroso MG; Vieira NF. Família em situação de risco: modelo de cuidado focalizando educação em saúde. *Rev Gaucha Enferm* 2007 Mar; 28(1): 45-51.
- 14- Pereira EG; Soares CB; Campos CM. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007 Nov-Dec; 15(6): 1072-9.
- 15- Vidal EC; Saraiva KR; Dodt RC; Vieira NF; Barroso MG. Democracia e participação cidadã: um debate sobre as praticas de educação em saúde. *Rev Gaucha Enferm.* 2008 Sep; 29(3): 475-80.
- 16- Carvalho VL; Clementino Vde Q; Pinho LM. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Rev Bras Enferm.* 2008 Mar-Abr; 61(2): 243-8.
- 17- Schmitz BA; Recine E; Cardoso GT; Silva JR; Amorim NF; Bernardon R; Rodrigues Mde L. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. *Cad Saude Publica* 2008; 24 Suppl 2:S312-22.
- 18- Rozemberg B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. *Cad Saude Publica* 2007; 23 Suppl 1:S97-105.
- 19- Martins AP. "Vamos criar seu filho": os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX.. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2008 Jan-Mar; 15(1): 135-54.

- 20- Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005 Mai-Jun; 13(3): 423-31.
- 21- Gazzinelli MF; Reis DC; Kloos H; Velásquez-Melendez G; Dutra IR; Gazzinelli A. The impact of two education methods on knowledge of schistosomiasis transmission and prevention among schoolchildren in a rural community in northern Minas Gerais, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2006 Sep;101 Suppl 1:45-53.
- 22- Vila AC; Vila VS. Trends of knowledge production in health education in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007 Nov-Dez;15(6):1177-83.
- 23- Dall'Agnol CM, Resta DG, Zanatta E, Schrank G, Maffaccioli R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2007; 28(1):21-6.
- 24- Costa R; Monticelli M. O Método Mãe-Canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2006 Jul-Ago; 59(4): 578-82.
- 25- Rodrigues EM; Boog MC. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saude Publica* 2006 Mai; 22(5):923-31.
- 26- Souza MM; Brunini S; Almeida NA; Munari DB. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo adolescentes. *Rev Bras Enferm* 2007 Jan-Feb; 60(1): 102-5.
- 27- Nazima TJ; Codo CR; Paes IA; Bassinello GA. Orientação em saúde por meio do teatro: relato de experiência. *Rev Gaucha Enferm* 2008 Mar; 29(1):147-51.
- 28- Fontana RT. A vigilância sanitária no contexto escolar: um relato de experiência. *Rev Bras Enferm* 2008 Jan-Feb; 61(1): 131-4.
- 29- Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 117-21.

- 30- Rios CT; Vieira NF. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cien Saude Colet.* 2007 Mar-Abr; 12(2): 477-86.
- 31- Trapé CA, Soares CB. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 janeiro-fevereiro; 15(1):142-9.
- 32- Pimenta DN, Leandro A; Schall VT. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007 Mai; 23(5):1161-71.
- 33- Sales FM. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará. *Cien Saude Colet.* 2008 Jan- Fev; 13(1): 175-84.
- 34- Villas Boas LM; Araujo MB; Timoteo RP. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Cien Saude Colet* 2008 Jul-Ago;13(4):1355-60.
- 35- Backes VMS; Lino MM; Prado ML; Reibnitz KS; Canave BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2008 Dez; 61(6):858-65.
- 36- Colome JS; Oliveira DL. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem. *Rev Gaucha Enferm.* 2008 Set; 29(3):347-53.
- 37- Ribeiro PJ; Aguiar LAK; Toledo CF; Barros SMO; Borges DR.. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. *Rev. Saúde Pública,* 2004 Jun, 38(3): 415-21.
- 38- Santos ZMSA; Frota MA; Cruz DM; Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto contexto - enferm.* 2005 Set; 14(3): 332-40.

- 39- Gazzinelli MF; Gazzinelli A; Reis DC; Pena CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*. 2005 Fev; 21(1): 200-6.
- 40- Maffaccioli R; Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta paul. enferm*. 2005 Dez; 18(4):439-45.
- 41- Ruiz-Moreno L; Romana MA; Batista SL; Martins MA. *Jornal Vivo*: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. *Interface*. 2005; 9(16): 195-204.
- 42- Alves VS; Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2006 Jun; 10 (19): 131-47.
- 43- Frota MA; Albuquerque CM; Linard AG. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. *Texto contexto - enferm*. 2007 Jun; 16 (2): 246-53.
- 44- Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2): 233-8.
- 45- Barbosa MARS; Teixeira NZF; Pereira WR. Consulta de enfermagem - um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. *Acta paul. enferm*. 2007 Jun; 20(2): 226-29.
- 46- Besen CB, Souza Netto M, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Sociedade* 2007 Abr; 16(1): 57-68.
- 47- Gimenez-Paschoal SR; Nascimento EM; Pereira DM; Carvalho FF. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. *Rev. paul. pediatr*. 2007 Dez; 25 (4): 331-6.
- 48- Toscani NV; Santos AJDS; Silva LLM; Tonial CT; Chazan M; Wiebbelling AMP; Mezzari A. Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. *Interface (Botucatu)*, 2007 Ago; 11(22): 281-94.

- 49- Queiroz MVO, Dantas MCQ, Ramos IC, Jorge MSB. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto contexto - enferm.* 2008Mar; 17(1): 55-63.
- 50- Andrade, RD; Melo DF; Scochi CGS; Fonseca LMM. Educational games: training of community healthcare agents on children's respiratory diseases. *Acta paul. enferm.* 2008; 21(3): 444-8.
- 51- Fujimori M; Morais TC; França EL; Toledo OR; Honorário-França AC. Percepção de estudantes do ensino fundamental quanto ao aleitamento materno e a influência da realização de palestras de educação em saúde. *J. Pediatr.* 2008 Jun; 84(3): 224-231.
- 52- Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em Saúde e a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr-Jun; 16(2): 315-9.
- 53- Boesh AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidmann IBS, Grisoti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em Saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14.
- 54- Miranda KCL; Barroso MGT; Silva LMS; Silva MRF. Reflexões sobre o aconselhamento em HIV/AIDS em uma perspectiva freireana. *Rev. bras. enferm.* 2008 Dez; 61(6):899-903.
- 55- Fonseca LMN; Scochi CGS; Rocha SMM; Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2004 Jan-Fev; 12(1): 65-75
- 56- Gonçalves LHT; Schier J. "Grupo aqui e agora" uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2005 Abr-Jun. 14(2): 271-9.
- 57- Cucolo DF; Faria JIL; Cesarino CB Avaliação emancipatória de um Programa Educativo do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. *Acta paul. enferm.* 2007 Mar, 20(1): 49-54.

- 58- Trezza MCSF; Santos, RM; Santos JM Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída na cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. *Texto contexto - enferm.* 2007; 16(2): 326-34.
- 59- Pereira QL; Silva CBDCA; Pelzer MT; Lunard VL; Siqueira HCH. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto contexto - enferm.* 2007 Jun; 16(2): 320-325.
- 60- Alencar RA; Silvia L; Silva FA; Diniz RES. Desenvolvimento de uma proposta de educação sexual para adolescentes. *Ciênc. educ.* 2008 ; 14(1):159-68.
- 61- Meyer DEE; Mello DF; Valadão MM; Ayres JRJM. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública* 2006 Jun; 22 (6):1335-42.
- 62- Carvalho VLR; Mesas AE; Andrade SM. Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos. *Espaço. saúde (Online)* 2006 Jun; 7(2):1-7.
- 63- Bova VBR; Wall ML. Educação em saúde no trânsito: uma contribuição da enfermagem. *Cogitare enferm.* 2005 Jan.-Abr; 10(1): 60-5.
- 64- Perrenoud P. Escola e cidadania: o papel da escola na formação para a democracia. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 65- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde em família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde: Coordenação de Saúde da Comunidade; 1997.

A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação	Oliveira	Rev Lat Am Enfermagem	2005	Discute sobre práticas educativas tradicionais versus dialógicas
The impact of two education methods on knowledge of schistosomiasis transmission and prevention among schoolchildren in a rural community in northern Minas Gerais, Brazil	Gazzinelli <i>et al.</i>	Mem Inst Oswaldo Cruz	2006	Discute sobre práticas educativas tradicionais versus dialógicas
Trends of knowledge production in health education in Brazil	Vila; Vila	Rev Lat Am Enfermagem	2007	Discute sobre práticas educativas tradicionais versus dialógicas
O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde	Dall'Agnol <i>et al.</i>	Rev Gaucha Enferm	2007	Discute sobre práticas educativas tradicionais versus dialógicas
O Método Mãe-Canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal	Costa; Monticelli	Rev Bras Enferm	2006	Descreve práticas educativas dialógicas
Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos	Rodrigues; Boog	Cad Saude Publica	2006	Descreve práticas educativas dialógicas
Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes	Souza <i>et al.</i>	Rev Bras Enferm	2007	Descreve práticas educativas dialógicas
Orientação em saúde por meio do teatro: relato de experiência	Nazima <i>et al.</i>	Rev Gaucha Enferm	2008	Descreve práticas educativas dialógicas
A vigilância sanitária no contexto escolar: um relato de experiência	Fontana	Rev Bras Enferm	2008	Descreve práticas educativas dialógicas
A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública	Acioli	Rev Bras Enferm	2008	Descreve práticas educativas dialógicas
Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde	Rios; Vieira	Cien Saude Colet	2007	Descreve e faz abordagem crítica as práticas educativas tradicionais
Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis	Trapé; Soares	Rev Lat Am Enfermagem	2007	Descreve e faz abordagem crítica as práticas educativas tradicionais
A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil	Pimenta <i>et al.</i>	Cad Saude Publica	2007	Descreve e faz abordagem crítica as práticas educativas tradicionais
Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará	Sales	Cien Saude Colet	2008	Descreve e faz abordagem crítica as práticas educativas tradicionais
A pratica gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão	Villas Boas <i>et al.</i>	Cien Saude Colet	2008	Descreve e faz abordagem crítica as práticas educativas tradicionais
Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde	Backes <i>et al.</i>	Rev Bras Enferm	2008	Descreve a co-existência de práticas educativas tradicionais e dialógicas
A educação em saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem	Colomé; Oliveira	Rev Gaucha Enferm	2008	Descreve a co-existência de práticas educativas tradicionais e dialógicas

Quadro 1 – Distribuição das publicações disponíveis na Medline que discutem sobre os Modelos de Educação aplicados às atividades de Educação em Saúde.

Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem	Alvim; Ferreira	Texto contexto – enferm	2007	Discute sobre práticas educativas tradicionais versus dialógicas
A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura	Boesh <i>et al.</i>	Texto contexto – enferm	2007	Discute sobre práticas educativas tradicionais versus dialógicas
Reflexões sobre o aconselhamento em HIV/AIDS em uma perspectiva freireana	Miranda <i>et al.</i>	Rev. Brás. Enferm	2008	Discute sobre práticas educativas tradicionais versus dialógicas
Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro	Fonseca <i>et al.</i>	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2004	Descreve práticas educativas dialógicas
"Grupo aqui e agora" uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem	Gonçalves; Schier	Texto contexto – enferm	2005	Descreve práticas educativas dialógicas
Avaliação emancipatória de um Programa Educativo do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar	Cucolo <i>et al.</i>	Acta paul. enferm.	2007	Descreve práticas educativas dialógicas
Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência	Trezza <i>et al.</i>	Texto contexto – enferm	2007	Descreve práticas educativas dialógicas
Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde	Pereira <i>et al.</i>	Texto contexto – enferm	2007	Descreve práticas educativas dialógicas
Desenvolvimento de uma proposta de educação sexual para adolescentes	Alencar <i>et al.</i>	Ciênc. educ. (Bauru)	2008	Descreve práticas educativas dialógicas
"Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade	Meyer <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública	2006	Descreve e faz abordagem crítica as práticas educativas tradicionais

Quadro 2 – Distribuição das publicações disponíveis na Scielo que discutem sobre os Modelos de Educação aplicados às atividades de Educação em Saúde

4.2 Artigo 02

Educação em Saúde no contexto da Saúde da Família sob a percepção do usuário.

**Health Education in the context Family Health in the perception of
the user.**

Figueiredo, Maria Fernanda Santos¹; Rodrigues-Neto, João Felício²; Leite, Maisa Tavares de Souza³

¹Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. nanda_sanfig@yahoo.com.br.

²Médico, Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. joãofelicio@yahoo.com

³Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. mtsiv@terra.com.br

João Felício Rodrigues Neto

Endereço: Av. Cula Mangabeira 1562, Santo Expedito, CEP: 39.401-002 Montes Claros – MG, Brasil. Telefones: (38) 3224-8383 / 9961-3522

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa, dialética, de caráter descritivo, exploratório, com objetivo de compreender a percepção dos usuários cadastrados em equipe de Saúde da Família (ESF) em Montes Claros – MG, sobre a Educação em Saúde e seu significado no seu cotidiano. Os sujeitos da pesquisa foram 11 usuários, com participação igual ou maior a cinco vezes nos grupos de Educação em Saúde no ano de 2007. Os dados foram obtidos por meio de entrevista não estruturada, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa - UNIMONTES, parecer número 1019/08 e analisados por meio da técnica de análise do discurso, que permitiu construção de três categorias empíricas e suas subcategorias: A prática de Educação em Saúde na ESF; A Educação em Saúde propicia uma aprendizagem significativa; A Educação em Saúde favorece mudanças na saúde do usuário da ESF. Os grupos educativos foram realizados no próprio território, em horários pré-definidos pela equipe, com pedagogias de Condicionamento, Transmissão, Problematização; os temas estavam mais relacionados a questões de doença, sendo avaliados satisfatoriamente pelos usuários. As atividades educativas favoreceram aprendizagem significativa, propiciando mudanças nos hábitos de vida, no exercício da autonomia e responsabilização pela sua saúde.

Palavras-chaves: Educação em Saúde; Aprendizagem; Saúde da Família; Saúde Coletiva; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This is a qualitative, dialectic, descriptive and exploratory research, aiming to understand the perception of users registered in a team of the Family Health Strategy (FHS) in Montes Claros - MG, about the Health Education and its meaning their daily. The subjects of the research were 11 users, with participation equal to or bigger than five times in Health Education groups in 2007. The data were collected through non-structured interview after the approval of the study by the Research Ethics Committee of UNIMONTES, accepted number 1019/08 and exploited through the technique of discourse analysis, which allowed the construction of three empirical categories and their subcategories: The practice of Health Education at the FHS; The Health Education provides a meaningful learning; The Health Education favors changes in the health of the user of the FHS. The educative groups were performed in the own territory, at time pre-determined by the team and pedagogies Conditioning, Transmission and problematization, the issues were more related to disease subject, and evaluated satisfactorily by users. The educational activities favored significant learning, leading to changes in their lifestyle, the exercise of autonomy and accountability for their health.

Keywords: Health Education; Learning; Health Family; Public Health; Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A educação estimula o indivíduo a refletir, desenvolver a consciência crítica e criar, possibilitando transformar a realidade e escrever a sua própria história¹.

Educação e Saúde são práticas sociais que sempre estiveram articuladas². A educação é uma importante ferramenta para melhorar a saúde dos indivíduos³ e de uma comunidade⁴, o que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que tem estimulado a participação ativa da comunidade em atividades educativas na área da saúde. Essas atividades, denominadas de Educação em Saúde, têm a finalidade de promover a saúde e atuar na prevenção de doenças⁵.

Para sua realização em forma de grupos educativos, deve-se considerar o público alvo, o espaço físico, os recursos utilizados e as temáticas propostas⁴. No entanto, esses aspectos não são suficientes para transformar o cotidiano do usuário, já que a pedagogia utilizada tem papel fundamental. Informes Técnicos do Ministério da Saúde coloca a Educação em Saúde para uma aprendizagem que transforme a prática do indivíduo, estimule o desenvolvimento do senso de responsabilidade por sua saúde e da comunidade, além da capacidade de tomar suas próprias decisões, de modo a favorecer mudanças nas suas condições de saúde⁶.

Muitas vezes, a educação não tem conseguido transformar a realidade devido à pedagogia utilizada ser a de transmissão, denominada por Freire de Educação Bancária. O próprio Freire afirmou que a pedagogia capaz de fazê-la é a problematizadora⁷.

Para Alves⁸, a Saúde da Família constitui um espaço privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A Saúde da Família é a estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, e está em expansão em todo o território nacional. Uma de suas atribuições é a prática de Educação em Saúde, que deve ser realizada pelos membros da equipe: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)⁹.

No Brasil, tem sido avaliado pouco o papel da Educação em Saúde, bem como as metodologias utilizadas e a percepção dos usuários na comunidade sobre as repercussões das atividades educativas na sua saúde¹⁰. O objetivo desse trabalho é compreender a percepção dos usuários cadastrados em uma equipe de Saúde da Família (ESF), na cidade de Montes Claros, Norte de Minas Gerais, sobre a Educação em Saúde e o seu significado no seu cotidiano.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e dialética, de caráter descritivo e exploratório. O estudo foi realizado em uma ESF na cidade de Montes Claros - Minas Gerais, cujo território de abrangência é composto por seis microáreas, com um total de aproximadamente 720 famílias.

O número de sujeitos integrados a essa amostra foi considerado suficiente, quando os dados da pesquisa refletiram a totalidade das múltiplas dimensões do objeto desse estudo e se tornaram repetitivos¹¹.

Os critérios de inclusão foram: usuários cadastrados em uma ESF, com idade a partir de 18 anos e participação igual ou maior a cinco vezes em qualquer um dos grupos educativos: grupo de saúde mental, grupo de hipertensos, grupo de portadores de diabetes, grupo de obesidade, grupo de gestantes e grupo de planejamento familiar no ano de 2007. O critério de exclusão foi não aceitação em participar da pesquisa.

Para a coleta de dados, foi realizada por um dos autores, no domicílio dos usuários, após a leitura dos objetivos da pesquisa e obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista não estruturada, com as seguintes questões norteadoras: “Para você, como foi participar de um grupo de Educação em Saúde e como os mesmos aconteceram?”; “O que mudou após a sua participação no grupo de Educação em Saúde?”; “Como se sente em relação a essas atividades?”.

As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas, permitindo, assim, contar integralmente com as informações fornecidas pelos entrevistados, possibilitando a fidedignidade dos dados.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise do discurso, seguindo a corrente de pensamento de Michel Pêcheus¹². Inicialmente foram construídas as primeiras categorias, após a exaustiva leitura e releitura do material. As categorias iniciais foram agrupadas em categorias mais abrangentes, após o aprofundamento da leitura e considerando a produção social do texto, verificaram-se os sentidos relacionados ao discurso e seus efeitos, indo além do texto, observando nas suas entrelinhas os processos de significação, as convergências e divergências e interpretando o interdiscurso e o intradiscurso.

As categorias empíricas foram confrontadas com as categorias analíticas, buscando as relações dialéticas entre ambas, com isso essas categorias foram subdivididas em componentes menores, as subcategorias.

Essa pesquisa está em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinque, tendo sido submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, parecer número 1019/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Somente os grupos de hipertensos e portadores de diabetes apresentaram usuários com cinco ou mais participações nos grupos de Educação em Saúde no ano de 2007. Foram entrevistados 11 usuários. Sete eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino; seis eram casados, três, separados e dois, viúvos; dois eram analfabetos, oito tinham até quatro anos de estudo e um tinha mais do que oito anos de estudo. A idade variou entre 45 e 75 anos. Seis usuários eram dos grupos educativos para portadores de diabetes e cinco dos grupos educativos para hipertensos.

Foram construídas três categorias empíricas e cinco subcategorias.

1 A prática de Educação em Saúde na ESF

Nessa categoria, a Educação em Saúde foi considerada como a forma de realização dessa atividade no cotidiano da ESF, considerando o espaço físico e recursos utilizados, as pedagogias adotadas, bem como os temas discutidos.

1.1 Espaço Físico e Recursos utilizados

Os grupos educativos aconteciam na própria unidade de saúde, em uma sala de reuniões, mas, em algumas vezes quando o grupo era maior, eram realizados em outros locais:

“as pessoas iam chegando e sentavam e ficava esperando o médico chegar, as meninas (ACS) organizavam a sala (de reuniões) [...]” (E8).

“Tinha vez que aquele salão (da igreja católica) não cabia o povo entendeu? Tinha que mudar para outro canto, esparramar o povo ali” (E7).

Os profissionais de saúde responsáveis pela condução da prática educativa eram o médico e o enfermeiro, com auxílio dos ACS.

“A enfermeira e o médico (que conduziam os grupos de Educação em Saúde), quando o médico não estava, a enfermeira e a outra ajudante (ACS) (que conduziam)” (E3).

Tais atividades aconteciam uma vez por mês e eram realizados em dias e horários não fixos:

“Os grupos são muito bons, eu sei que (aconteciam) uma vez por mês [...]” (E1).

“[...] o horário não era definido, às vezes era duas horas da tarde, outras vezes era oito da manhã [...]” (E3).

A falta de padronização de horário pode ser devido às atribuições dos profissionais de saúde, de modo que os mesmos realizavam os grupos de Educação em Saúde em horários mais apropriados para eles. Contudo, não estão atendendo às necessidades dos usuários, com

os seus fatores facilitadores ou dificultadores para a participação, o que pode dificultar a sua adesão.

Depois de agendado o dia em que aconteceria o grupo educativo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram responsáveis por convidar os usuários para participarem do mesmo:

“As agentes (comunitárias de saúde) vinham em casa, avisava que ia ter o grupo, aí a gente ia sempre [...]” (E6).

O ACS desempenha importante papel de elo entre o serviço de saúde e a comunidade. No entanto, apenas o seu convite de forma oral pode ser insuficiente, já que o usuário pode esquecer e confundir-se. Diante disso, convites impressos podem ser elaborados, com uma linguagem simples, clara e objetiva, devido ao menor nível de escolaridade dos usuários, contendo o dia, horário, local e importância da atividade de Educação em Saúde.

Os participantes aguardavam passivamente a chegada do profissional para iniciar as atividades, o que caracteriza ainda uma relação de dominação entre educando e educador⁷, sendo que historicamente o usuário tem exercido o papel de paciente no serviço de saúde, que é organizado a partir das necessidades dos profissionais de saúde e não dos usuários.

“A gente chegava, sentava, esperava o horário deles (dos profissionais de saúde) [...]” (E2).

Contrapondo a isso, verificou-se neste estudo, o uso de recursos como jogos e brincadeiras que permitiam maior interação entre eles, diminuindo a assimetria dessa relação.

[...] era divertido, tinha gincana, tinha esclarecimentos, tinha brincadeiras, era bom (E3).

Tais recursos são considerados importantes veículos de comunicação e instrumentos eficientes de ensino e aprendizagem, além de propiciarem satisfação emocional imediata aos participantes¹³.

Os usuários realizaram considerações em relação ao local e ao horário das atividades e também aos profissionais que conduziam os grupos educativos, como podem ser observados a seguir:

“[...] mas seria bom que tivesse aqui também (no próprio bairro) para ficar mais perto [...]” (E3).

“ [...] dependendo da hora da reunião, muita gente não dava para ir. Talvez nesse horário (pela manhã) muita gente trabalha [...] eu acho que eles se sentiam prejudicados” (E9).

“Acho que é melhor ter [...] (outros) profissionais, para que cada um que tenha uma experiência nova poder passar [...]” (E9).

Em relação à estrutura e à logística da Educação em Saúde, observou-se que está colocada de acordo com as condições dos profissionais. No entanto, a atividade educativa também deve considerar a realidade e o cotidiano dos participantes⁴. Pois, não há um compromisso autêntico com a comunidade, se o profissional considera a realidade como algo estático, não enxergando como uma totalidade, em permanente interação¹.

Quanto à questão dos profissionais, a ESF tem como profissionais que a compõem obrigatoriamente o médico e o enfermeiro e os profissionais de nível de médio, sendo que o cirurgião-dentista está presente em algumas equipes⁹. Entretanto, os usuários referem à necessidade de outros profissionais, não ficando claro se são profissionais como fisioterapeutas, farmacêuticos ou psicólogos, dentre outros. Caso seja, fica o questionamento se os médicos e os enfermeiros não têm tido uma formação multidisciplinar capaz de atender as necessidades da população na atenção primária, ou se realmente, são necessárias outras categorias profissionais, muitas delas já reivindicando espaço na ESF.

1.2 Pedagogias utilizadas

Pôde-se observar que os grupos educativos não tinham uma forma pedagógica escolhida, sendo realizado conforme a experiência do profissional, que foi formado em sua maioria na educação de transmissão, já recebendo a influência da pedagogia problematizadora^{10,14}. Percebe-se que os profissionais ora usavam a Pedagogia de Condicionamento, ora a de Transmissão e ora a Problematizadora, mesmo que a sua intencionalidade seja essa última em sua maioria.

O estudo realizado com graduandos em enfermagem sobre as atividades de Educação em Saúde verificou que os graduandos mesclavam as concepções tradicionais, baseadas na transmissão de conhecimentos, e dialógicas, entretanto predomina-se a concepção tradicional¹⁵.

A Pedagogia de Condicionamento foi observada nesse estudo, não que praticada de forma explícita pelos profissionais, mas por ações destes, como ditar regras a serem seguidas em situações específicas, associadas à cultura do usuário de participar em alguma atividade para se obter recompensas, o que está em sintonia com afirmado por Bordenave e Pereira¹⁵.

*“[...] basta a gente seguir as regras do médico certinho, dá para controlar”
(E8).*

*“[...] tem muitas pessoas com (problema de saúde) [...], então é difícil para gente está marcando consulta todo dia [...], então quando tinha a reunião era mais fácil, porque ali a gente estava renovando receita, o médico estava sabendo o que estava acontecendo com a gente, eu sou a favor da reunião”
(E8).*

“[...] fazia o teste do dedo (teste de glicemia capilar), ia medir a pressão (arterial) (para verificar) se estava boa [...] o grupo é bom assim por conta dessas coisas” (E 10).

Mesmo que a motivação seja para o ganho de consultas, que historicamente tem sido demandada pela população, fruto da opressão que domesticou as pessoas, de modo a valorizar o assistencialismo¹⁴, há de se esperar que a Educação em Saúde seja capaz de diminuir o número consultas, exames e medicamentos.

A pedagogia de transmissão talvez tenha sido utilizada como uma estratégia para alcançar um maior número de pessoas; com temas específicos, objetivos; com menores custos e facilitando a organização do trabalho da equipe e pelo o fato de os profissionais não dominarem outra forma¹⁷.

“Os médicos davam palestras sobre a saúde, (falando) o que a gente deveria fazer para evitar (o aumento da) pressão (arterial) [...]” (E3).

“Ele (educador) me deu uma lista e falou assim: você não pode tomar café, nem tomar coca (refrigerante), nem comer pimenta, nem tomate, massa de tomate e ele foi tirando um monte de coisa [...]” (E2).

“Eles falam para a gente fazer do jeito que eles mandam fazer” (E1).

A Pedagogia de Transmissão também pôde ser observada no estudo realizado por Wendhausen; Saupe¹⁴, que, apesar de os profissionais desejarem práticas educativas participativas, o modelo educativo tradicional parecia ser ainda muito forte, mencionando a palestra educativa como atividade símbolo da Educação em Saúde e a participação da população estava limitada ao ato de tirar dúvidas.

Observou-se também em estudo realizado com trabalhadores da ESF que, apesar de reconhecerem a Educação em Saúde como importante estratégia para promover a descoberta de uma consciência crítica, ainda concebem a prática educativa como uma maneira de passar orientações para a comunidade e não como uma interativa troca de saberes. Justificam sua conduta autoritária na relação com o usuário, acreditando que as regras e as normas que impõem são para o bem do indivíduo¹⁸.

Resultados semelhantes aos dos estudos supracitados foram observados em um trabalho realizado em uma Unidade Básica de Saúde, no Ceará, quanto às ações de Educação em Saúde para o controle da dengue¹⁹.

Ganhos proporcionados pela pedagogia de transmissão foram verificados no estudo realizado com estudantes do ensino fundamental sob sua percepção em relação ao aleitamento materno e à influência de palestra educativa sobre seus conhecimentos, que indicou que a palestra pode ser útil ao aumento do conhecimento dos estudantes, assim como à sua mudança de conduta frente à amamentação²⁰.

No entanto, estudos têm demonstrado a necessidade de se utilizar a pedagogia problematizadora, mesmo que ainda se prevaleça a pedagogia da transmissão, como visto nos estudos sobre a prática gerencial do enfermeiro no PSF, quanto a sua ação pedagógica educativa, em que observou que está voltada para a pedagogia de transmissão, mas que aponta a importância da prática educativa problematizadora²¹, como também, no estudo sobre as ações educativas realizadas no pré-natal, que são feitas de forma tradicional, mas se enfatizando a importância de se utilizar o modelo dialógico²².

A Pedagogia Problematizadora foi utilizada nos grupos pelos profissionais de saúde por acreditarem que seria a melhor forma de envolver os usuários, estimulando-os a falar sobre os seus problemas de saúde, contextualizando suas experiências, esclarecendo dúvidas, contribuindo para a construção do seu próprio conhecimento, não restringido às questões da doença.

“ [...] porque às vezes a gente não vai saber chegar e falar, (o educador) perguntando a pessoa está mais disposta a falar, está mais disponível para falar [...]” (E2).

“ [...] lá (nos grupos de educação em saúde) a gente aprendia muito, era tipo um debate, todo mundo se abria [...] cada um que tinha uma experiência passava para o grupo [...] cada um que tinha algo novo, aí falava” (E9).

“[...] quem quisesse falar, quem quisesse perguntar alguma coisa podia perguntar, quem não entendeu poderia pedir um esclarecimento e eles (educadores) ajudavam a gente, dependia da gente” [...] (E3).

“[...] talvez a gente até estivesse com o problema que a pessoa estava perguntando por ele e a gente ia aprendendo [...] a experiência (do outro participante) assim é muito bom para a gente” (E10).

A habilidade de estimular a fala dos usuários é um ideal a ser buscado pelo profissional de saúde, como lembra Habermas²³, pois a expressão natural dos participantes poderá estar limitada, sendo necessária a mobilização dos saberes adquiridos e à assimilação de outros saberes¹⁷.

Durante o processo educativo, o educando deve ser o agente da aprendizagem e os educadores poderão ajudá-lo na construção dos conhecimentos¹⁷.

O usuário se reconhece como sujeito da própria educação, considerando o educador como um facilitador do processo educativo, o que é muito importante, para o entendimento do seu papel na transformação da realidade. Não se trata de aprender tudo sozinho, mas de desenvolver competências para enfrentar situações complexas¹⁷.

Este estudo permitiu observar que mesmo com as vantagens e desvantagens de um modelo pedagógico sobre o outro, não houve um predomínio de um sobre o outro, pois as ações educativas tanto dos profissionais como dos usuários estão em construção, incorporando inovações, sem, no entanto, se desvincular totalmente do modelo hegemônico. Contudo, percebe-se com a pedagogia problematizadora uma satisfação maior do usuário:

“(O grupo de Educação em Saúde) é bom, porque aí já conversa [...], fica mais alegre, vai tirando aquelas dúvidas [...] a gente vai distraíndo [...] me sinto bem [...]” (E1).

“Para mim (o grupo de educação em saúde) era bom, se pudesse ficar o dia todo (nele) [...]” (E9).

A combinação dessas diferentes formas pedagógicas durante a prática educativa também foi observada em outros estudos^{14,18}.

Gadotti²⁴ destaca que tais formas pedagógicas não existem em estado puro, porque não existe uma sociedade abstrata que seria ou totalmente conservadora ou totalmente libertadora, já que a sociedade não é uma entidade acabada, mas em contínua transformação.

1.3 Os temas discutidos

Observou-se que os temas discutidos nos grupos de Educação em Saúde estavam relacionados aos fatores de risco; ao tratamento e às complicações das doenças:

“[...] a orientação (era) para não comer massas, doces, frituras, nada de conserva; fazer caminhada; usar o remédio direitinho. Aí eu achei bom, porque também eles (profissionais de saúde) ensinaram a posição da gente (aplicar) a insulina. Eu lembro que eu estava tomando errado, daí lá eles orientaram direitinho, eu aprendi com eles [...]” (E8).

“[...] se eu não cuida da minha saúde o que pode acontecer comigo é um infarto, é um derrame (acidente vascular cerebral), que pode me jogar em cima de uma cama [...]” (E2).

No entanto, os usuários também relataram discussões de temas relacionados à Saúde:

“Os médicos davam palestras sobre a saúde, o que a gente deveria fazer para evitar o problema de pressão (hipertensão arterial)[...]” (E3).

“[...] Ele (o profissional de saúde) falou também que quando se está estressada também aumenta (a pressão arterial) [...] quanto mais tranqüila ficar, mais a pressão (arterial) também fica melhor, apesar de [...] não ter muito jeito, com os problemas da vida, a gente não ficar nervosa, isso aí é uma coisa difícil da gente conseguir” (E2).

Mesmo que em alguns momentos tenha se buscado discutir questões do processo saúde-doença, os próprios profissionais organizam os grupos por doença e isso tem levado os usuários a não terem clareza da concepção de saúde e de doença.

Torna-se importante a superação da concepção de saúde como ausência de doenças e do predomínio de aspectos médicos e biológicos, durante as práticas educativas. O processo saúde-doença deve ser entendido como fenômeno complexo, que deve ser interpretado, a partir de referenciais múltiplos, considerando questões físicas e mentais, ambientais, sociais, econômicas e culturais, transpondo os limites da ação sanitária, a fim de alcançar uma ação social transformadora, comprometida com a promoção da saúde e o bem-estar geral²⁵.

Os usuários relataram o fato de não terem oportunidade de participar na escolha das temáticas a serem discutidas nas atividades educativas:

“Não (podia escolher os temas dos grupos), eles (profissionais de saúde) já vinham com aquilo certo que ia falar, por exemplo: um dia falava de alimentação, outro dia de esporte, outro dia de outra coisa lá que estava dentro daquele problema que a gente tem” (E3).

Apesar de os grupos educativos serem por temas, definidos a priori pelos profissionais de saúde, seguindo a recomendação do Ministério da Saúde⁹, são abordadas questões de interesse dos usuários, por meio da pedagogia problematizadora. Os temas funcionavam como questões norteadoras, como primeiro passo para as discussões. Embora não tivesse definido o desenvolvimento das discussões nos grupos educativos, percebe-se que estava alcançando os

resultados esperados como redução de peso, controle de níveis glicêmicos e da pressão arterial, dentre outros:

“[...] melhorou (a saúde) porque eu perdi peso [...] mudei a alimentação [...] a diabetes ficou controlada” (E9).

“[...] minha pressão controlou em vista do que era, minha pressão controlou bastante [...]” (E6).

É na realidade que educadores e comunidade irão buscar o conteúdo programático da educação, investigando o universo temático dos participantes ou conjunto de seus temas geradores. O momento deste buscar é o que inaugura o diálogo da educação como prática da liberdade⁷.

2 A Educação em Saúde propicia a aprendizagem significativa

A educação, mesmo que utilize a pedagogia de condicionamento e transmissão, acaba por propiciar aprendizagem. A aprendizagem constitui um processo qualitativo pelo qual o indivíduo se torna mais preparado para novas aprendizagens. Não se trata de um aumento quantitativo de conhecimentos, mas de uma transformação intelectual do indivíduo¹⁶. Quando a pedagogia utilizada é a problematizadora, a aprendizagem passa a ter um significado para a sua prática, de modo a transformá-la.

A aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade é importante para o educando. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma das suas indagações e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já era sabido anteriormente, contribuindo para transformar as suas práticas²⁶. A Educação em Saúde realizada na ESF levou à aprendizagem significativa:

“[...] a gente aprendeu muita coisa com ele (educador) como usar os medicamentos [...] alimentação adequada da gente [...]. Conscientizei e aprendi o que eu sigo [...]. Quando a gente aprende, a gente pratica, só não

pratica mesmo quem não quer, porque aprendeu, sabe que aquilo ali que é o bom para gente [...]” (E2).

“(Os outros participantes do grupo de educação em saúde aprendem) porque vêem o exemplo da gente, vê o meu exemplo, viu o exemplo do outro, que (a pressão arterial) era tanto depois foi para tanto, quer dizer teve resultado [...] quando é uma coisa que a gente faz e não ver resultado a pessoa desanima, mas a pessoa vendo resultado aí anima” (E2).

“ [...] os daqui de casa fazem as mesmas coisas que eu faço [...]. Eles não foram (nos grupos de educação em saúde) mais eles sabem, porque eu falei (o que aprendi nos grupos educativos) [...]” (E1).

Para Pichón-Rivière²⁷, o sujeito ao se transformar, modifica o meio e, ao modificar o meio, modifica-se a si mesmo, transformando-se em um agente de mudança social.

A educação realizada pelos pares pode ser mais eficaz em termos de custos do que outros métodos. Os pares são fontes de informação acreditável, porque as pessoas identificam com os seus pares e são mais aceitáveis. Os pares podem reforçar aprendizagem através de contato permanente²⁸.

A educação realizada pelos pares reflete a importância do saber popular, da contextualização da realidade, da história e das vivências dos usuários.

3 A Educação em Saúde favorece mudanças na saúde do usuário da ESF

A Educação em Saúde deve propiciar mudanças no cotidiano do usuário, em relação à procura pelo serviço, à adesão ao tratamento ou ao cuidado com a sua própria saúde, independente da pedagogia utilizada²⁴, como se percebeu nesse estudo.

A realidade não pode por si só ser transformada, uma vez que são os homens que a criam e dessa forma são os mesmos que podem prosseguir transformando-a¹. A pedagogia

problematizadora favorece transformações da realidade de saúde do usuário e da comunidade⁴.

Nessa categoria, pôde-se observar as mudanças de hábitos de vida e o exercício da autonomia e a responsabilização do usuário pelo cuidado com a saúde.

3.1 Mudança de hábitos de vida

As atividades educativas em saúde proporcionaram mudanças nos hábitos de vida dos usuários, como visto nos discursos abaixo:

“Mudou muita coisa para melhor, porque, igual eu te falei, no início eu aprendi alimentar, eu reaprendi e com as caminhadas eu melhorei minha pressão (arterial). [...] Depois que eu passei (a praticar) essas atividades [...] eu melhorei muito” (E3).

“[...] eu sempre vivia assim com a glicose alta, eu não sabia o que eu podia comer, o que eu não podia comer [...] depois que eles explicaram, hoje (o diabetes) é sempre controlado [...]” (E4).

“Depois que eu passei a participar desse grupo, eu comecei a fazer caminhada, eu melhorei meu triglicérides, [...] pressão (arterial) controlou, eu fiquei mais magra [...] a gente vai aprendendo com o tempo [...]” (E3).

Resultados semelhantes foram observados no estudo realizado com um grupo de adolescentes que participavam de um programa educativo sobre sexualidade e DST em uma ESF, no qual, verificou que à medida que as adolescentes participavam dos grupos educativos, percebiam a importância da transformação da realidade, como também da mudança do comportamento para hábitos saudáveis e atitudes positivas²⁹ e, no estudo realizado com um grupo de adolescentes obesos, foram percebidas mudanças de hábitos alimentares, por meio das atividades educativas³⁰. No entanto, as práticas educativas, nos

estudos acima, estavam pautadas exclusivamente na pedagogia problematizadora, diferentemente do verificado nesse trabalho.

Já o estudo realizado por Wendhausen; Saupe¹⁴, com profissionais da ESF em Santa Catarina apontou que, para esses profissionais, a mudança de comportamento, por meio da Educação em Saúde está relacionada ao ato de transmitir conhecimentos, orientações e informações para modificar comportamentos que consideram como errados, ditando suas verdades científicas.

O educando deve ser um agente de mudança e a realidade, seu objeto. Quando o educando se assume como agente da mudança, atribui a si a exclusividade da ação transformadora¹, o que foi observado nesse estudo. No entanto, tais mudanças estão mais centradas nas doenças, talvez pelo fato de as atividades educativas não privilegiarem tanto as discussões sobre a prevenção de doenças e a promoção de saúde, o que para Melo *et al.*³¹ é uma necessidade.

A aprendizagem ocorrida na realidade resulta na aquisição de uma confiança maior na própria capacidade de aprender e de realizar atividades que satisfaçam suas necessidades¹⁶. Desse modo, o usuário sai de uma posição de passividade, deixando de ser dependente das ações dos profissionais de saúde e não mais acreditando que é somente por seu intermédio que poderá obter saúde.

3.2 O exercício da autonomia e responsabilização pelo cuidado com a saúde

A atividade educativa estimulou o usuário ao exercício da autonomia e à responsabilização pelo cuidado com a saúde:

“Hoje eu cuido (da minha saúde), tem hora que a gente passa dos limites, mas a gente volta atrás, não pode [...]. Os médicos, os enfermeiros e os agentes (ACS) preocupam com a saúde da gente, mais a gente tem que preocupar mais ainda [...].” (E9).

“Sinto que antes eu ia direto (ao serviço de saúde), muitas vezes porque a pressão (arterial) estava alta, (mas) [...] do ano passado para cá nunca mais eu fui ao médico [...]” (E2).

“Eu cuido, (tenho) mais vontade de cuidar (da saúde) [...] se eu não cuido da minha saúde o que pode acontecer comigo é um infarto, é um derrame (acidente vascular cerebral), que pode me jogar em cima de uma cama [...]. Tenho consciência mais disso do que antes [...] depois que (tive) consciência, a minha vida hoje melhorou [...]” (E2).

A prática reflexiva contribui para que os indivíduos se tornem cada vez mais independentes dos limites que as organizações ou campos sociais fixam para sua autonomia¹⁷.

Os educandos anteriormente poderiam considerar o serviço de saúde como o responsável pela sua saúde e o seu dever poderia ser apenas de procurá-lo, quando percebesse alguma alteração. Após a participação nos grupos educativos, conscientizaram da sua responsabilidade no auto-cuidado, reconhecendo que é uma tarefa difícil, mas que depende deles e o serviço e o profissional de saúde poderão auxiliá-los, o que os torna cada vez mais independentes e seguros para o exercício do cuidado com a saúde.

Tal fato contraria ao encontrado no estudo realizado por Penna; Pinho³², em que os grupos educativos não estimulavam o usuário a se responsabilizar por sua saúde e o seu auto-cuidado, deixando-o cada vez mais dependente do profissional de saúde.

Talvez, a diferença entre este estudo e o supra-citado é que neste estudo foi utilizada a prática problematizadora, mesmo que tenham sido utilizadas as outras formas pedagógicas.

Já em um estudo realizado com um grupo de adolescentes sobre educação sexual, na ESF, em que foi utilizada apenas a pedagogia problematizadora, verificou-se a reflexão sobre a sua autonomia na vivência de uma sexualidade saudável³³.

A Educação em Saúde é um processo, o que pode ser visto neste trabalho em que os usuários valorizam as consultas médicas e que deixam de ser procuradas a todo instante, quando assumem maior autonomia sobre sua própria saúde.

O usuário, ao ampliar os seus conhecimentos sobre o processo saúde-doença, sente-se mais capacitado para cuidar da sua saúde, já que se conscientizou dos riscos, dos cuidados necessários, das complicações e também da sua responsabilidade, o que pode estimulá-lo a buscar a promoção de sua saúde e não exclusivamente a cura de sua doença.

Verificou-se que os profissionais de saúde, apesar de tentarem promover discussões dialógicas, há orientações prescritivas para o cuidado com a saúde, com o intuito de se obter logo mudanças. Isso pode ser devido à cultura dos serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários de alcançarem resultados imediatos, não considerando o tempo de cada um¹⁴ e a duração da resolução dos seus problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo, os grupos educativos em uma ESF em Montes Claros foram realizados em sua maioria, no próprio território, em horários pré-definidos pela equipe, com pedagogias de Condicionamento, Transmissão e Problematização, os temas discutidos estavam mais relacionados a questões de doença e menos de saúde, sendo avaliados satisfatoriamente pelos usuários. As atividades educativas favoreceram a sua aprendizagem significativa, levando a mudanças nos seus hábitos de vida, no exercício da autonomia e responsabilização pelo cuidado com a sua saúde, além de se tornarem disseminadores dos conhecimentos construídos.

Ressalta-se que as formas pedagógicas utilizadas durante as práticas educativas não são excludentes e devem ser aplicadas conforme o contexto a ser trabalhado, todavia a atitude do profissional de saúde deverá ser dialógica.

Sugere-se que a Educação em Saúde seja utilizada de forma sistemática, valorizada pelos gestores e profissionais, buscando maior inserção dos usuários com ações facilitadoras que considerem a realidade local e suas necessidades, como flexibilização dos horários; valorização da pedagogia problematizadora; discussões de temáticas sugeridas a priori pelos usuários e relacionadas também à promoção de saúde e prevenção de doenças. Torna-se importante que os profissionais de saúde participem de programas de Educação Permanente, para que estejam capacitados para sua realização.

Espera-se que este trabalho contribua para a reflexão dos profissionais de saúde e gestores, sobre potencial de transformação da prática educativa, de modo que entendam os grupos de Educação em Saúde, não como uma atividade a mais a ser realizada, mas como alicerce que reorienta a atenção à saúde. Nessa perspectiva, possam mudar a sua abordagem durante os grupos educativos, tornando-se um facilitador no processo ensino-aprendizagem.

Este estudo teve como limitação o fato de só terem participantes portadores de determinada doença, hipertensão ou diabetes, haja vista que os grupos educativos eram estruturados por doença e aqueles que assim não eram tinham participação pequena e não regular da população, que poderiam entender as atividades de Educação em Saúde como aulas e não como uma atividade com potencial transformador da saúde. Torna-se importante que as práticas educativas em saúde sejam realizadas para a população geral.

Figueiredo, Maria Fernanda Santos trabalhou na concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo.

Rodrigues-Neto, João Felício e Leite, Maisa Tavares Souza trabalharam na concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e a sua revisão crítica.

REFERÊNCIAS

- 1- Freire P. Educação e mudanças. 30^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
- 2- Melo JC. Educação sanitária: uma visão crítica. In: Cadernos do CEDES- 4 - Educação e Saúde. 3^a reimpressão. São Paulo: Cortez Editora; 1987. p. 28-43.
- 3- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005 Out-Dez; 10(4): 975-86.
- 4- Santos AS. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária á saúde. *Online braz j nurs.* [periódico na Internet] 2006 [acessado em 2007 set 26]; 5(2). Disponível em: [http:// www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/435/102](http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/435/102)
- 5- World Health Organization 1978. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma –Ata. Health for all Series, (1).
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Brasília: Ministério da saúde, 2007.
- 7- Freire P. Pedagogia do oprimido. 46^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- 8- Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2005 Set-Fev; 9(16):39-52.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde em família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde: Coordenação de Saúde da Comunidade; 1997.
- 10- Carvalho VLS, Clementino VQ, Pinho LMO. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Rev Bras Enferm.* 2008 Mar-Abr; 61(2): 243-8.
- 11- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 12 -Pêcheux M. O Discurso: estrutura ou acontecimento. 3^aed. Campinas: Pontes; 2002.

- 13- Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad. Saúde Pública* 2003 Jul-Ago;19(4):1039-1047.
- 14- Wendhausen Á; Saupe R. Concepções de Educação em Saúde e a estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2003 Jan-Mar; 12(1): 17-25.
- 15- Colome JS; Oliveira DL. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem. *Rev Gaucha Enferm.* 2008 Set; 29(3):347-53.
- 16- Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias ensino-aprendizagem. 28^a ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
- 17- Perrenoud P. Escola e cidadania: o papel da escola na formação para a democracia. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 18- Campos L; Wendhausen Á. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr-Jun; 16 (2): 271-9.
- 19- Sales FM. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará. *Cien Saude Colet* 2008 Jan-Feb;13(1):175-84.
- 20- Fujimori M, Moraes TC, França EL, Toledo OR, Honório-França AC. Percepção de estudantes do ensino fundamental quanto ao aleitamento materno e a influência da realização de palestras de educação em saúde. *J. Pediatr.* 2008 Jun; 84 (3): 224-231.
- 21- Villas Boas LM; Araujo MB; Timoteo RP. A pratica gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Cien Saude Colet* 2008 Jul-Ago;13(4):1355-60.
- 22- Rios CT; Vieira NF. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cien Saude Colet.* 2007 Mar-Abr; 12(2): 477-86.

- 23- Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
- 24- Gadotti M. Pedagogia da Práxis. 4ª ed. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire; 2004.
- 25- Schall VT. Educação em Saúde no contexto brasileiro – influências sócio-históricas e tendências atuais. Educação em foco 2005 Dez-Mar; 1(1): 41-48.
- 26- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- 27- Pichón-Rivière E. O Processo Grupal. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- 28- Turner G, Shepherd J. A method in search of a theory: peer education and health promotion. Health Education Research. 1999 April; 14(2): 235-247.
- 29- Souza MM; Brunini S; Almeida NAM; Munari DB. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. Rev. Bras. Enferm. 2007 Jan-Fev; 60(16): 102-5.
- 30- Rodrigues EM; Boog MC. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. Cad Saude Publica 2006 Mai; 22(5): 923-31.
- 31- Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa de Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. Rev Bras Enferm. 2005 Mai-Jun; 58(3): 290-5.
- 32- Penna CMM; Pinho LMO. A contramão dos programas de Educação em saúde: Estratégias de Diabéticos. Rev. Bras. Enferm. 2002 Jan-Fev; 55(1): 7-12.
- 33- Alencar RA, Silva L, Silva FA, Diniz RES. Desenvolvimento de uma proposta de educação sexual para adolescentes. Ciênc. educ., 2008, 14(1): 159-168.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão deste trabalho sinaliza que a Educação em Saúde realizada por meio de grupos educativos no contexto da Saúde da Família tem sido avaliada positivamente pelo usuário, apesar dos fatores dificultadores elencados.

Observou-se tanto na literatura como na realidade estudada um movimento de transformação das práticas educativas em saúde, com aplicação de metodologias ativas, sendo muitas estruturadas nos moldes da Educação Permanente, mas constatou-se também que os grupos educativos em muitos momentos se reportavam ao modelo tradicional de educação e ao modelo biologicista e curativista de saúde.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde, enquanto educadores, estejam em constante reflexão sobre a sua prática educativa, para que as mesmas não sirvam para mediatizar a dominação exercida pelo serviço de saúde, mas para a melhoria do cuidado para com a saúde.

Para tanto, torna-se importante que as práticas educativas considerem a realidade local e as necessidades dos usuários, que haja a flexibilização dos horários; a valorização da pedagogia problematizadora e discussões de temáticas sugeridas a priori pelos usuários e relacionadas também à promoção de saúde e prevenção de doenças.

A partir do potencial de transformação da prática educativa apontado neste estudo, acredita-se que é possível prosseguir rumo a uma relação educativa transformadora. Para tanto, faz-se importante que os profissionais de saúde e gestores entendam os grupos de Educação em Saúde, não como uma atividade a mais a ser realizada, mas como o alicerce que reorienta toda a atenção à saúde. Torna-se fundamental que os sistemas educacionais acompanhem a atual transformação das práticas educativas, proporcionando uma formação profissional capacitada para a realização destas atividades. Ademais, as atividades de Educação Permanente devem estar disponíveis a esses profissionais, para que se tornem cada vez mais preparados para realização das práticas educativas.

Este estudo teve como limitação o fato de só terem participantes portadores de determinada doença, hipertensão ou diabetes, haja vista que os grupos educativos eram estruturados por doença e aqueles que assim não eram tinham participação pequena e não regular da

população, que poderiam entender as atividades de Educação em Saúde como aulas e não como uma atividade com potencial transformador da saúde. Torna-se importante que as práticas educativas em saúde sejam realizadas para a população geral.

Apesar da realização constante de atividades de Educação em Saúde, na Atenção Primária à Saúde, são poucos os estudos que abordam sobre a sua realização. Sugere-se a realização posterior de estudos que compreendam a atual visão do profissional de saúde e dos gestores, quanto à efetividade das atividades de Educação em Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 6ª ed. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: MEC: UNESCO, 2001.
- 2- Freire P. Educação e mudanças. 30ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
- 3- Gadotti M. Pedagogia da Práxis. 4ª ed. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire; 2004.
- 4- Freire P. Pedagogia do oprimido. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- 5-Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias ensino-aprendizagem. 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
- 6- Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
- 7- Perrenoud P. Escola e cidadania: o papel da escola na formação para a democracia. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 8- Queiroz MVO, Dantas MCQ, Ramos IC, Jorge MSB. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. Texto Contexto Enferm. 2008 Jan-Mar; 17(1): 55-63.
- 9- Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev Bras Enferm. 2008 Jan-Fev; 61(1): 117-21.
- 10- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2005 Out-Dez; 10(4): 975-86.
- 11- Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. Ciência & Saúde Coletiva 2009 Mar-Abr; 14(2): 635-44.
- 12- Cestari ME. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. Rev. Bras. Enferm. 2002; 55(4): 430-3.
- 13- Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
- 14- Habermas J. Pensamento pós-metafísico. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- 15- Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005 Set-Fev; 9(16):39-52.
- 16- Melo JC. Educação sanitária: uma visão crítica. In: Cadernos do CEDES- 4 - Educação e Saúde. 3ª reimpressão. São Paulo: Cortez Editora; 1987. p. 28-43.

- 17- Schall VT. Debate sobre el artículo de Briceño-León. *Cad Saúde Pública* 1996 Jan-Mar; 12(1): 18-9
- 18- Reis DC. Educação em Saúde. Aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC. *Educação em Saúde: Teoria, Método Imaginação*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- 19- Filizola LGN. A educação em saúde na estratégia de saúde da família de sobral – realidades e desafios. Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família) [periódico on line] 2005 [acessado em 2007 set 26]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br>.
- 20- Leonello VM, Oliveira MAC. Competências para ação educativa da enfermeira. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 Março-Abril; 16(2).
- 21- Vasconcelos EM. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- 22- Wendhausen Á; Saupe R. Concepções de Educação em Saúde e a estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2003 Jan -Mar; 12(1): 17-25.
- 23- Vasconcelos EM. Educação Popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle de doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14 (Sup. 2): 39-57.
- 24- Brasil. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. *Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas*. Brasília: Ministério da saúde, 2007.
- 25- Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos EM (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- 26- Martins JJ; Albuquerque GL; Nascimento ERP; Barra DCC; Souza WGA; Pacheco WNS. Necessidade de Educação em Saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2): 254-62.
- 27- Laperrière H. Descobrimo a educação popular nas práticas profissionais de saúde comunitária. *Texto contexto enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2): 294-302.
- 28- Saraiva KRO; Santos ZMSA; Landim FLP; Teixeira AC. Saber familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2): 263-70.
- 29- Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2): 233-8.
- 30- Severo DO, Cunha AP, Ross MA. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2): 239-45.

- 31- Backes VMS, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev Bras Enferm* 2008 Nov-Dez; 61(6): 858-65.
- 32- Boesh AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidmann IBS, Grisoti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em Saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14.
- 33- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- 34- Santos AS. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária á saúde. *Online braz j nurs*. [periódico na Internet] 2006 [acessado em 2007 set 26]; 5(2). Disponível em: URL: [http:// www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/435/102](http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/435/102)
- 35- Trezza MCSF, Santos RM, Santos JM. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2): 326-34.
- 36- Moura RF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad. Saúde Pública* 2002 Nov-Dez; 18(6): 1809 -1811.
- 37- Brasil, Ministério da Saúde. Saúde em família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997.
- 38- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília, DF, 29 mar. 2006.
- 39- Giovanella L; Mendonça MHM; Almeida PF; Escorel S; Senna MCM; Fausto MCR; Delgado MM; Andrade CLT; Cunha MS; Martins MIC; Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009 Mai-Jun; 14(3): 783-794.
- 40- Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. New york: Oxford University Press, 1992.
- 41- Brasil. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília (DF): O Departamento; 2001.
- 42- Campos L; Wendhausen Á. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16 (2): 271-9.
- 43- Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 4 Programação Local e Municipal. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.

- 44- Pichón-Rivière E. O Processo Grupal. 6^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- 45- Vieira LJES, Santos ZMSA, Landim FLP, Caetano JA, Sá Neta CA. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2008 Jan/Fev;13(1):145-152.
- 46- Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad. Saúde Pública* 2003 Jul-Ago; 19 (4):1039-47.
- 47- Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em Saúde e a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr-Jun; 16(2): 315-9.
- 48- Chagas MIO, Ximenes LB, Jorge MSB. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007 Nov-Dez; 60(6): 646-50.
- 49- Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev.Nutri.* 1999 Jan-Abr; 12(1): 33-41.
- 50- Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychology & Health* 2004 Feb; 19(1): 29-49.
- 51- Sorenson JR, Steckler A. Improving the health of the public: a behavior-change perspective. In *Health Educ. Res.* Oxford University Press 2002 Oct; 17(5): 493-4.
- 52- O'Neill B. Calculation the Economic Impact of Health Educations Programs: Five Tools for Extension Educators. *Journal of Extension* 2008 Feb; 46(1).
- 53- Cale L, Harris J. Interventions to promote young people's physical activity: Issues, implications and recommendations for practice. *Health Education Journal* 2006; 65:320-37.
- 54- Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad. Saúde Pública.* 1999 Abr-jun; 15(2): 423-425.
- 55- Carvalho VLS, Clementino VQ, Pinho LMO. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Rev Bras Enferm* 2008 Mar-Abr; 61(2): 243-8.
- 56- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 57- Ludke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU, 2007.
- 58- Pêcheux M. O Discurso: estrutura ou acontecimento. 3^aed. Campinas: Pontes; 2002.
- 59- Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. 6^aed. São Paulo: Contexto, 1997.
- 60- Caregnato RCA; Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

ANEXOS

ANEXO A - Consentimento Livre e Esclarecido para participação em Pesquisa

Título da pesquisa: “A Educação em Saúde sob a percepção do usuário da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros – Minas Gerais”

Instituição promotora: Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde

Patrocinador: Não se aplica

Pesquisadora: Maria Fernanda Santos Figueiredo

Orientador Responsável: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

- 1- Objetivo: Compreender a percepção do usuário cadastrado em equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre as atividades de Educação em Saúde, nas quais ele participa, realizadas na forma de grupos educativos e o seu significado no seu cotidiano.
- 2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, dialética, exploratória e descritiva. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista não estruturada com os usuários cadastrados na área de abrangência da ESF Alto da Boa Vista, que participa regularmente de algum tipo de grupo de Educação em Saúde.
- 3- Justificativa: Esta pesquisa se justifica uma vez que pretende contribuir com a detecção da visão dos usuários sobre as atividades de educação em saúde, que auxiliará no alcance dos objetivos preconizado pelo o Ministério da Saúde, no que tange às ações de Educação em Saúde.
- 4- Benefícios: Os resultados dessa pesquisa subsidiarão a implementação de estratégias eficazes para as atividades de Educação em Saúde, de modo a melhorar a qualidade da prestação desse serviço e assim aumentar a adesão dos usuários a este tipo de atividade, de forma a contribuir com a promoção de saúde e a prevenção de doenças.
- 5-Desconfortos e riscos: Não se aplica.
- 6-Danos: É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes, ficando estes isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo.
- 7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8- Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

9- Compensação/indenização: A participação é voluntária; não haverá nenhuma remuneração pela participação.

10- Outras informações pertinentes: Será garantida ao participante a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

Nome da pesquisadora

Assinatura pesquisadora

Nome do orientador da pesquisa

Assinatura do orientador

Endereço da pesquisadora: Rua José Catulino 127 Major Prates, Montes Claros - MG CEP: 39403-209 Telefone: (38) 3214-6160

Endereço do Orientador: Av. Cula Mangabeira 1562, Santo Expedito, Montes Claros – MG CEP: 39.401-002, Telefones: (38) 3224-8383

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 15 de maio de 2008.

Processo N.º 1019/08.

Título do Projeto: A Educação em Saúde sob a percepção do usuário do Programa Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

Orientanda: Maria Fernanda Santos Figueiredo.

Relatora: Profa. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes.

Histórico

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático, ou seja, universal, igualitário e integral, constitui um processo social e político, que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde. A perspectiva de que as políticas de saúde se materializam mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Mérito

Esta pesquisa tem como finalidade conhecer como estão sendo realizadas as atividades de Educação em Saúde a partir da percepção do usuário cadastrado no Programa Saúde da Família, já que tais atividades são realizadas para a melhoria da sua qualidade de vida. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada com os usuários cadastrados na área de abrangência dos PSF Vila Sion e Alto da Boa Vista, que participa regularmente de algum tipo de grupo de educação em saúde.

Parecer

A presidência do Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo 1019, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa.

Prof. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)