



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FERNANDA DE FREITAS MENDONÇA

**GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESPAÇO DE
CONSTRUÇÃO DE CORRESPONSABILIDADES:
UM ESTUDO DE CASO**

Londrina
2012

FERNANDA DE FREITAS MENDONÇA

**GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESPAÇO DE
CONSTRUÇÃO DE CORRESPONSABILIDADES:
UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes

Londrina
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca
Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M539g Mendonça, Fernanda de Freitas.

Grupos de educação em saúde como espaço de construção de corresponsabilidades :
um estudo de caso / Fernanda de Freitas Mendonça. – Londrina, 2012.
137 f. : il.

Orientador: Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Educação sanitária – Teses. 2. Educação em saúde – Teses. 3. Pacientes –
Educação – Teses. 4. Família – Saúde e higiene – Teses. 5. Promoção da saúde –
Teses. 6. Saúde pública – Teses. I. Nunes, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida.
II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614.2:37.02

FERNANDA DE FREITAS MENDONÇA

**GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESPAÇO DE
CONSTRUÇÃO DE CORRESPONSABILIDADES:
UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Dr^a. Elisabete de Fátima
Polo de Almeida Nunes
UEL – Londrina – PR

Prof^a. Dr^a. Sônia Silva Marcon
UEM – Maringá – PR

Prof^a. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza
UEL – Londrina – PR

Prof^a. Dr^a. Rosana Staeve Baduy
UEL – Londrina – PR

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Dantas Menezes
Guariente
UEL – Londrina – PR

Londrina, 20 de dezembro de 2012.

Dedico este trabalho à minha família pelo constante apoio durante toda a minha caminhada profissional. Por serem sempre o porto seguro me fortalecendo diante de cada dificuldade e adversidade encontrada durante essa maravilhosa jornada da vida.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pela paciência durante todo o processo de idealização e concretização da pesquisa;

Agradeço também à minha família que sempre me apoiou na busca de conhecimentos me permitindo crescer não apenas como profissional, mas também pessoalmente;

Agradeço, de modo muito especial, à minha orientadora e amiga, Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, que pela segunda vez é minha parceira nesse processo. Agradeço pela amizade, pela sua humanidade, humildade e sabedoria. Pelas orientações tão produtivas, pelo seu conhecimento vasto, que me abriram a mente para explorar questões que sozinha jamais me atentaria. E também pelos almoços em sua casa sempre tão agradáveis;

Agradeço à banca examinadora pelo aceite na participação da avaliação deste trabalho, pelas contribuições que certamente serão bem-vindas;

Agradeço aos alunos da Faculdade Integrado de Campo Mourão pela parceria estabelecida durante o processo de coleta de dados;

Agradeço aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa permitindo a concretização do estudo;

Agradeço aos usuários pela entrevista concedida, pelo acolhimento e simpatia demonstrada durante os encontros;

Agradeço aos alunos da turma de doutorado 2009 e a todos os docentes do programa de Doutorado em Saúde Coletiva pelas constantes sugestões durante os seminários de apresentações do projeto da tese. Tenho certeza que a contribuição coletiva de vocês auxiliou significativamente na conclusão dessa pesquisa.

É preciso que saibamos que, sem certas qualidades ou virtudes como amorosidade, respeito aos outros, tolerância, humildade, gosto pela alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, persistência na luta, recusa aos fatalismos, identificação com a esperança, abertura à justiça, não é possível à prática pedagógica-progressista, que não se faz apenas como ciência e técnica.

Paulo Freire

MENDONÇA, Fernanda de Freitas. **Grupos de educação em saúde como espaço de construção de corresponsabilidades**: um estudo de caso. Londrina, Paraná. 2012. 137f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar as atividades de grupo de educação em saúde desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) como espaços de constituição de sujeitos corresponsáveis. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo que utilizou a metodologia de estudo de caso para melhor apreensão do objeto de pesquisa. O estudo foi realizado no município de Campo Mourão e a coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011. Durante esse período, foram realizadas duas etapas de coleta de dados. A primeira quantitativa realizada com todos os profissionais vinculados à ESF por meio de um formulário e a segunda qualitativa desenvolvida com usuários dos grupos de educação em saúde por meio de entrevista. Os dados quantitativos foram analisados por meio de medidas de ocorrência, já os qualitativos com o uso da técnica de análise de discurso proposta por Martins e Bicudo. Os resultados revelaram que a maioria das ESF realizava o grupo de educação em saúde, contudo, verificou-se traços da pedagogia de transmissão de conhecimentos com foco, predominantemente, em assuntos que tratam apenas das doenças. Em relação às potencialidades e desafios para a produção de corresponsabilidades, verificou-se a presença de algumas dualidades, sobretudo, relacionadas ao aprendizado e à alteração no estilo de vida. Em geral, os que mais se destacaram como elementos que favorecem a construção de corresponsabilidades foram: a disposição do usuário de aprender e assumir o autocuidado bem como a valorização do conhecimento adquirido; a utilização do saber popular; a construção de conhecimento; a alteração no estilo de vida e manutenção do controle da doença; e o apoio social. Por outro lado, a utilização de metodologias pouco participativas, a dificuldade de aprendizado dos usuários, o discreto interesse em mudar a forma de realização dos grupos e a incipiente utilização de instrumentos de avaliação surgiram como elementos que dificultam a produção de sujeitos corresponsáveis. Diante disso, embora os grupos de educação em saúde tenham o potencial de produção de corresponsabilidade, isso só irá ocorrer na medida em que forem compreendidos pelos seus diferentes atores, e adotados como estratégias de gestão em paralelo com a formulação de políticas públicas que ofereçam as condições mínimas para que as mudanças implicadas no processo de educação em saúde sejam concretizadas.

Palavras-chave: Educação em saúde. Hipertensão. Diabetes mellitus. Saúde da família.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas. **Groups of health education as spaces to form co-responsible**: a case study. Londrina, Paraná. 2012. 137f. Thesis (Doctorate in Public Health) – State University of Londrina.

ABSTRACT

This study has the purpose to examine the group activities in health education developed by the Family Health Teams (FHT) as spaces to form co-responsible individuals. This is a quantitative and qualitative study using the case study methodology to better understand the research object. The study was held in the municipality of Campo Mourão between November 2010 and February 2011, with two stages for data collection. The first quantitative was undertaken with all professionals involved in the FHT, through a questionnaire, and the second qualitative was developed with users of the health education groups, through interview. Quantitative data were analyzed by measures of occurrence, and qualitative data, using the discourse analysis technique, proposed by Martins and Bicudo. Results revealed that most FHT have performed the health education groups but it was verified the transfer of knowledge primarily based on issues related to only diseases. Considering the potential and challenges for producing co-responsibilities, there was some dualities particularly associated with learning and change in lifestyle. In general, the most outstanding elements that favor the construction of co-responsibilities were: user's willingness to learn and assume the self-care and the appreciation of the knowledge gained; the use of popular knowledge; the construction of knowledge; the change in lifestyle and maintenance of disease control; and social support. On the other hand, the use of methodologies with little participation, the difficulty of learning from users, the discrete interest in changing the way to establish groups, and the scarce use of assessment tools have emerged as elements that hinder the production of co-responsible subjects. In this way, although health education groups have the potential to produce co-responsibility, this will only take place in so far as understood by different actors, and adopted as management strategies along with the formulation of public policies that afford minimum conditions to implement changes implied in the health education process.

Key words: Health education. Hypertension. Diabetes mellitus. Family health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa conceitual do referencial teórico.	21
Figura 2 – Participação dos profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família nos grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, 2010.....	71
Figura 3 – Frequência das categorias profissionais mais relatadas no envolvimento com os grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, 2010.....	73
Figura 4 – Atividades não participativas desenvolvidas nos grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, 2010	79
Figura 5 – Atividades participativas desenvolvidas nos grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, 2010	82
Figura 6 – Mapa conceitual dos elementos que favorecem a construção de sujeitos corresponsáveis, Campo Mourão, 2010	85
Figura 7 – Mapa conceitual dos elementos que representam dificuldades para a produção da corresponsabilidade, Campo Mourão, 2010.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais vinculados à estratégia Saúde da Família de acordo com sexo, faixa etária e estado civil no município de Campo Mourão, 2010.....	65
Tabela 2 – Categoria profissional dos participantes da pesquisa no município de Campo Mourão, 2010.....	66
Tabela 3 – Assuntos discutidos durante a realização de atividades de grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, 2010.....	75
Tabela 4 – Materiais utilizados durante a realização de atividades de grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, 2010.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DIP	Doenças Infectoparasitárias
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESFSB	Equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal
EUA	Estados Unidos da América
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1– EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO	22
2.2 O PAPEL DA TRIÁDE: USUÁRIO, PROFISSIONAL E SISTEMA DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DE CORRESPONSABILIDADES.....	27
2.3 GRUPO: ESPAÇO PROPÍCIO DE CRIAÇÃO DE CORRESPONSABILIDADES	47
2.3.1 O Grupo como Estratégia de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.....	47
2.3.2 Trajetória das Práticas Grupais em Saúde.....	48
2.3.3 O Uso de Práticas Grupais nas Ações de Saúde	54
3 MATERIAIS E MÉTODOS	57
3.1– ESTUDO DE CASO	57
3.2 CONTEXTO DO ESTUDO DE CASO.....	58
3.3 PRIMEIRA ETAPA: SUJEITOS, INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	59
3.4 SEGUNDA ETAPA: SUJEITOS, INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	60
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	63
4 CARACTERIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE SAÚDE	64
4.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	64
4.2 PERFIL DOS USUÁRIOS DE SAÚDE	66
5 PRÁTICAS EDUCATIVAS POR MEIO DE GRUPOS	68
6 GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES E DIFICULDADES PARA A PRODUÇÃO DA CORRESPONSABILIDADE	85
6.1 ELEMENTOS QUE CONTRIBUEM PARA A CORRESPONSABILIDADE.....	86

6.2 DIFICULDADES PARA A CORRESPONSABILIDADE	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS.....	114
APÊNDICES	129
APÊNDICE A.....	130
APÊNDICE B.....	133
ANEXOS	135
ANEXO A	136

APRESENTAÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, assumiu um conceito ampliado, o qual não reduz a saúde à ausência de doença, mas a relaciona à garantia de condições de vida digna. Com base nisso, para obter uma condição saudável é necessária a mobilização de uma diversidade de fatores, tais como: habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde.

Apesar de a saúde não ser exclusivamente dependente dos processos de adoecimento e de acesso aos serviços de saúde, isso não pode de modo algum provocar, seja no trabalhador de saúde ou no usuário, a idéia de redução de sua parcela de responsabilidade. Afinal, não é porque a saúde é ampla e coletiva que as responsabilidades individuais devem ser diminuídas, mas, ao contrário, é exatamente pelo fato de a saúde possuir essas características que as responsabilidades individuais devem ser fortalecidas.

Diante disso, trabalhar a educação em saúde como estratégia para a produção de corresponsabilidades mostrou-se adequado para explorar essas questões que envolvem o despertar de responsabilidades no processo de trabalho.

Dentre as diversas ações de educação em saúde, optou-se por focalizar os grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos por dois motivos. O primeiro por entender que a produção de corresponsabilidades é primordial para as pessoas que convivem com doenças crônicas e o segundo em virtude de observações nos grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos identificando que muitas vezes esses espaços se constituíam apenas com o propósito de desafogar a demanda e não de produzir corresponsabilidades entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo.

Posto isso, o presente trabalho foi configurado trazendo em um primeiro momento a contextualização do problema, revelando, por meio de outros estudos, que o processo de descaracterização dos grupos está muito presente em diversos municípios do Brasil. Daí a necessidade de explorar de forma mais profunda esse fenômeno e desvendar se, em meio às limitações que já são apontadas por tantas pesquisas, há elementos que favoreçam a construção da corresponsabilidade.

Para fundamentar essa análise, a construção do referencial teórico (*Capítulo 2*) mostrou-se essencial, sendo organizado em três temas. O primeiro apresenta que a educação em saúde, apesar de ser um conceito em construção, atualmente está pautada na produção de corresponsabilidades de todos os atores sociais. Diante disso, o segundo tema explora as diferentes responsabilidades de usuários, profissionais e sistema de saúde, entendendo que é só a partir desse reconhecimento de atribuições que as ações de educação em saúde tornam-se efetivas. E, finalmente, a terceira parte situa o grupo enquanto ferramenta fundamental para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Contudo, isso só é possível quando há a compreensão dos diferentes atores de que o grupo vai além de um espaço constituído por uma diversidade de pessoas.

O caminho traçado para a construção metodológica está apresentado no *Capítulo 3*, destacando o estudo de caso como o método mais adequado para o problema de pesquisa. Salienta-se também nesse capítulo o uso de diferentes fontes de informação (usuários e profissionais), objetivando a reunião de maior quantidade de evidências para investigar o fenômeno.

A apresentação dos resultados iniciou-se com a caracterização dos profissionais de saúde e dos usuários que participaram da pesquisa (*Capítulo 4*). Em um segundo momento (*Capítulo 5*), desenvolve-se uma análise de como os grupos de educação em saúde estão organizados no município, revelando em que locais os grupos acontecem, os profissionais envolvidos, os assuntos abordados durante os encontros, as metodologias utilizadas, bem como a periodicidade de realização das atividades. A partir dessa análise, foi possível identificar uma série de elementos que favorecem a construção da corresponsabilidade, tais como: disposição para aprender e assumir o cuidado, valorização da participação popular, valorização do aprendizado, alteração no estilo de vida, manutenção no controle da doença e apoio social. Verificou-se também a presença de situações que representam desafios para a corresponsabilidade, entre elas: a exposição de conteúdos, dificuldade de aprender e aceitar o autocuidado, pouco interesse em mudar e discreto uso de instrumentos de avaliação (*Capítulo 6*).

Nas considerações finais (*Capítulo 7*) destaca-se o quanto é fundamental que profissionais e usuários sejam apoiados no desenvolvimento dessas atividades, seja pela gestão, pela mídia, pelos próprios usuários e profissionais, enfim por toda a sociedade. Afinal, trata-se de uma prática que oferece

a produção de corresponsabilidade e que, portanto, pode ser ampliada para outras áreas estratégicas de atendimento à população.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As décadas de 1970 e 1980 se destacaram pelas constantes críticas à política de caráter centralizador e privatizante, considerada ineficaz para a resolução de problemas sociais, bem como problemas sanitários (VASCONCELOS, 1997). Diante disso, o agravamento de problemas de saúde coletiva serviu para revelar ainda mais a fragilidade do modelo de saúde biomédico (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Em meio a esse cenário, surgiram diversos movimentos sociais, entre eles o movimento sanitário, o qual se tornou o principal articulador político que contribuiu para a Reforma Sanitária Brasileira (SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004). Uma das conquistas da Reforma Sanitária foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. Além disso, a Constituição trouxe consigo a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado sob novos princípios para a organização do sistema de saúde, tais como: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e a participação popular (BRASIL, 1990).

Com essa nova organização, os serviços de saúde tiveram que passar por um processo de reestruturação, de forma a substituir antigas diretrizes, pautadas na medicina curativa, pelos novos princípios do SUS (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004). Dentre as estratégias operacionais que poderiam garantir a mudança do modelo assistencial, a Estratégia Saúde da Família emergiu como a mais importante, por propiciar maior vinculação dos serviços de saúde com a comunidade (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da assistência da atenção básica, por meio da apropriação territorial, cadastramento domiciliar e construção de diagnósticos situacionais visando ao cuidado dos indivíduos e das famílias. E ainda destaca o trabalho em equipe, promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais,

valorização dos diversos saberes, promoção e estímulo à participação da comunidade, acompanhamento e avaliação das ações realizadas.

Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) complementam que a Estratégia Saúde da Família também propõe como atribuição aos profissionais a realização de atividades educativas, uma vez que se constitui em um modelo baseado em ações de prevenção e promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Diante disso, pode-se afirmar que a Estratégia Saúde da Família não só tem como atribuição a realização da educação em saúde como também oferece oportunidade ímpar para o desenvolvimento dessas atividades (BESEN et al., 2007; MOURA; SOUSA, 2002).

Sobre educação em saúde, é importante salientar que seu conceito sofreu modificações ao longo do tempo; nesse sentido, já serviu a diferentes objetivos no campo da saúde. A educação no início do século XX servia aos propósitos ideológicos, políticos e econômicos do Estado, o qual exercia a função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de assegurar o desenvolvimento das forças produtivas. Nesse contexto, o papel da educação foi essencialmente impositivo, normalizador e regulador (COSTA, 1987). A educação reproduzia o desenho médico-assistencial privatista, que privilegiava a assistência hospitalar focada no indivíduo e na cura das doenças, não priorizando as ações de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2005a). Essas ações de saúde não tinham a preocupação de averiguar as causas de adoecimento, mas de recuperar e manter a força de trabalho para não interferir no progresso capitalista (BRASIL, 2005b; TOMAZI, 1986).

O termo educação em saúde, com o enfoque utilizado no início do século XX, também é utilizado atualmente, mas com sentido distinto ao daquele período. A educação em saúde como instrumento a serviço da saúde possui duas dimensões: a prevenção das doenças e a promoção da saúde. A dimensão da prevenção associa-se ao eixo da doença e à educação terapêutica do paciente. A promoção da saúde está mais atrelada ao eixo da saúde. Essa noção de educação está baseada em um conceito de saúde ampliado considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar que integra vários aspectos, tais como: físico, mental, ambiental, pessoal/emocional e socioecológico (PAUL, 2005).

A educação em saúde envolve um processo de mudança constante que amplia a visão crítica dos sujeitos, estimulando a autonomia necessária para a

tomada de decisão sobre aspectos que afetam sua vida (BESEN et al., 2007; PAULO SILVA; ROTENBERG; VIANNA, 2004). Deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade tanto pela sua saúde como pela saúde da comunidade. Deste modo, a educação em saúde não decide o que é importante, mas facilita os caminhos para que as pessoas encontrem a melhor forma de produzir saúde (PILON, 1986).

Ao contrário da educação em saúde do início do século XX, a atual propõe o estabelecimento de uma comunicação horizontal entre profissionais de saúde e usuários que extrapola o setor sanitário. Há ênfase em privilegiar o diálogo entre os diferentes saberes: científico e popular (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003; VASCONCELOS, 1997).

O Ministério da Saúde (MS), ao considerar os diversos benefícios que a educação em saúde traz para a comunidade e para o serviço de saúde, prioriza essas ações nas equipes de saúde da família. Além disso, incentiva que os serviços de atenção básica realizem atividades de educação em saúde, sobretudo com portadores de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM), uma vez que representam os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, as quais são importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2001).

Tavares e Rodrigues (2002) reforçam que a educação em saúde tem um papel importante na vida do portador de doença crônica. Contudo, observa-se que as práticas de educação em saúde realizadas ainda estão muito atreladas ao conceito de educação em saúde do início do século XX. O estudo de Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) revelou que, dos 46 estudos de educação em saúde analisados, apenas nove apresentam uma abordagem de educação em saúde emancipadora, ou seja, pautada no diálogo participativo, na interação entre diferentes saberes, na crítica e no reconhecimento da saúde-doença como processo social. A pesquisa de Torres e Enders (1999), realizada com enfermeiros, mostrou que a maioria dos participantes possuía conhecimentos restritos e tradicionais de educação em saúde. E ainda no estudo de Melo, Santos e Trezza (2005), os profissionais de saúde encaravam a educação em saúde enquanto um momento de transmissão de informações e orientações realizadas por meio de palestras.

Importante destacar que os usuários não são meros consumidores de palestras e orientações, pois possuem uma dupla função: são ao mesmo tempo

objeto de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. Deste modo, a educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, mas levar os usuários a refletirem sobre suas bases sociais (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Diante dessa realidade, os trabalhos com grupos surgem enquanto uma estratégia para desenvolver a educação em saúde, pois possibilitam inclusão, valorização e identificação entre os membros, sendo que muitos buscam amparo diante de seus problemas de saúde. Além disso, proporcionam o aprofundamento de discussões pelas quais se consegue ampliar e melhor produzir o processo de educação em saúde (MAFACCIOLLI; LOPES, 2005). Um exemplo disso é revelado no estudo de Silva et al. (2006), realizado com hipertensos e diabéticos, o qual mostrou que as atividades de grupos tiveram como resultado a redução dos níveis de pressão arterial e de glicemia, além da diminuição da demanda por consulta médica.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família, ao propor a inserção de novas práticas, tem realizado atividades de grupos, sobretudo com portadores de hipertensão arterial e diabetes. Contudo, percebe-se que muitas dessas atividades transformaram-se em consultas coletivas, distribuição de medicamentos e repasse de informações relacionadas principalmente aos fatores de risco das doenças. Em Campo Mourão, município de médio porte, localizado na região noroeste do Paraná, essa realidade não é diferente.

A educação em saúde, cujo objetivo é produzir corresponsabilidades, compartilhamento dos diferentes saberes e promoção à saúde, aparece de forma ainda muito incipiente na realidade dos serviços. Com base nisso, questiona-se: como estão configurados os grupos de educação em saúde para indivíduos com HA e DM? Com que propósito os grupos são organizados? Há convergência na intencionalidade dos atores envolvidos nesse processo? E em que medida eles favorecem a construção de sujeitos corresponsáveis?

Com base nessas indagações, o objetivo geral do presente trabalho foi analisar o grupo de educação em saúde desenvolvido pelas ESF como espaço de constituição de sujeitos corresponsáveis. Os objetivos específicos foram: descrever o perfil dos profissionais vinculados à ESF e as características dos usuários de saúde entrevistados que participavam das atividades de grupo de HA e

DM do município de Campo Mourão; compreender como se configuram as práticas educativas por meio de grupos no município; e analisar as situações que contribuem e representam desafios para a construção de sujeitos corresponsáveis no espaço dos grupos de educação em saúde.

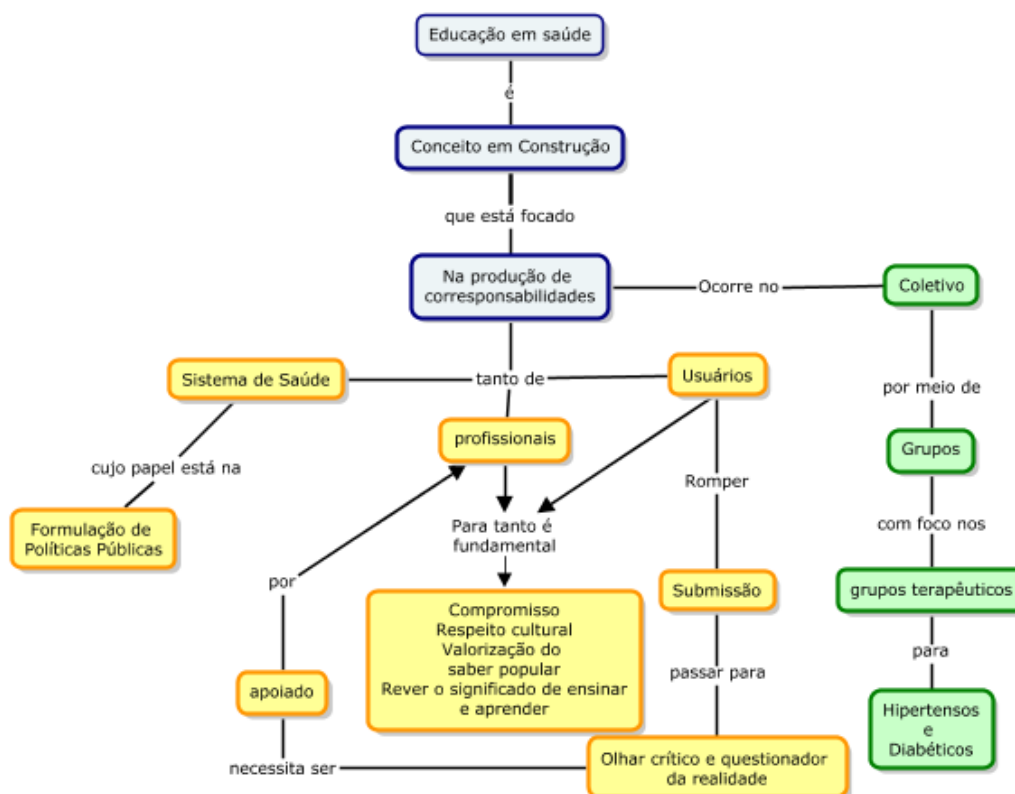
CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste primeiro capítulo são explorados os conceitos teóricos que embasam o problema de pesquisa. Para tanto, divide-se o capítulo em três temas (Figura 1). O primeiro trata da educação em saúde, ressaltando que é um conceito em evolução e que na atualidade sua principal marca está na produção de corresponsabilidades. O segundo aborda os papéis do usuário, do profissional e do sistema de saúde na construção da educação em saúde. É realçada nesse momento a importância da articulação entre esses diferentes atores e do quanto é fundamental que cada um reconheça seu papel de sujeito capaz de intervir na realidade. E, para finalizar, apresenta-se o grupo como um espaço propício para a interação dos diferentes atores envolvidos na construção da educação em saúde e, sobretudo, para a construção de corresponsabilidades.

Figura 1 – Mapa conceitual do referencial teórico



2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO

A educação em saúde, historicamente, sofreu sucessivas construções e reconstruções em sua práxis, influenciada pelas ideologias de cada época. No início do século XX, a educação em saúde, conhecida como *educação higiênica*, estava baseada na necessidade de manter o saneamento dos portos para não prejudicar as exportações, sobretudo do café, principal produto do Brasil (SHALL, 1996).

Na mesma época, surgiram as campanhas sanitárias cujas características se inspiravam no modelo militar. As campanhas eram de caráter repressivo, impositivo, tanto na assistência individual quanto na coletiva. É nesse contexto que surgiram as primeiras formas de educação em saúde, de extrema fragilidade, das forças populares (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

Com a crise do café em decorrência da queda da bolsa de Nova York, em 1929, o Estado brasileiro passou a investir no processo de industrialização, contribuindo para o crescimento da classe de trabalhadores assalariados e, conseqüentemente, para o processo de urbanização (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). Com a urbanização, passaram a surgir diferentes problemas de saúde, sobretudo relacionados à ausência de saneamento básico e más condições de moradia, entre outros. Emergiu então a *educação sanitária*, que, apesar de não possuir um aspecto tão impositivo quanto a educação higiênica, ainda era marcada pela não participação da população como elemento ativo no processo educativo (VASCONCELOS, 1997).

Na década de 1960, diversos movimentos sociais ganharam espaço. Destacaram-se, sobretudo, os movimentos que valorizavam as ideias de Paulo Freire, em que a construção do conhecimento se dava a partir da interação e do diálogo entre aquele que ensina e aquele que aprende. Inclusive na saúde, passou-se a reconhecer os aspectos sociais do processo saúde-doença e foram incorporados vários ideais de Paulo Freire (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Com o surgimento do movimento sanitário, a educação em saúde passou a ter uma nova configuração, em que população e profissionais compartilham saberes e buscam novas formas de produzir qualidade de vida (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004; WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Finalmente, com a implantação do SUS e da promulgação das leis orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90, a participação da população passou a ser não apenas valorizada como também um direito respaldado em lei, propiciando que as ações de educação em saúde se inserissem cada vez mais nos serviços de saúde.

A partir de então, os processos de educação em saúde estabeleceram uma nova relação com o usuário, bastante ativa e de valorização do saber popular. Houve o reconhecimento de que o saber da população é fundamental no estabelecimento de programas e estratégias voltadas para a saúde e de que a educação em saúde não deve existir apenas para solucionar processos patológicos, mas também promover a saúde (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Diante dessa construção histórica da educação em saúde, novos princípios foram incorporados, tais como: autonomia, cidadania, promoção da saúde e qualidade de vida (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004).

A educação em saúde, como processo dinâmico, propõe a reflexão crítica de indivíduos e/ou comunidade sobre seus problemas de saúde a fim de constituir sujeitos ativos (BESSEN et al., 2007; TORRES; ENDERS, 1999). Para tanto, é preciso considerar, entre outras coisas, a existência de dois saberes: o saber técnico e o saber popular, que embora sejam distintos não são essencialmente opostos, e a educação em saúde, como processo social, exigirá a interação entre esses dois saberes.

O saber técnico, ao interagir com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser na transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional e democrática. O diálogo deve ser entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se num conjunto de dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada (PINTO, 1987).

O conteúdo educativo deste processo de encontro e confronto não será, portanto, predeterminado pelo polo técnico. O confronto dar-se-á num processo de produção em que o conteúdo é o próprio saber popular que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo (PINTO, 1987, p.17).

Importante ressaltar que a educação em saúde não deve se restringir a iniciativas que tenham como propósito informar a população. Deve ir

além do campo da informação, deve integrar a consideração de valores, de costumes, de modelos e de símbolos sociais, que levam formas específicas de condutas e práticas (BESEN et al., 2007).

Há autores que apresentam diferentes vertentes da educação em saúde. Vertentes que ainda possuem resquícios dos conceitos de educação em saúde do início do século XX. Stotz (1993) cita quatro enfoques: preventivo, educativo, radical e do desenvolvimento pessoal. O enfoque preventivo baseia-se na etiologia das doenças, no combate aos fatores de risco e sua eficácia é centrada na mudança do comportamento da sociedade para um padrão mais saudável. Para o enfoque educativo, o educador, o sujeito da ação, utiliza-se de crenças e valores da comunidade com relação a certas informações sobre saúde, bem como discutir suas implicações práticas; a eficácia desse enfoque é que o usuário tenha uma compreensão verdadeira de sua situação. O enfoque radical considera que as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde. Sua concepção de educação em saúde é direcionada para a luta política pela saúde, e tem uma perspectiva transformadora da sociedade. O enfoque do desenvolvimento pessoal possui as mesmas proposições do enfoque educativo, só que se baseia em trabalhos em grupos orientados para a busca das potencialidades do indivíduo e para a elevação de sua autoestima e de sua responsabilidade pessoal com sua saúde. Esse enfoque é o que mais se aproxima do conceito atual de educação em saúde.

Com base nessas concepções, chama-nos a atenção um aspecto muito importante da educação em saúde: o desenvolvimento da capacidade do sujeito ser corresponsável pelo processo saúde-doença. Corroborando essa afirmação, Levy (2007) e Pilon (1989) afirmam que o importante não é decidir pelos usuários, mas oferecer as condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade tanto por sua própria saúde como pela saúde da comunidade.

É exatamente nesse ponto que toda a construção do presente trabalho irá se basear: em uma educação em saúde cuja capacidade seja a construção de usuários ativos, corresponsáveis, e que tenham uma participação real nas ações de saúde.

Sobre isso, Pinto (1987) estabelece diferentes formas de entender a participação. Segundo ele, existe a *participação simbólica*: quando a população é convocada, às vezes involuntariamente, a ser parte de associações, cooperativas ou outras formas de organização legitimadas pelo Estado. É simbólica pois ela se dá

simplesmente como inclusão, sem que o sujeito tome qualquer parte ativa ou receptiva na associação ou organização. *Participação receptiva*: refere-se ao fato de alguém ou grupo social receber um serviço do Estado, como quando certo número de pessoas vai regularmente ao posto de saúde para receber atenção médica. *Participação ativa*: quando a população toma parte em uma ação ou conjunto de atividades decididas e propostas pelo Estado. *Participação real*: a que se identifica com as reivindicações de grupos específicos da população para assumir parte das decisões sociais.

Apesar dessa práxis de educação em saúde, que valoriza os diferentes saberes, o diálogo e a corresponsabilidade dos sujeitos, é muito comum a presença da educação em saúde ainda nos moldes da educação higiênica e sanitária.

Segundo Paulo Silva, Rotemberg e Vianna (2004, p.134)

[...] a concepção de educação em saúde ainda está vinculada à noção de prevenção e informação, para que assim a população possa mudar seu comportamento e hábitos de vida. Apesar das experiências inovadoras em educação em saúde, que vêm se desenvolvendo ao longo dos últimos anos, a concepção higienista ainda persiste no discurso e conseqüentemente na prática [...] dos profissionais de saúde.

Por meio dessa prática decorre uma série de características na relação entre o profissional e o usuário. Entre essas características destaca-se a valorização do saber científico em detrimento do saber popular. Essa concepção coloca o profissional como o detentor do saber, de modo que o usuário, como sujeito passivo, deve apenas seguir as informações que são “repassadas” a ele. Entretanto:

[...] a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. A simples informação ou divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população (SÃO PAULO, 2001, p.19).

Vários estudos apontam para essa prática de educação em saúde. O estudo de Sales (2008) realizado em Icarai – Ceará – revelou que as ações de educação em saúde ainda são determinadas pelo grupo técnico sem considerar o saber popular. Os discursos também mostraram a ausência de diálogo entre a

população e os profissionais de saúde, “gerando um sentimento de negatividade, falta de credibilidade, tanto no desenvolvimento do trabalho dos profissionais como, também, por parte dos usuários” (p.178).

Também no estudo de Melo, Santos e Trezza (2005) detectou-se que os profissionais de saúde compreendem a educação em saúde como o repasse de informações, com enfoque preventivo baseado na etiologia das doenças e combate aos fatores de risco. Pedrosa (2011) chama a atenção para o fato de que, além desses problemas já mencionados, muitas vezes as ações de educação em saúde assumem um caráter pontual, restrito a uma determinada população e sem perspectivas de continuidade.

Para Paul (2005), um dos grandes motivos para essa configuração da educação em saúde é a forte influência do paradigma biomédico, o qual valoriza o cenário hospitalar e superestima a utilização de máquinas e equipamentos como se esses fossem os únicos meios capazes de diagnosticar e tratar uma doença (BRASIL, 2005a). Dessa forma, a assistência à saúde fica restrita a procedimentos técnicos, à solicitação de exames e à prescrição demasiada de medicamentos. Ou seja, a assistência à saúde fica dependente da utilização de equipamentos sofisticados e onerosos.

Quando as práticas de saúde baseiam-se unicamente no reconhecimento e na eliminação do agente que provoca o adoecimento, a pessoa passa a representar somente o portador da doença, sendo excluída como sujeito para não interferir na objetividade da ciência (BRASIL, 2005a). Contudo, ao rejeitar a subjetividade do indivíduo, isto é, sua história de vida, condição social, cultura, crenças, valores e saberes, os profissionais não conseguem perceber as reais necessidades de saúde, contribuindo para intervenções pouco efetivas.

Alguns autores colocam que o problema da educação em saúde não está somente na forma como é realizada, mas também na sua discreta presença nos serviços de saúde. Para Alves e Nunes (2006), os serviços de saúde tendem a estruturar seus projetos terapêuticos priorizando o uso da medicação, deixando em último plano o desenvolvimento de ações de educação em saúde. O mesmo afirmam Tavares e Rodrigues (2002), ao mencionarem que os trabalhadores de saúde não têm incorporado a educação em saúde como atividade relevante no desenvolvimento de suas atribuições e verifica-se que, quando essas ações são

realizadas, nem sempre se obtém resultados favoráveis (TAVARES; RODRIGUES, 2002).

Diante desse cenário, e sendo os serviços de saúde um espaço estratégico para o desenvolvimento da educação em saúde, é fundamental que haja uma reorganização dos serviços de saúde, de forma a substituir diretrizes baseadas na valorização de uma medicina curativa pelos novos princípios, que passam a compreender saúde como um direito de todo cidadão (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004). Tal reorganização depende, sobretudo, do profissional de saúde, do usuário e, é claro, do sistema de saúde. Para tanto, o texto a seguir irá explorar o papel e as limitações dos diferentes atores durante a implementação das ações de educação em saúde.

2.2 O PAPEL DA TRIÁDE USUÁRIO, PROFISSIONAL E SISTEMA DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DE CORRESPONSABILIDADES

Inicia-se este capítulo citando Paulo Freire, pensador e educador comprometido com a vida. “[...] os homens são seres da práxis. São seres do quefazer [...] como seres do quefazer emergem dele (mundo) e, objetivando-o, podem conhecê-lo e transformá-lo com o seu trabalho” (FREIRE, 2006a, p.141). Freire destaca o papel singular do seres humanos como seres conscientes de sua existência e, portanto, com potencial de inserção no mundo. Inserção enquanto quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito da história, enquanto capacidade de produzir mudanças (FREIRE, 2006b).

Ao focalizar a educação em saúde, percebe-se o quanto essa essência humana necessita ser resgatada e assumida pelos usuários, profissionais e pelo sistema de saúde objetivando a produção da corresponsabilidade, não enquanto um produto, mas processo. A corresponsabilidade vai se construindo na experiência de várias e inúmeras decisões, não ocorre em hora marcada, e sim em experiências respeitadas de liberdade (FREIRE, 2006b).

Pretende-se, neste momento, explorar os diferentes papéis do usuário, do profissional e do sistema de saúde. Em um primeiro momento, essa construção será realizada analisando o papel do usuário, em seguida o papel do profissional e, para finalizar, o papel do sistema de saúde. Vale ressaltar que essa divisão não se estabelece por acreditar que os papéis exercidos por esses diferentes

atores na educação em saúde não interajam a ponto de se influenciarem mutuamente.

Atualmente, nos serviços de saúde é comum visualizar o usuário como um mero observador durante as práticas de educação em saúde. Contudo, estudos revelam que os usuários apresentam expectativas de serem mais participativos e atendidos para além dos aspectos biológicos, conjugando vários fatores que não focalizam apenas a doença, mas também a qualidade de vida (SANTOS et al., 2009). Um estudo realizado para verificar quais fatores eram considerados pela população como os mais importantes para a manutenção da saúde revelou que a alimentação saudável e a realização de atividade física superaram as respostas relacionadas à procura pelo médico. Ou seja, revela que a população tem uma visão de promoção de saúde maior do que a relacionada ao curativismo (SIQUEIRA et al., 2009).

Com base nisso, por que ainda é tão frequente a postura passiva do usuário durante a realização de atividades de educação em saúde? Por que ele ainda expressa tanta dependência diante do profissional de saúde? E, ainda, por que é frequente os profissionais relatarem a baixa adesão dos usuários às atividades de educação em saúde?

As respostas para tais questionamentos são complexas, na medida em que se verifica que a solução não está apenas no profissional, ou no sistema de saúde e no método utilizado, mas também no próprio usuário e em como ele se vê enquanto sujeito capaz de se inserir no mundo e produzir mudanças no seu contexto. Atualmente, é comum evidenciar na realidade dos serviços de saúde tendências de submissão do usuário ao profissional de saúde (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006). Essa realidade fica ainda mais evidente ao constatar que os usuários apresentam dificuldades em demonstrar suas ideias e participam precariamente das ações de educação em saúde, as quais percebem como um espaço apenas para escutar (MACHADO; VIEIRA, 2009; FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007). Franca, Abreu e Siqueira (2004) enfatizam que o papel do usuário não é de ser somente um espectador, mas deve ser também um sujeito crítico com capacidade de ser tornar corresponsável pela construção da sua saúde e de sua comunidade.

Diante dessa situação, é preciso refletir em que medida os usuários de fato se consideram sujeitos. Sujeitos no sentido de serem conscientes de sua

capacidade de intervenção no mundo. Segundo Freire (2006a), as pessoas se tornam sujeitos à medida que se apropriam de condições de construir o entendimento da realidade, o que significa alcançarem um estado de autonomia. Para Campos (2000), o sujeito é um ser biológico dotado de uma subjetividade complexa e imerso em um conjunto de relações sociais que influenciam seus desejos, interesses e necessidades. Apesar de o sujeito sofrer influência do contexto, ele possui uma subjetividade singular capaz de reagir à sua realidade.

Para o mesmo autor, a coprodução do sujeito envolve três regiões: particular, singular e universal. A região particular se constitui por meio da determinação biológica, desejos e interesses dos sujeitos. Essas potências internas atuam com relativa dependência sobre o ambiente externo. A região singular se constitui enquanto um espaço intermediário, em que há uma mediação entre forças imanentes ao sujeito e outras produzidas com grande exterioridade a ele, ou seja, o sujeito não é dono completo desses movimentos, mas também não se submete totalmente à influência externa. É nessa região que há possibilidades de reconstrução de necessidades, recomposição de poderes e a instituição do novo. A região universal, por sua vez, representa aquilo que está estabelecido, de modo que a força externa prevalece sobre as forças internas do sujeito (CAMPOS, 2000).

Conforme esse conceito, percebe-se que a região que mais determina a alienação dos sujeitos é a região universal, visto que as ideologias externas e hegemônicas prevalecem em relação àquilo que se encontra em outras regiões.

Na educação em saúde, a ideologia que predomina ainda é aquela baseada na educação bancária, descrita por Freire (2006b), em que o usuário é um mero espectador do processo. Desse modo, é preciso que o usuário resgate essas regiões que lhe sejam mais particulares e tente de certa forma trazer isso à tona, de modo a buscar sua inserção no mundo.

De fato, essa não é uma tarefa fácil, pois durante anos a relação do profissional com o usuário foi unilateral, tendo o profissional muito mais autoridade do que o usuário, e, quando uma prática social se estabiliza, se repete com certa frequência, ela é percebida como se fosse uma regra natural; dessa forma os sujeitos sentem dificuldade em mudar e até mesmo de perceber falhas na sua conduta, na sua forma de enxergar a realidade (BRASIL, 2005b).

Isso se aproxima do que Freire (2006b) denomina de ideologia fatalista, que tende a aceitar, enquanto fatalidade, coisas que os sujeitos, desde que organizados e conscientes de sua condição de sujeitos, podem mudar. A ideologia fatalista insiste em convencer as pessoas de que elas nada podem contra a realidade social, que de histórica e cultural passa a ser “quase natural”. É muito comum, por exemplo, os usuários se queixarem de terem sido mal atendidos, de faltar medicamento na unidade básica de saúde, de não terem sido ouvidos ou até mesmo respeitados, mas ao fim dessas reclamações sempre surge a frase característica que expressa a visão fatalista dos usuários em relação a isso: “Fazer o quê? A realidade é assim mesmo”.

Para Campos (2000), muitas vezes é em nome da sobrevivência, do conforto e do cumprimento de objetivos sociais que a maioria se conforta em viver sem vontade crítica.

Diante disso, a educação em saúde deve despertar na população a consciência de sua capacidade de ação, colaborando para a construção dos sujeitos. Uma construção coletiva, pois nesse processo os profissionais de saúde também são transformados, também evoluem como sujeitos.

Deste modo, essa prática de participação é algo que o usuário deve assumir progressivamente em todas as dimensões de seu cotidiano. Na educação em saúde não é diferente, pois só há educação em saúde quando os usuários participam, compartilham saberes e juntos crescem na produção da autonomia.

Vale ressaltar que ao usuário não basta ser apenas participativo. Essa participação deve estar acompanhada de um olhar crítico e questionador sobre a realidade. É preciso superar a visão ingênua para uma visão crítica, e essa superação ocorre na medida em que a curiosidade ingênua deixa de ser ingênua e passa a ser epistemológica:

A curiosidade como inquietação indagadora, como inclinação ao desvelamento de algo, como pergunta verbalizada ou não, como procura de esclarecimento, como sinal de atenção que sugere alerta faz parte integrante do fenômeno vital. Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos acrescentando a ele algo que fazemos (FREIRE, 2006b, p.32).

A partir do momento que o usuário pela curiosidade epistemológica amplia seu poder de compreensão da realidade, passa a dar respostas e a interagir

com outras pessoas, seja profissional de saúde, seja outro usuário. Deste modo, o usuário passa gradativamente a se responsabilizar pela sua saúde, sendo um processo que envolve a própria escolha do usuário e não uma imposição.

Sabendo que o usuário ocupa um lugar de destaque no desenvolvimento da educação em saúde, seja no processo, nos resultados e até mesmo na avaliação, é vital que o usuário reconheça esse papel e passe a ser, mais do que um usuário de saúde, um parceiro no processo de construir melhores condições de saúde para si e para sua comunidade.

Em nossos dias, a prática do profissional de saúde é repleta de desafios, seja pelas limitações presentes no SUS, relacionadas ao financiamento, planejamento, organização, controle e avaliação dos serviços, seja pela formação do profissional de saúde, a qual fica a desejar diante das práticas que esse profissional deve assumir. Quando se fala em educação em saúde e no papel que o profissional deve adotar, surgem diversas maneiras de como ele deve ou não agir. Embora se reconheça que muitas dessas maneiras não dependam exclusivamente do profissional, mas das condições do processo de trabalho, bem como do usuário, é necessário analisar essa atuação no sentido de apontar caminhos para a construção de uma educação em saúde que produza corresponsabilidade.

Nesse sentido, inicia-se destacando o trabalho em equipe como um dos caminhos fundamentais que o profissional deve seguir no desenvolvimento de sua assistência direcionada às atividades de educação em saúde.

Historicamente, o trabalho de equipe surgiu pela necessidade do homem de somar esforços para atingir seus objetivos e pela complexidade dos tempos atuais, que impõem ao processo de produção relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimentos e habilidades (ARAÚJO; ROCHA, 2007; PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000).

Na área da saúde, essa conformação de trabalho surgiu principalmente em virtude do princípio da integralidade de assistência. Considerada um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade reveste-se de uma importância estratégica para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Assim sendo, o trabalho em equipe surge para redesenhar o processo de trabalho e produzir melhorias na qualidade do atendimento (PINHO, 2006).

Quando se trata de conceituar o trabalho em equipe, é possível identificar na literatura uma diversidade de definições. Contudo, chama a atenção o conceito descrito por Peduzzi (1998), que classifica a equipe em: equipe agrupamento e equipe integração. A primeira é caracterizada pela fragmentação das ações e a segunda pela construção de possibilidades de interação de diferentes saberes impactando sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença e rompendo a divisão do processo de trabalho.

Entre os benefícios do trabalho em equipe destacam-se: melhor percepção das necessidades de saúde da população e sua relação com os programas de saúde existentes; maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando autonomia e credibilidade dos trabalhadores de saúde; e maior responsabilização de cada equipe por um conjunto de problemas delimitados (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; CAMPOS, 1992).

O trabalho em equipe, contudo, não garante por si só a ruptura com a dinâmica médico-centrado (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possa-se construir a ideia de equipe integração e não de equipe agrupamento – que reproduz o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos – e a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde nos contextos pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, prevenção e reabilitação, trazendo a intersectorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; PEDUZZI, 1998).

Outro aspecto importante a se considerar é não cair na armadilha de acreditar que em uma equipe de saúde todos os profissionais sejam iguais, como se todos pudessem fazer tudo. É preciso considerar que cada profissional tem habilidades e capacidades típicas de cada especialidade. Nesse sentido, Campos (1997) aponta para o uso dos conceitos de Núcleo e Campo. O Núcleo seria o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão; assim, ele marca a diferença entre os profissionais de uma mesma equipe. O Campo seriam os saberes e responsabilidades que abrangem várias profissões ou especialidades. Apesar de o trabalho de equipe ter seu potencial, isso não deve eximir os profissionais de suas responsabilidades individuais (CAMPOS, 1997).

Independente de onde o profissional irá atuar, seja na atenção primária, de média ou alta complexidades, uma coisa lhe é essencial: o compromisso com a transformação social. Conforme mencionado anteriormente, o homem é um ser de consciência, portanto com capacidade de produzir mudanças em seu contexto. E essa ação de produção de mudança deve vir acompanhada do compromisso que mobiliza o homem: a ação, reflexão e conhecimento da realidade e ação transformadora. Por meio do compromisso, o homem se revela, expõe sua maneira de pensar, de ser humano e político. Não existem neutralidades, pois não há compromisso naqueles que se dizem neutros (FREIRE, 2006b).

Na educação em saúde, o profissional deve assumir o compromisso de, por meio dela, refletir, conhecer e promover ações para a comunidade de modo a produzir algum tipo de mudança naquele contexto. Importante destacar que não deve haver espaço no SUS para profissionais alienados que não se posicionem, que, ao invés de se inserirem no mundo, se adaptam a uma rotina de trabalho já posta. Não se apropriam do processo de trabalho, transferindo todo seu poder de ação a um paradigma dominante:

A realização dos homens, enquanto homens, está, pois, na realização deste mundo. Desta maneira, se seu estar no mundo do trabalho é um estar em dependência total, em insegurança, em ameaça permanente, enquanto seu trabalho não lhe pertence, não podem realizar-se. O trabalho não-livre deixa de ser um quefazer realizador de sua pessoa, para ser um meio eficaz de “reificação” (FREIRE, 2006a, p.165).

Dito isso, uma das formas de o profissional resgatar o compromisso com o trabalho é o conhecimento da realidade da população a qual ele é responsável. Ao se promover a educação em saúde, é essencial conhecer os diferentes contextos culturais, as necessidades ou problemas de saúde falados ou não falados (OLIVEIRA; PINTO, 2007). É fundamental que os profissionais tenham uma visão integral do indivíduo e sua família, estabelecendo vínculos e ações coerentes com as reais necessidades de saúde (MACHADO; VIEIRA, 2009; MARTINS et al., 2007; BESEN et al., 2007; OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Freire (2006a) chama a atenção para o respeito à cultura de cada comunidade e o quanto é prejudicial aquilo que ele denomina de invasão cultural. Colocando isso na realidade do profissional e do usuário de saúde, poder-se-ia dizer

que a invasão cultural é a penetração dos profissionais no contexto cultural dos usuários, impondo a eles sua leitura de mundo e restringindo sua criatividade:

Na invasão cultural [...] os invasores são os autores e os atores do processo, seu sujeito; os invadidos são modelados. Os invasores optam; os invadidos seguem sua opção [...] Os invasores atuam; os invadidos têm a ilusão de que atuam, na atuação dos invasores (FREIRE, 2006a, p.173).

Uma das formas de conhecer a realidade da população é valorizar o saber popular. Ao educador em saúde é imprescindível considerar o saber popular, uma vez que ao valorizar o saber do outro se cria um espaço para reflexão e apreensão de novos conhecimentos que implicam em mudança de atitude (OLIVEIRA et al., 2009; RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006).

Isso é primordial, pois o usuário de saúde é dono de um saber único que está estritamente relacionado com a forma como este se enxerga e enxerga o mundo. Seu saber traz o cotidiano implícito nas relações humanas e são de grande valia nas formulações de ações educativas na saúde (SARAIVA et al., 2007).

Freire (2006b, p.30), em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, fala sobre a valorização do saber dos educandos:

Por que não aproveitar a experiência que têm os alunos de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder público para discutir, por exemplo, a poluição dos riachos e dos córregos e os baixos níveis de bem-estar das populações, os lixões e os riscos que oferecem à saúde [...]?

Para reforçar essa necessidade, destaca-se que o processo ensino-aprendizagem deve sempre partir dos níveis de compreensão em que se encontram os grupos populares e com eles avançar transformando em rigor científico o que era senso comum (FREIRE, 2002). A valorização do saber popular é uma forma de respeitar a autonomia do usuário. Ora, se a educação em saúde tem como um de seus principais aspectos a produção da autonomia nos usuários, é vital que seu saber seja considerado, é fundamental que o direito do usuário de ser corresponsável seja respeitado, pois “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder aos outros” (FREIRE, 2006b, p.59).

Outra necessidade apontada por alguns autores refere-se à equipe multiprofissional possuir treinamentos, conhecimentos atualizados e habilidades

pedagógicas para desenvolver com qualidade a educação em saúde (SANTOS et al., 2009). Essa necessidade é destacada porque diversos estudos apontam que os profissionais consideram a educação em saúde como transmissão de conteúdo e seguem abordagens que se assemelham à metodologia pedagógica autoritária em que o educar em saúde acontece pelo repasse de conhecimentos de forma unilateral, sem que haja participação ativa do usuário (PINAFO, 2010; MACHADO; VIEIRA, 2009; RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006). Os profissionais de saúde ainda se preocupam mais em dar e oferecer informações e orientações do que promover mudanças de atitudes (TEIXEIRA, 2008).

Freire (2006a, p.66) denomina esse tipo de abordagem de educação bancária, pois a “educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante”. Por meio dessa abordagem não há espaços para a comunicação, mas apenas para comunicados. Ao educando basta apenas guardar e memorizar o que está sendo informado de forma passiva, sem críticas ou interação, pois o educador é o sujeito do processo, os educandos são meros objetos.

Quando o profissional de saúde limita a capacidade do usuário questionar ou tenta impor seu conhecimento científico sobre o conhecimento popular, é exatamente esse tipo de abordagem bancária que ele adota. Um dos grandes prejuízos da educação bancária é que não há produção do saber, não há criatividade, não há transformação, não há estímulo ao desenvolvimento da corresponsabilidade do usuário pela sua saúde. Muito pelo contrário, é reafirmado aquilo que Freire denomina de alienação da ignorância. Isso porque o profissional de saúde não aceita a condição fundamental do ato de conhecer que é a de sua relação dialógica com o usuário, ele apenas transfere seu saber à população considerando-a como não portadora deste conhecimento (FREIRE, 2006a).

Com base nisso, é fundamental que profissionais de saúde repensem o tipo de abordagem e reflitam sobre o que, de fato, significa ensinar e aprender.

Freire (2002) afirma que não há como compreender a educação sem perceber que no processo educativo há sempre um objeto de conhecimento a ser conhecido e apreendido. Antes de se tentar conceituar a educação, é necessário se autoquestionar da seguinte forma: Qual a minha compreensão do ato de conhecer? Conhecer para quê? Com quem? Em favor de quê? Contra quê? Em favor de

quem? Contra quem? Porém, Freire salienta que o primeiro questionamento deve ser: como conhecer? Ou seja, que métodos utilizar? Como ensinar? Todas estas indagações sugeridas por Freire destacam a necessidade de refletir sobre si, sobre o outro e sobre o contexto do processo educativo.

Dessa forma, ensinar não é transmitir conhecimento, pois o conhecimento não se transmite, mas se faz e se refaz historicamente por meio das transformações sociais (FREIRE, 2002). Acreditar que o conhecimento é algo que se possa transmitir é acreditar que o conteúdo da educação pode ser transformado em um acumulado de sabedoria e repassado como tijolos aos educandos (FREIRE, 2002). O grande problema da educação baseada na metodologia de transmissão é a não aprendizagem, uma vez que há pouca interação entre o sujeito e o objeto de conhecimento (VASCONCELLOS, 1992).

Assim sendo, aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo sujeito, e só tem sentido se resulta de uma aproximação crítica dessa realidade (LUCKESI, 1994). O aprendizado não resulta da memorização, mas da apropriação crítica do objeto, a qual se faz pela compreensão da realidade e reflexão crítica sobre ela.

No sentido de aproximar essas teorizações à prática, são propostas estratégias que auxiliem na compreensão de como se dá o ato de aprendizado. São elas: mobilização para o conhecimento, construção do conhecimento e elaboração da síntese (VASCONCELLOS, 1992). A mobilização para o conhecimento surge a partir do interesse que o sujeito tem em conhecer determinado objeto. Para despertar o interesse do sujeito, é preciso que o profissional de saúde dê um significado inicial a esse objeto, de modo que o usuário possa, a partir daí, refletir sobre ele e criar representações. Contudo, para que esse processo seja desencadeado, é preciso que tal significado tenha relação com a realidade dos usuários. Daí a necessidade do profissional conhecer a realidade da comunidade, como já destacado anteriormente.

No estudo de Machado e Vieira (2009) realizado com usuários e profissionais da equipe de saúde da família, um dos profissionais alegou que a comunidade não tem interesse de participar das atividades de educação em saúde. Com base nessa afirmação e considerando o papel da equipe em buscar a criação do interesse, é preciso questionar se realmente a população é a única responsável pelo não êxito de muitas atividades de educação em saúde realizadas pelo País.

Além do interesse, outro elemento fundamental para a mobilização do sujeito é a motivação. Vasconcellos (1992) afirma que a motivação resulta de características individuais, mas também da forma como o objeto de conhecimento é exposto e das relações interpessoais. O interesse e a motivação tendem a se fazer presentes, sobretudo quando a aprendizagem de um objeto está relacionada à satisfação de uma necessidade do sujeito.

Já a construção do conhecimento ocorre na interação do sujeito com o objeto de estudo. Logo, percebe-se que interesse e motivação não são o bastante para que a aprendizagem se realize, há a necessidade da ação do sujeito sobre o objeto. Essa ação pode ser motora, perceptiva ou reflexiva; deste modo fica claro que nenhuma aprendizagem é passiva. Vasconcellos (1992) apresenta alguns elementos que favorecem o processo de construção do conhecimento, entre eles, a problematização. Para este autor, a origem da busca pelo conhecimento surgiu quando o homem sentiu-se desafiado pela natureza e pela sociedade, isto é, numa situação de problema. O problema, nesse sentido, propicia que o sujeito busque novos conhecimentos. Aqui se destaca que a problematização na educação em saúde pode ser baseada na realidade local, nos problemas locais, pois além de estimular a reflexão também irá despertar o interesse uma vez que o objeto a ser discutido faz parte da realidade da comunidade.

A elaboração da síntese é o momento no qual o conhecimento é sistematizado. O sujeito deve apresentar as relações que foram estabelecidas com o objeto, isto é, seus significados, generalizações e aplicação em outras situações que as não estudadas (VASCONCELLOS, 1992).

Além de conhecimentos relacionados a diferentes abordagens pedagógicas, é necessário ao educador em saúde o cultivo de diversas virtudes que, a propósito, considero o maior desafio. Entre as virtudes destaca-se a humildade em reconhecer que o saber, apesar de científico, não é superior ao saber popular. Na área da saúde existe uma valorização do saber científico, adquirido por meio de métodos experimentais e do raciocínio lógico, em detrimento do senso comum (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004). Wendhausen e Saupe (2003) enfatizam que essa relação assimétrica, que coloca o usuário em uma posição de mero espectador, desconsiderando seus saberes, e o profissional com todo peso institucional de sua autoridade, sempre corre o risco de proceder de forma autoritária e não com autoridade.

A imposição do saber científico muitas vezes se expressa no autoritarismo do profissional que se considera superior e, portanto, melhor que o usuário e também pelo fato de partir de um pressuposto de que seu conhecimento é superior ao do usuário. O estudo de Rêgo, Nakatani e Bachion (2006) realizado com pessoas com Diabetes Mellitus revela esta situação. A partir dos depoimentos, percebeu-se o sofrimento desencadeado pelas proibições alimentares. Chama a atenção que o respeito a tais proibições foi construído de forma autoritária e vertical. Os profissionais de saúde, no intuito de orientarem os usuários a respeito de como se alimentar, ingerir medicamentos ou de como evitar determinados agravos à saúde, utilizam-se de métodos de dominação, de ameaças de piora de seu estado de saúde, o que de certa forma acaba produzindo obediência, mas que não é produto do respeito, mas do medo. Exemplos como este corroboram ainda mais a tendência de tentar objetivar o trabalho em saúde, como se ele acontecesse independente do agente executor e do sujeito doente, faz com que os profissionais encarem o paciente enquanto um objeto e não uma pessoa (CAMPOS, 1997).

O que se pretende destacar é que ao tornar o usuário um objeto, gera-se uma profunda dependência deste ao serviço de saúde. Ou seja, conduta totalmente contrária à educação em saúde, que deve fazer do usuário um sujeito corresponsável pela sua saúde.

Importante dizer que o contrário também ocorre. Há situações em que os profissionais são totalmente omissos, deixando a população vulnerável a uma série de condições que podem desencadear problemas de saúde. Um estudo revelou que alguns profissionais de saúde, apesar de presentes na realização das atividades educativas, parecem observadores alheios a tudo que se passava durante o encontro (OLIVEIRA et al., 2009).

Para superar, seja o autoritarismo, seja a omissão é preciso que o profissional tenha a capacidade de respeitar o outro e seus direitos. Afinal, ao mesmo tempo em que o usuário tem direito e dever de ser corresponsável, também é direito do usuário se beneficiar dos conhecimentos científicos do profissional. Ressalta-se que o respeito do usuário ao profissional também se torna primordial na relação entre esses sujeitos.

O respeito muitas vezes depende do grau de compreensão que um sujeito tem em relação ao outro e em relação às situações. No entanto, não se trata

da compreensão intelectual, a qual se adquire com a explicação dos fatos, mas da compreensão humana, cuja aquisição vai além da explicação.

A compreensão humana comporta um conhecimento de sujeito a sujeito, em que o “outro não é apenas percebido objetivamente, é percebido como outro sujeito com o qual nos identificamos e que identificamos conosco” (MORIN, 2002, p.95). Portanto, a compreensão necessariamente inclui um processo de empatia, de identificação, pois aborda questões da subjetividade, deste modo é fundamental que nesse processo haja abertura, simpatia e generosidade (MORIN, 2002). Isso porque o ser humano se constitui numa trama de relações sociais. O ser humano se constrói a partir das relações que estabelece dentro de uma sociedade e suas ações ajudam a construir essa mesma sociedade. Essa interação simbiótica promove a evolução simultânea e potencializada do ser individual e de sua representação coletiva. Por fim, o ser humano torna-se o conjunto das relações sociais das quais participa de forma ativa (LUCKESI, 1994).

A escuta também é uma virtude importante para a prática educativa. Escutar “[...] significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro” (FREIRE, 2006b, p.119). Com isso, Freire (2006b) não quer dizer que aquele que escuta seja inferior àquele que fala, ou que aquele que fala tenha mais conhecimento do que aquele que escuta. Isso seria uma autoanulação.

Deste modo, os profissionais de saúde precisam estar atentos para a escuta, perceber o outro enquanto sujeito e a partir da relação com o usuário valorizar a troca de saberes, deixando de lado todo o poder, a autoridade que muitas vezes, como já mencionado anteriormente, o profissional julga ter. O saber escutar se torna na educação em saúde uma prática fundamental, pois é a partir dela que o trabalhador de saúde identifica os temas a serem explorados, refletidos e aprofundados, de acordo com a necessidade de cada comunidade (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004).

Além disso, é preciso considerar que o silêncio tem um papel relevante no espaço da comunicação. Primeiro, porque permite que aquele que escuta entre no movimento interno de seu pensamento e, segundo, porque possibilita escutar a indagação, a dúvida, a criação de quem escutou (FREIRE, 2006b). Quando se trata de educação em saúde, salienta-se outra virtude: a paciência. Atualmente vive-se em um mundo que cultiva uma cultura em que tudo é

imediatos. Na área da saúde algumas ações, de fato, produzem resultados imediatos, por exemplo, em unidades de pronto-atendimento. Contudo, esse processo de trabalho não pode ser transferido para a área da educação em saúde. Essa visão precisa ser relativizada e atualizada, é preciso compreender as peculiaridades do trabalho educativo e como e em que tempo se dá seu impacto junto aos usuários (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Outras virtudes destacadas por Freire (2006b) são a tolerância e a coerência. A tolerância sugere uma capacidade de aceitar as diferenças, de conviver com pessoas que possuam ideias, convicções e escolhas contrárias (MORIN, 2002). De acordo com Morin (2002), a tolerância deve ser exercida no campo das ideias e jamais no campo das agressões, dos insultos ou dos atos homicidas.

Por sua vez, a coerência consiste em aproximar o discurso da prática, isto é, o que se diz deve ser compatível com o que se faz (FREIRE, 2002). Para Freire (2002), esta é uma virtude que deve acompanhar o sujeito que se propõe a educar, pois sua credibilidade depende de sua coerência.

A incoerência ainda está muito presente na realidade dos profissionais de saúde. O estudo de Paulo Silva, Rotemberg e Vianna (2004), sobre as concepções de educação em saúde sob a ótica de profissionais de saúde, revelou que embora nos discursos dos participantes surgissem questões referentes ao compartilhamento e troca de saberes, permanece nas falas um forte traço de que quando o profissional ensina é melhor.

Por fim, ensinar também exige amor. O amor é uma virtude indispensável à prática educativa, pois não há educação se não há amor. Isso porque é do amor que emergem as demais virtudes já mencionadas. Quem ama se compromete, é tolerante, humilde, tem esperança, escuta, compreende, é coerente, dialoga e respeita. Quem ama tudo faz para o bem do próximo (FREIRE, 2001).

Com base nessas colocações, percebe-se que formar um profissional que tenha todos esses aspectos representa um grande desafio, pois se vive em uma sociedade que por questões históricas imprime no sujeito determinadas formas de pensar e agir. E ao propor uma prática que contraria em vários aspectos algo que os profissionais já se adaptaram a fazer não é fácil. Contudo, é preciso construir e fortalecer cada vez mais a ideia da construção constante do ser humano, do quanto ele ainda tem a aprender, do quanto ele precisa evoluir, não por vaidade, mas pela sua essência de ser inacabado.

Para Freire (2006b), é preciso reconhecer que o homem é um ser inacabado. Campos (2000, p.98) também reforça essa característica do homem:

A produção do sujeito é um processo ininterrupto e sempre inacabado, não havendo, portanto, identidade estável. Embora haja, em cada pessoa ou coletivo, estabilidade relativa de alguns elementos, ou processos, ou tendências, identificáveis como característicos de tal ou qual sujeito.

Para Freire (2006a), a inconclusão humana é própria da experiência de viver. Além do homem, a realidade é inacabada, assim como tudo no mundo. No entanto, somente o homem tem consciência da sua inconclusão. Só há educação porque o homem é inacabado; essa é a raiz da educação (FREIRE, 2001). O inacabamento do homem o coloca em uma constante busca. Logo, pode-se dizer que a educação é essa constante busca; dessa forma, o homem é sujeito de sua educação e não objeto dela (FREIRE, 2001).

Essa procura do homem pelo conhecimento deve ocorrer no intuito de ele querer *ser mais* e não *ter mais*. Para tanto, a educação não deve ocorrer na exclusividade, no isolamento, no individualismo, mas na solidariedade, na comunhão (FREIRE, 2006a). Citando Freire (2001, p.28): “O homem não é uma ilha. É comunicação”.

Considerando que o homem é um ser inacabado, torna-se fundamental aceitar o novo e, portanto, correr riscos (FREIRE, 2006a). Morin (2002) relata que o ser humano se assegura em teorias e ideias que não têm estrutura para acolher o novo, porém, apesar da resistência às novidades, elas são reais e surgem a todo instante.

Sendo assim, o papel do profissional na educação em saúde é desvelado:

[...] como seres que caminham para frente; que olhem para frente; como seres a quem o imobilismo ameaça de morte; para quem o olhar para trás não deve ser uma forma nostálgica de querer voltar, mas um modo melhor de conhecer o que está sendo, para melhor construir o futuro. Daí que se identifique com o movimento permanente em que se acham inscritos os homens, como seres que se sabem inconclusos; movimento que é histórico e que tem o seu ponto de partida, o seu sujeito, o seu objetivo (FREIRE, 2006a, p.84).

Conforme visto, outro elemento que influencia fortemente a forma como são desenvolvidas as ações de educação em saúde é a organização do

processo de trabalho determinado pelo sistema de saúde. Assim sendo, pretende-se descrever de que modo essa determinação ocorre e como lidar com essa influência diante da necessidade de promover uma educação em saúde que favoreça a construção de corresponsabilidades.

No início do século XX, os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começaram a ser conhecidos e ampliados, influenciando não só o trabalho industrial, mas também o trabalho no setor de serviços de saúde. Por isso, é comum visualizar no processo de trabalho em saúde uma assistência fragmentada, resultante de um trabalho parcelado (MERHY, 2006). Para Campos (1997), a fragmentação da assistência representa um dos problemas mais importantes no trabalho de saúde pública brasileiro.

Vários estudos realizados com o propósito de analisar a assistência à saúde, seja direcionada à saúde da criança e do adolescente, da mulher, do adulto ou do idoso, revelam uma prática fragmentada incapaz de ser resolutiva diante da complexidade dos problemas apresentados pela população em seus diferentes ciclos da vida (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010; XIMENES NETO; CUNHA, 2006; MALTA et al., 2004).

Pires, Gelbcke e Matos (2004) identificaram no trabalho da enfermagem algumas características da divisão técnica e da organização taylorista do trabalho, tais como: a valorização da realização da tarefa, distanciando o trabalhador do controle do seu processo de trabalho e da interação com o sujeito cuidado; trabalho repetitivo, com pouca autonomia; e pouco espaço para ações criativas e para participação no processo decisório do cuidar.

Para Merhy (1999), o modelo assistencial vigente nos serviços de saúde guia-se pela ótica hegemônica neoliberal, e, na prática, essa visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, que acabam sendo considerados legítimos.

Nesse modelo, há uma tendência de se adotar políticas que passam tanto a desproteger o trabalho quanto o trabalhador. Cita-se, como exemplo, a instabilidade provocada pelas várias modalidades de contrato e de remuneração existentes na estratégia saúde da família. Essa situação gera instabilidade e conflitos entre as equipes, interferindo na qualidade do serviço prestado, além de dificultar os processos de integração, construção de vínculos e o próprio

fortalecimento das relações entre profissionais e usuários, as quais constituem a essência do trabalho em saúde (SCHRAIBER et al., 1999).

De acordo com Merhy (2006), o trabalho em saúde é um processo relacional produzido por meio daquilo que ele denomina de trabalho vivo em ato. Em outras palavras, o encontro de duas pessoas estabelece um jogo de expectativas, propiciando a abertura para o diálogo, escuta, integralidade e construção coletiva da assistência à saúde.

Contudo, em virtude da fragmentação da assistência, esses processos relacionais, também denominados de tecnologias leves, são cada vez mais incipientes no processo de trabalho em saúde. Por outro lado, as tecnologias duras, que se referem ao instrumental complexo englobando todos os materiais e equipamentos para tratamento, exames e organização das informações, estão cada vez mais presentes, juntamente com as tecnologias leve-duras (saberes técnicos estruturados) (MERHY, 1997).

Quando o processo de trabalho está imbuído de tecnologias duras, surgem limitações, tais como: liberdade restrita do trabalhador para ser criativo, se relacionar, criar vínculo com o usuário, experimentar soluções para os problemas, além de uma escassa inserção do usuário na produção de sua saúde. E mais, as ações de saúde acabam tendo como propósito hegemônico a cura das doenças, ficando em um segundo plano as ações de educação, prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2005d).

Diante disso, como consequência dessa configuração do processo de trabalho ocorre a alienação tanto de profissionais quanto de usuários. Essa alienação se manifesta pelo grau de afastamento do profissional e dos usuários de suas responsabilidades em defesa da vida (CAMPOS, 1997). De acordo com Campos (1997), essa tendência de tentar objetivar o trabalho em saúde, como se ele acontecesse independente do agente executor e do sujeito doente, faz com que os profissionais encarem o usuário enquanto um objeto e não uma pessoa.

Perante os insucessos da lógica hegemônica no processo de trabalho em saúde, torna-se chave o deslocamento do processo assistencial centrado em procedimentos fragmentados, por outros processos, que se pautem pela vinculação, cuidado e pela corresponsabilidade no intuito de favorecer que tanto os profissionais quanto os usuários tenham a capacidade de fazer escolhas responsáveis que garantam maior qualidade de vida (MALTA; MERHY, 2010).

Em resposta ou não a essa necessidade, percebe-se atualmente um crescimento de publicações que apresentam formas alternativas de produção de cuidados, sobretudo focadas em ações de prevenção e promoção à saúde. As expressões como prevenção e promoção à saúde vêm servindo de referência para ações e políticas na área da saúde e difundidas cada vez mais nos diferentes veículos midiáticos, entretanto, marcadas por ambiguidades (CASTIEL; GUILAM, 2007).

De acordo com Castiel (2011), a promoção da saúde emergiu no cenário em que o neoliberalismo tomava impulso nos países anglo-saxões, o que significava restrição à intervenção do Estado na economia e conseqüente redução de custos na área social. Com o objetivo de reduzir os gastos com o sistema de saúde, os indivíduos foram incentivados a assumir a responsabilidade pela própria saúde.

Diante disso, tem havido nos últimos anos um apelo excessivo pela adoção de hábitos saudáveis de vida. Entretanto, tais apelos promovem uma dimensão persecutória nos indivíduos, na medida em que suscitam a culpabilização preventiva daqueles que se expõem a riscos já conhecidos, tais como: sedentarismo, má alimentação, estresse, entre outros (BAGRICHEVSKY et al., 2010). E colocam a mudança de comportamento individual como uma importante estratégia para a redução do risco epidemiológico (CASTIEL; GUILAM, 2007).

Diversos autores destacam criticamente os discursos sobre riscos com fins culpabilizantes em estratégias de promoção e educação em saúde (CASTIEL; VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011; FRAGA, 2006; GASTALDO, 1996; PETERSEN, 1996).

Muitos conhecimentos produzidos a partir de análises e cálculos de risco epidemiológico contribuem para prevenir doenças e proteger vidas. Contudo, apesar de toda a sua formalização matemática, que lhe dá ares de objetividade, o conceito de risco é uma construção social, portanto, seu uso acrítico e excessivo pode originar distorções, equívocos e, em última análise, sofrimento (CASTIEL, 2011).

Uma das maiores limitações em focalizar no indivíduo a solução para a minimização dos riscos é não considerar as injunções sociopolíticas, culturais e econômicas envolvidas nesse processo. Nesse sentido, embora se perceba maior valorização do sistema de saúde sobre as ações de promoção e educação em

saúde, elas estão configuradas de uma maneira que, assim como o modelo anterior, são incapazes de solucionar as necessidades de saúde da população.

Diante disso, é preocupante o exponencial crescimento do discurso “preventivista-antecipatório”, na medida em que apresenta soluções simplistas, tais como a adoção de hábitos saudáveis, para questões complexas.

A sociedade de modo geral sempre buscou a fragmentação para simplificar o complexo, contudo ao fragmentar o complexo continua complexo, pois o complexo jamais poderá ser reduzido a algo simples. Os efeitos dessa simplificação acabam resultando na falsa manipulação e controle dos fenômenos (FALCÓN; ERDMANN; MEIRELLES, 2006).

Na educação em saúde já se tem percebido que as práticas educativas desenvolvidas para ensinar à comunidade o autocuidado e a adoção de estilos de vida saudáveis, sobretudo aos grupos de educação em saúde, objeto de estudo do presente trabalho, têm produzido uma normatização na vida das pessoas que tem muitas vezes gerado conflitos e resistências na aceitação de tais orientações (FERREIRA et al., 2009).

Contudo, o insucesso de ações educativas não pode ser atribuído exclusivamente ao profissional de saúde – pelo fato de possuir debilidade acerca do que é educação em saúde – ou ao usuário – cujo interesse está voltado para ações curativistas e medicalizantes –, mas sobretudo ao sistema de saúde atual, que apesar de estar estruturado sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade, ainda está impregnado de traços do modelo hegemônico neoliberal.

Fertonani (2003), estudando o trabalho de equipes do Programa Saúde da Família de Maringá, Paraná, chegou à conclusão de que o modelo ainda era centrado no médico e no atendimento curativo; que o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo coerente às necessidades da população da sua área de abrangência, e que as atividades desenvolvidas no domicílio não representavam uma ruptura com o modelo biomédico.

Pesquisas como as de Bertoncini (2000), Costa, Lima e Oliveira (2000), Costa et al. (2000) e Souza (2000) têm exposto as precárias condições de trabalho em que as equipes estão inseridas. Apontavam para a insuficiência de profissionais; várias modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e

em situação precária; sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre os profissionais e a população, quando as equipes não conseguem atender à demanda.

Imersos nesse sistema, não se pode negar que profissionais e usuários sejam constantemente capturados pela lógica da produção de procedimentos, do consumo de consultas médicas, da dispensação de medicamentos, entre outras.

O próprio grupo também sofre esse processo de captura, na medida em que, ao invés de servir de espaço para a criação de corresponsabilidades, cumpre apenas um papel normativo, de produção de serviços ou apenas como uma forma estratégica de organização da demanda (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Destacar a influência do sistema de saúde nas práticas de usuários e profissionais de saúde não significa dizer que eles estejam permanentemente reféns desse processo, pois, de acordo com Campos (2000), não há, mesmo que queira, um sujeito totalmente instituído, isto é, condicionado a alguma ideologia; sempre haverá brechas, fluxos irreprimíveis, permitindo a abertura às novidades. Trata-se, portanto, de identificar essas brechas e fortalecê-las.

Feitas as discussões sobre os diferentes papéis dos profissionais de saúde e usuários e sistema de saúde na educação em saúde, destaca-se que “é no coletivo que as pessoas se educam e se identificam [...] e o encontro entre os sujeitos é fundamental no processo de conscientização [...]” (ASSUMPÇÃO et al., 2009, p. 41-83).

Com base nessas palavras, surge o grupo enquanto um espaço propício para o encontro entre os sujeitos, para o desenvolvimento da educação em saúde e para o exercício corresponsável do profissional, do usuário e do sistema de saúde.

2.3 GRUPO: ESPAÇO PROPÍCIO DE CRIAÇÃO DE CORRESPONSABILIDADES

2.3.1 O Grupo como Estratégia de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

O ser humano é um ser social e, por natureza, ele só existe em função dos seus inter-relacionamentos grupais. Desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social (ZIMERNAN, 2007). Sendo o grupo uma qualidade inalienável do ser humano (BARROS, 2007), é preciso que esta prática seja cada vez mais exercida em diversos campos, sobretudo na área da saúde, uma vez que ele surge como uma possibilidade de apoio para pessoas que convivem com a doença crônica.

No Brasil, atualmente as doenças crônicas que merecem mais destaque são a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM), por constituírem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares que representam a principal causa de óbitos no País (BRASIL, 2001).

A HA possui uma prevalência que varia de 18% a 22% em uma população acima de 20 anos de idade. E possui forte correlação com os casos de acidente vascular encefálico (80%) e com os casos de doenças isquêmicas do coração (60%) (BRASIL, 2001). A HA também apresenta um elevado custo médico-social, sobretudo por conta das complicações que acarreta e do tratamento (FLACK et al., 2002).

O DM também vem aumentando sua importância pela crescente prevalência. Estima-se que, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no País, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos cinco milhões de diabéticos no ano 2000. Dados demonstraram uma prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos. Estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) demonstrou uma prevalência de 12% de diabetes nessa população. Outro fator importante refere-se ao alto grau de desconhecimento da doença, em que 46,5% dos diagnosticados desconheciam o fato de serem portadores de diabetes (TORQUATO, 2003; BRASIL, 2001).

Assim como a HA, o DM tem alto potencial de acarretar complicações. É a principal causa de amputação em membros inferiores e, além

disso, a doença está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos acometidos pela doença (BRASIL, 2001).

A possibilidade de associação das duas doenças já supera 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias numa mesma pessoa. Neste sentido, no campo da atenção básica é preciso inovar e não se restringir a intervenções tradicionais (BRASIL, 2001).

Na atenção aos portadores de doenças crônicas, o modelo de prática clínica centrada na dimensão biomédica e com olhar dirigido apenas para a doença é pouco eficiente (BURY, 2001). Para maior efetividade da atenção aos portadores de doenças crônicas, torna-se fundamental que a prática clínica assuma uma dimensão dialógica, interativa e cuidadora (KLEINMAN, 1988).

É nesse contexto que os serviços de saúde têm enfatizado a importância do atendimento a essa clientela, seja no âmbito da atenção individual, seja no da coletiva, como é o caso dos grupos. A partir desse quadro, o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais e a Estratégia de Saúde da Família em todo o território nacional, criou, em novembro de 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com a finalidade de capacitar os profissionais de saúde que atuam na área da atenção básica, destacando-se nessa proposta a especificidade do trabalho com grupos e a sua importância no acompanhamento e no controle dos portadores de HA e DM (SOARES; FERRAZ, 2007).

2.3.2 Trajetória das Práticas Grupais em Saúde

Antes de descrever as contribuições e os desafios para se trabalhar em grupos, é importante destacar alguns de seus aspectos conceituais e históricos. Acredita-se que essa descrição inicial é fundamental para compreender a forma como os grupos são desenvolvidos atualmente e também para auxiliar a pensar alguns elementos estratégicos das práticas grupais no contexto da saúde (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Em relação aos aspectos conceituais, o grupo se oferece como um dispositivo de educação em saúde, uma vez que tem a capacidade de produzir e transformar conhecimentos (PASSOS, 2007). Deste modo, o grupo permite vencer

as resistências a mudanças e provocar modificações na estrutura do campo social (BARROS, 2007).

São várias as definições atribuídas aos grupos, entre elas como pessoas reunidas por objetivos e necessidades comuns que, ao estabelecerem relações entre si, criam uma totalidade que não é mais identificada nos indivíduos que a compuseram (BARROS, 2007; BOEHS et al., 2005).

No grupo (BARROS, 2007, p.310):

[...] se estabelecem conexões não apenas entre pessoas diferentes, como também entre modos de existencialização diferentes. Isto cria um vasto campo de confrontos, de certezas, de expectativas, de interrogações que se propagam como ondas sonoras, abrindo fossos onde tudo estava cimentado, fissurando o que estava congelado.

Diante disso, o grupo possibilita a construção de subjetividades, pois os processos de subjetivação são necessariamente coletivos. Coletivo não como a somatória de pessoas, o coletivo é impessoal, local onde se formam agenciamentos de enunciação. A subjetividade, portanto, é sempre de grupo (BARROS, 2007; FERNÁNDEZ, 1989; GUATTARI, 1981).

A subjetividade é fundamental para o desenvolvimento da educação em saúde voltada para a produção de responsabilidades, pois contribui para a valorização de elementos que são fundamentais para a elaboração de um projeto terapêutico, tais como: a escuta, a valorização do saber da população, a reflexão sobre a realidade do usuário, entre outros.

Calviño (1998) relata a importância de diferenciar os termos *grupo* e *agrupamento*. Para este autor, o termo grupo implica a existência de vínculos entre os membros, comunicação, de um objetivo comum, relações de interdependência e a existência de afetos entre os participantes. Por outro lado, o termo agrupamento consiste apenas em reunir certo número de pessoas em determinado local sem se preocupar em construir os elementos relacionados acima.

Guattari (1981) também formula alguns conceitos fundamentais em relação aos grupos. Para ele, há dois tipos de grupos: grupo sujeito e grupo sujeitado. O grupo sujeitado possui uma organização mais conservadora, no sentido de respeitar hierarquias e não valorização da enunciação coletiva. Por outro lado, o grupo sujeito dá abertura para processos criativos, pois permite a interação com os

outros, é uma tendência que combina a hierarquia com a totalidade dos diferentes membros do grupo.

O que ambos os autores querem destacar é que uma característica fundamental dos grupos é o despertar da autonomia e responsabilidades entre seus membros, de modo que estes não devem ser meros ouvintes e submissos ao líder do grupo.

Contudo, atualmente é muito comum a prática de reunir pessoas com HA e DM somente para a entrega de medicamentos e não para interação, socialização, compartilhamento e construção de saberes, caracterizando muito mais um agrupamento ou grupo sujeitado do que um grupo ou grupo sujeito.

Em relação aos aspectos históricos, os grupos foram influenciados por movimentos sociopolíticos de cada época. Embora o termo grupo tenha surgido pela primeira vez no século XVII, foi no século XVIII que o termo passou a designar a reunião de pessoas. No decorrer dos anos, esse conceito continuou em construção, sendo apenas no século XX que o grupo foi constituído enquanto uma instituição que produza saber e campos de poder.

Na evolução histórica do conceito de grupos, Barros (2007) destaca duas correntes. Na primeira, representada por Durkheim, o grupo era visto como mais do que a soma das partes. Ou seja, o grupo tinha a capacidade de produzir algo que jamais poderia ser produzido pelos sujeitos individualmente na sociedade. Desde modo, “é na sociedade e no grupo que se deve buscar uma explicação para a vida individual” (BARROS, 2007, p. 82). O indivíduo quando fora de um grupo ou sociedade é uma abstração.

Na segunda corrente há Hobbes, que, ao contrário de Durkheim, coloca o indivíduo como elemento fundamental, sendo a sociedade e o grupo apenas expressões das atitudes individuais. Os que defendiam essa concepção afirmavam que o que fosse produzido por um grupo já existiria anteriormente nos indivíduos.

Diante dessa dualidade entre sociedade e indivíduo, as discussões em torno do grupo foram merecendo destaque e até mesmo abordadas como possível solução para desvendar as forças de determinação da sociedade sobre o indivíduo e vice e versa (BARROS, 2007).

No século XX, é fundamental destacar Lewin, um dos grandes teóricos sobre a temática. Para este autor, o grupo também era mais do que a soma

de suas partes, de modo que qualquer alteração entre algum dos elementos produziria uma modificação em toda a estrutura grupal. Ao enfatizar a unidade do todo grupal e das relações de interdependência que são estabelecidas entre os membros do grupo, Kurt Lewin estabeleceu a dinâmica de grupo e também contribuiu para a determinação de métodos de investigação quando propôs a pesquisa-ação (BARROS, 2007; CALVIÑO, 1998).

Outro teórico de destaque nessa época foi Moreno, psiquiatra romeno que nos Estados Unidos passou a trabalhar com a sociometria, que discutia as relações de simpatia e antipatia entre os sujeitos, sendo o sociograma uma forma de expressar graficamente as redes de preferência e rejeição entre as pessoas. Sua principal finalidade era conhecer o grupo e, a partir daí, produzir mudanças (BARROS, 2007).

À medida que o interesse pela experiência de grupo crescia, disseminou-se uma vasta gama de modalidades de grupos. Porém, este trabalho pretende se aprofundar em uma modalidade específica: *os grupos terapêuticos*.

Em 1905, Pratt foi um dos primeiros a utilizarem o grupo com fins terapêuticos. O grupo era realizado com o objetivo de estimular práticas de cuidado e higiene para pessoas portadoras de tuberculose. Durante sua experiência, percebeu melhorias na condição de saúde dos participantes (BARROS, 2007; ZIMERMAN et al., 1997). Outra vantagem mencionada pelo autor era a econômica, ao se produzir informação coletiva em prol de cuidados que poderiam ser conduzidos pelos pacientes em suas próprias casas, além do efeito educativo que as pessoas poderiam efetuar sobre parentes, amigos e vizinhos (BARROS, 2007).

O próprio Moreno, conforme mencionado anteriormente, percebeu os efeitos terapêuticos em seus trabalhos com teatro. Deste modo, passou a utilizar a arte dramática para a psicoterapia, criando o psicodrama. A dramatização dos conflitos era o principal elemento terapêutico utilizado por este autor (BARROS, 2007).

Durante a 2ª Guerra Mundial, Bion, outro importante grupalista, iniciou sua experiência em um hospital na condução de um grupo com 400 homens, com o objetivo de conscientizá-los sobre suas dificuldades e o modo de lidar com elas. Na experiência, observou a criação do espírito de grupo entre os membros de um grupo e como isso influenciaria no comportamento de cada um considerado isoladamente (BARROS, 2007).

Outro autor bastante conhecido pela utilização de grupos terapêuticos foi o psiquiatra Enrique Pichon-Rivière, que na América Latina criou a técnica dos grupos operativos, que é aplicada na atualidade em alguns serviços de saúde. Para Pichon-Rivière, um conjunto de pessoas só poderia se estruturar como grupo se estivesse centrado em uma tarefa (BARROS, 2007). Assim sendo, os grupos operativos se caracterizam pela relação que seus integrantes mantêm com a tarefa, que pode ser de cura ou aquisição de conhecimentos. O objetivo principal do grupo é a produção de uma mudança que se obtém por meio do aprender a refletir sobre o cotidiano.

Percebe-se que as características descritas por Pichon-Rivière favorecem as atitudes que são valorizadas na educação em saúde, tais como a reflexão para a realidade para a produção de conhecimento e, conseqüentemente, a mudança.

Essa técnica de grupo é universal, visto que pode ser desenvolvida em qualquer situação, seja para aprendizagem, cura ou qualquer aspecto terapêutico que possa estar presente em uma comunidade.

Pichon-Rivière (2009) propôs alguns critérios para avaliar a funcionalidade de um grupo. São sete os vetores de avaliação. O primeiro vetor é a *Afiliação*. É um primeiro grau de identificação que os integrantes têm com a tarefa e com os demais integrantes. O integrante se aproxima, com certo distanciamento, não se envolve de corpo inteiro. O segundo vetor envolve a *Pertença*. Na medida em que o grupo se desenvolve, o vetor afiliação vai-se transformando em pertença. Há um maior grau de identificação e integração grupal permitindo a elaboração da tarefa. É quando os integrantes superam as distâncias. Nesse momento, os membros percebem que o projeto lhes pertence, deixam de ser espectadores e passam a ser seus protagonistas. Pode ser vista no grupo pelo grau de responsabilidade com o qual os integrantes assumem o desenvolvimento da tarefa. O terceiro vetor é a *Cooperação*, que constitui em uma contribuição ainda silenciosa à tarefa grupal. É a possibilidade de os integrantes assumirem e desempenharem papéis diferenciados. Essa complementariedade consiste na capacidade de desenvolver papéis, não em uma superposição ou atropelamento competitivo, mas em uma complementação mútua. Há uma verdadeira rotação de papéis no processo grupal. É a contribuição de cada um dos integrantes para com a tarefa e para com os outros integrantes. Cada um contribui com o que sabe e com o que pode. A

Pertinência é o centramento na tarefa. Ser pertinente em uma tarefa é sentir-se, localizar-se direcionalmente sobre a tarefa.

O vetor fundamental de interação grupal é a *Comunicação*, que pode ocorrer por distintas vias: verbal, gestual, por atitudes comportamentais, afetivas e emocionais. O resultado da comunicação é a informação. Nesse processo é importante considerar o fator ruído, que tende a agir como um fator perturbador no processo de comunicação. O sexto vetor de avaliação de um grupo é a *Aprendizagem*, que seria a possibilidade de abordar um objeto, apoderar-se instrumentalmente de um conhecimento para poder operar com ele. A aprendizagem se desenvolve a partir das informações, em saltos de qualidade que incluem a tese, antítese e síntese. Mudanças quantitativas que preparam mudanças qualitativas e estruturais. Implicam criatividade, elaboração de ansiedades, e uma adaptação ativa à realidade. O sétimo vetor é a *Tele*, que é o clima em que se desenvolve o grupo. É a disposição positiva ou negativa para trabalhar a tarefa grupal. Nada mais é do que a aceitação ou rejeição que os integrantes têm espontaneamente em relação aos demais. São sentimentos de atração ou rejeição e, portanto, tele positiva ou negativa. Significa que toda situação de encontro é, por sua vez, um reencontro com figuras do mundo interno, da história dos integrantes, as quais se reeditam na nova situação.

Essa dinâmica grupal não é linear ou cumulativa, ela ocorre num movimento dialético, onde cada alvo alcançado transforma-se imediatamente em um novo ponto de partida. É permeado de perdas e ganhos, os quais devem ter uma resultante positiva e, portanto, operativa. São nessas idas e vindas do movimento dialético que vão ocorrendo os ajustes e correções de conceitos, preconceitos, tabus, fantasias inconscientes, ideias preconcebidas e estereotipadas, desenvolvendo uma atitude plástica e criativa. Aprender, portanto, vem a ser uma nova leitura da realidade e apropriação ativa da mesma. Não estando somente no discurso, mas nas ações mais ordinárias do cotidiano. Essa aprendizagem mobiliza mudanças, onde o sujeito deixa de ser espectador e passa a ser o protagonista de sua história e da história de seu grupo (ABDUCH, 2011).

2.3.3 O Uso das Práticas Grupais nas Ações de Saúde

Estudos relatam o uso dos grupos em atividades de educação em saúde, entre eles o trabalho de Torres, Hortale e Schall (2003), desenvolvido com portadores de diabetes. Os resultados revelaram que o uso dessa técnica permitiu que o conhecimento fosse construído de uma forma inovadora. Na opinião dos profissionais, possibilitou a maior relação com o usuário e a troca de experiências comuns, que auxiliaram no entendimento da doença. Outro estudo também cita os benefícios do grupo na compreensão do processo saúde-doença. O trabalho mostrou o desenvolvimento de diálogos entre os portadores de doenças crônicas e a valorização e legitimação de que significados e saberes desenvolvidos a partir das vivências pessoais e coletivas podem contribuir em mudanças nas concepções sobre o processo saúde-doença entre seus participantes (FAVORETO; CABRAL, 2009).

Outros benefícios do grupo encontrados na literatura foram: espaço de troca, onde as angústias, os medos e as ansiedades foram compartilhados, bem como a troca de experiências (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004). Outra pesquisa sobre o tema revelou a diminuição dos índices de glicemia capilar, níveis pressóricos e demanda por consulta médica (SILVA et al., 2006).

Maffaccioli e Lopes (2005) citam que na atividade de grupo os participantes se surpreendiam diante de suas aptidões nos momentos de interação com o grupo.

Os grupos representam um espaço de educação em saúde como uma fonte de estímulo à organização local, pois facilitam o exercício da cidadania, através de projetos comunitários. Constituem uma alternativa para que as pessoas retomem seus papéis sociais e/ou outras atividades de ocupação de tempo livre [...] e o relacionamento interpessoal e social (GARCIA, *et al*, 2006, p.181).

Em todos esses estudos, percebe-se a participação ativa dos usuários nas atividades e o quanto isso produz uma nova forma de aprender não só aspectos relacionados a doenças, mas relacionados à vida de modo geral. Importante salientar que nesses momentos os participantes descobrem potencialidades particulares até então desconhecidas e isso, sem dúvida, desperta um alto poder de transformação.

Os sujeitos que convivem com o processo de cronicidade, em geral, além de terem que lidar com as mudanças implicadas pela doença, vivenciam uma série de sentimentos, tais como raiva, negação, agressividade, entre outros. Deste modo, a inserção deste grupo populacional em trabalhos de grupos é fundamental.

Apesar da importância e do incentivo do MS para a inserção de grupos na atenção às pessoas com doenças crônicas, nem todos os serviços de saúde se encontram preparados para atuar nessa lógica.

Os grupos atualmente passam por dois momentos: o de desvalorização e o de descaracterização. No primeiro, o grupo aparece muitas vezes como uma alternativa de tratamento mais barata e, portanto, julgada como menos eficaz. Ou seja, seria o tipo de recurso adequado apenas para aqueles que possuem poucos recursos financeiros. Outro argumento citado para a pouca valorização dos grupos é que essa é uma técnica do passado, muito utilizada nas décadas de 1960 e 1970, mas que hoje não se aplica mais, pois nas décadas de 80/90 observou-se um decréscimo de oferta de espaços terapêuticos grupais e pouca motivação para as práticas grupais nos serviços de saúde (BARROS, 2007).

Diante disso, poder-se-ia questionar: por que a procura por grupos atualmente ainda é baixa? Será que os serviços de saúde oferecem espaço para esse tipo de atividade? Ou na verdade só não há demanda pela falta de oferta?

Esses questionamentos são corroborados por Barros (2007, p. 275):

Se entendermos que a demanda é sempre produzida, é histórica, ao invés de naturalizarmos, simplesmente afirmando que antes as pessoas procuravam os grupos e hoje já não o fazem mais porque não precisam ou não querem mais esta opção terapêutica, vale perguntar pelos modos como têm sido – e se, efetivamente, têm sido – feitas as ofertas, pelos serviços e/ou terapeutas.

Outro momento pelo qual o grupo passa é o de descaracterização. Pereira (2007) relata a realização de uma atividade de grupo sobre planejamento familiar que não evoluiu em decorrência de se basearem na concepção bancária de educação em saúde, isto é, de transmissão de conhecimento técnico, sem interagir com o saber popular, em que as demandas eram geradas pelos profissionais e não pelos participantes.

As atividades de grupo de educação em saúde para pessoas hipertensas e diabéticas são um retrato do quanto a palavra grupo e até mesmo a expressão educação em saúde estão sendo mal empregadas. Um exemplo é

retratado no estudo de Mello, Santos e Trezza (2005), em que os profissionais de saúde encaram a educação em saúde enquanto um momento de transmissão de informações e orientações realizadas por meio de palestras.

No estudo de Sales (2008), o próprio trabalhador de saúde reconhece que sua ação de educação em saúde é realizada de forma forçada e que não agrada nem a ele próprio e nem a quem escuta. O autor acrescenta que há entre a população e os profissionais uma falta de diálogo, que acaba por criar um desgaste, gerando um sentimento de negatividade tanto entre os profissionais quanto entre os usuários.

É preciso salientar novamente que a interação entre profissionais e usuários é fundamental nos trabalhos de grupo e, sobretudo, quando se pretende desenvolver ações de educação em saúde. Logo, ao analisar essas situações percebe-se que, apesar de os trabalhadores utilizarem os termos grupo e educação em saúde, na verdade não significa que essas práticas, de fato, estejam ocorrendo.

É o que Merhy (2005) discute em 'engravidando as palavras', ao afirmar que as palavras por si só não são portadoras de sentidos e significados e são os sujeitos que lhes devem atribuir esses quesitos. Ao se reconhecer que são os sujeitos que engravidam as palavras, é possível olhar para o próprio processo de inseminação e se colocar o desafio de ir atrás de novas possibilidades, de novas formas de agir em saúde.

Diante disso, é fundamental que os grupos de educação em saúde sejam incorporados às práticas de saúde para a produção de sujeitos corresponsáveis. Contudo, sabe-se que para tal incorporação muitos desafios se apresentam e é imperativo conhecer a forma como os grupos se organizam e seus propósitos para a construção de caminhos que contribuam para a efetivação dos grupos como espaço de construção de corresponsabilidades.

CAPÍTULO 3

MATERIAIS E MÉTODOS

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 ESTUDO DE CASO

O estudo de caso, como uma estratégia de pesquisa, surgiu no final do século XIX e início do século XX com o objetivo de se compreender fenômenos sociais complexos. Para tanto, buscou investigar situações partindo de seu contexto real e preservando as características holísticas e significativas do fenômeno estudado (YIN, 2001; ANDRÉ, 2005).

Com base nisso, o estudo de caso pode ser entendido como uma investigação empírica que aborda um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre os fenômenos e o contexto não estão claramente definidos. Deste modo, o estudo de caso deve abranger não apenas o planejamento de como desenvolver a pesquisa, mas também as técnicas de coleta e análise dos dados, no intuito de compreender com maior clareza os diversos objetos que podem fazer parte do estudo de caso (YIN, 2001). Na presente pesquisa, o objeto de estudo foram os grupos de educação em saúde desenvolvidos pelas ESF do município de Campo Mourão, PR.

De forma geral, o estudo de caso visa proporcionar certa vivência da realidade, tendo por base a discussão, a análise e a busca de solução de um determinado problema extraído da vida real. Trata-se de uma estratégia metodológica de amplo uso, quando se pretende responder às questões 'como' e 'por que' determinadas situações ou fenômenos ocorrem, principalmente quando se dispõe de poucas possibilidades de interferência ou de controle sobre os eventos estudados (FIALHO; NEUBAUER FILHO, 2012).

O estudo de caso possui algumas características, tais como: particularidade, descrição, heurística e indução. A primeira característica diz respeito ao fato de que o estudo de caso focaliza um fenômeno particular, o que o faz um tipo de estudo adequado para investigar problemas práticos. A característica da descrição significa o detalhamento completo e literal da situação investigada. A

heurística refere-se à ideia de que o estudo de caso ilumina a compreensão do leitor sobre o fenômeno estudado, podendo “revelar a descoberta de novos significados, estender a experiência do leitor ou confirmar o já conhecido” (ANDRÉ, 2005, p.18). A última característica, indução, significa que, em sua maioria, os estudos de caso se baseiam na lógica indutiva.

Uma das peculiaridades do estudo de caso é que ele busca reunir evidências que contribuam para a compreensão do fenômeno estudado. Embora grande parte das evidências seja resultante de abordagens qualitativas (entrevistas, análise documental, observação participante), Yin (2001) destaca que os estudos de caso podem incluir e, até mesmo, ser limitados às evidências quantitativas, visto que as distinções entre pesquisas qualitativas e quantitativas de modo algum são vistas como opostas, pois ambas as abordagens são necessárias para abarcar a realidade em estudo. Portanto, elas devem ser utilizadas buscando uma complementaridade e respeitando os momentos em que, tecnicamente, as elaborações são absolutamente distintas (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Com base nisso, a presente pesquisa reuniu ambas as abordagens de pesquisa visando à agregação de maiores evidências para a compreensão dos grupos de educação em saúde.

3.2 CONTEXTO DO ESTUDO DE CASO

A pesquisa foi realizada no município de Campo Mourão, localizado na região centro-oeste do Estado do Paraná. O município atualmente conta com uma população de 87.287 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2010). Nesta localidade, a rede de serviços de atenção básica conta com 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas 10 UBS totalizaram 16 equipes, sendo sete Equipes de Saúde da Família (ESF) e nove Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal (ESFSB) (CAMPO MOURÃO, 2010). As ESF eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Já as ESFSB contavam com o auxiliar de saúde bucal e o cirurgião-dentista, além dos profissionais que compõem a equipe mínima de ESF. Havia também outras categorias profissionais que apoiavam as equipes de saúde da família quando estas eram solicitadas, tais como: fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e educador físico.

Quadro 1 – Caracterização das UBS de acordo com o número e tipo de equipe no município de Campo Mourão, PR, 2010.

UBS	Nº de equipes	Tipo
UBS 1	1	ESF
UBS 2	2	ESFSB
UBS 3	2	ESFSB
UBS 4	2	ESF
UBS 5	1	ESF
UBS 6	2	ESF e ESFSB
UBS 7	1	ESFSB
UBS 8	2	ESF
UBS 9	2	ESFSB
UBS 10	1	ESF

ESF= Equipe de Saúde da Família; ESFSB= Equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal

3.3 PRIMEIRA ETAPA: SUJEITOS, INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a realização da abordagem quantitativa da pesquisa foram selecionados todos os profissionais que estavam vinculados à ESF ou ESFSB: médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. A coleta de dados foi realizada pelos acadêmicos do sétimo período do curso de Enfermagem da Faculdade Integrado de Campo Mourão, sendo que os alunos foram devidamente treinados pelo pesquisador responsável. O instrumento de coleta de dados foi um formulário (APÊNDICE A) anteriormente testado em um município vizinho ao município de estudo e realizado pela pesquisadora responsável. O formulário continha questões de caracterização tais como: unidade básica de saúde, idade, categoria profissional,

tempo de atuação na ESF (meses), sexo e estado civil. O período de coleta compreendeu os meses de novembro e dezembro de 2010.

As variáveis relacionadas ao objeto de estudo foram: realização de atividades de grupo para HA e DM, motivo da não realização, participação nas atividades de grupo, motivo da não participação, tipos de atividades, conteúdo, periodicidade, materiais de apoio, tipos de materiais, participação do usuário, avaliação do grupo, sugestões, dificuldades, tipos de dificuldades e diversidade de categoria profissional, materiais e assuntos. Os dados obtidos foram tabulados por meio do programa Epi Info para Windows versão 3.5.2.

3.4 SEGUNDA ETAPA: SUJEITOS, INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a primeira etapa, foram selecionadas as equipes de saúde da família que possuíam maior regularidade e estrutura na realização dos grupos de educação em saúde. Os critérios utilizados para esta definição foram: diversidade de categorias profissionais envolvidas, reuniões sistemáticas, maior diversidade de atividades desenvolvidas, temas diversificados e participação ativa dos usuários. As equipes selecionadas foram as duas que pertenciam à UBS 3.

Feita a seleção, foi realizada, em conjunto com os enfermeiros das equipes, a indicação de usuários para a participação na entrevista. Durante a seleção, foram respeitados os seguintes critérios de inclusão: participar do grupo há pelo menos um ano e ter capacidade cognitiva para responder às questões. O processo de seleção dos usuários resultou em 30 sujeitos, contudo nem todos foram entrevistados, uma vez que se utilizou o critério de saturação de respostas para a finalização das entrevistas, resultando em 17 entrevistados. A amostragem ocorreu de forma intencional (THIOLLENT, 2004).

Gaskell (2004) afirma que na pesquisa qualitativa o propósito não é contar pessoas e suas opiniões, mas a diversidade de informações sobre um assunto. Sendo assim, a realização de mais entrevistas não é garantia de melhor qualidade e de uma compreensão mais apurada sobre determinado fenômeno. Isso porque, segundo o mesmo autor, existe um número limitado de opiniões acerca da realidade, uma vez que as representações não surgem exclusivamente dos indivíduos; essas são também produtos de processos sociais.

A entrevista foi realizada pela autora da pesquisa com o auxílio de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo variáveis de caracterização (sexo, idade, estado civil, escolaridade, doença e tempo de participação no grupo) e cinco questões geradoras de discurso:

1. O que fez você participar do grupo de educação em saúde?
2. Que atividades e assuntos são apresentados no grupo de educação em saúde?
3. Quais mudanças ocorreram em sua vida a partir do momento que começou a frequentar o grupo de educação em saúde?
4. Você acha que as atividades poderiam ser realizadas de forma diferente? Como?
5. O que significa para você participar do grupo de educação em saúde?

Durante a elaboração das questões, foram seguidas as orientações de Martins e Bicudo (2005), evitando palavras contendo juízo de valor, tais como: bom, ruim, gosta mais, gosta menos.

A entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo. Nela as palavras são o meio principal de troca (GASKELL, 2004). Para Martins e Bicudo (2005) e Haguette (2003), a entrevista é um momento de interação social entre dois sujeitos. Por meio dela, o pesquisador busca obter informações a respeito de um determinado assunto, contidas na fala dos sujeitos de pesquisa (MINAYO et al., 2000). A entrevista não é um processo de informação de mão única, mas, ao contrário, trata-se de um momento de troca de ideias e de significados, em que tanto o entrevistado como o entrevistador estão, de maneiras diferentes, envolvidos na produção de conhecimento (GASKELL, 2004). Nesse sentido, Schraiber (1995) afirma que a entrevista, além de permitir ao pesquisador conhecer o outro, isto é, explorar uma temática a partir do olhar do outro, permite também ao pesquisado se conhecer.

Minayo (1996) salienta que a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados, pela possibilidade de a fala revelar condições estruturais, sistemas de valores, crenças, maneira de pensar, opiniões e por

transmitir as representações dos grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Neste estudo, foram utilizadas algumas diretrizes para a realização das entrevistas e estas são descritas por Sousa (1998). A primeira consistiu no contato inicial para conhecer o entrevistado, bem como o local da entrevista. Nesta fase, foram explicados ao participante o objetivo da pesquisa, a liberdade para interromper a entrevista e sobre o caráter sigiloso de suas informações. A segunda fase correspondeu à coleta dos dados de identificação (nome, endereço, sexo, idade, entre outros). E, a terceira, às regras que determinam o procedimento do entrevistador na condução da pesquisa, tais como: ouvir o entrevistado, respeitar os momentos de silêncio, não discutir com o entrevistado e manter um ambiente de respeito e cordialidade.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos usuários no período de janeiro a fevereiro de 2011, tendo o cuidado para selecionar um local com o mínimo de ruídos externos que pudessem prejudicar o entendimento posterior durante a transcrição. As entrevistas foram gravadas com um aparelho específico para gravação de áudio e transcritas na íntegra.

Segundo Gill (2004), a transcrição não pode sintetizar as falas, ela deve ser realizada de forma literal, preservando todas as características possíveis. Foi realizada a correção ortográfica na fala dos participantes para proteção dos mesmos.

Após o processo de transcrição, foram atribuídos códigos nas falas dos usuários para a manutenção do sigilo. Utilizou-se a letra U (Usuários), numerada conforme a ordem de realização das entrevistas.

Foi utilizado o método de análise de discurso proposto por Martins e Bicudo (2005), que abrange dois momentos: O primeiro consistiu na análise individual ou ideográfica. Neste, foram realizadas leituras das descrições, ou seja, dos discursos dos entrevistados, sem buscar ainda qualquer interpretação. O objetivo dessas leituras é fazer com que o pesquisador se aproprie do conteúdo dos discursos. Nesse momento, é fundamental que o pesquisador situe diante de si o fenômeno que está sendo estudado e que tente se colocar no lugar do sujeito a fim de viver a experiência. Para Martins e Bicudo (2005, p. 95), o pesquisador não deve ser “[...] um mero espectador, mas alguém que procura chegar aos significados

atribuídos vivencialmente”. Para tanto, é preciso que conceitos preconcebidos e idealizações do pesquisador não influenciem no momento de análise.

Após as leituras, foram discriminadas as unidades de significado. As unidades de significado são palavras ou frases que possuem algum sentido na perspectiva do fenômeno em questão. Elas não estão prontas no texto; na verdade, são percebidas pela atitude, disposição e interrogações do pesquisador. Assim, é possível que diferentes pesquisadores identifiquem diferentes unidades de significado.

Depois de identificadas, elas foram interpretadas, isto é, as expressões cotidianas do sujeito foram transformadas em uma linguagem mais clara e compreensiva a fim de tornar evidente o sentido transmitido. Ainda neste momento, são feitas as convergências das unidades de significados dentro do discurso de cada entrevistado.

No segundo momento, foi feita a análise geral ou nomotética, que consiste na compreensão e articulação dos diversos casos individuais, como exemplos particulares, em algo mais geral. Nesta etapa ocorreu a releitura das entrevistas; em seguida, tomando as unidades de significados interpretadas dos discursos individuais, foram realizadas aproximações e as convergências e divergências presentes. Esta aproximação, buscando as evidências entre as unidades de significado, possibilitou a construção de categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Sobre os aspectos éticos, foram respeitados todos os preceitos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Foi solicitada a autorização da Secretaria de Saúde do Município de Campo Mourão para realização da pesquisa com os profissionais e utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido com os profissionais e os usuários (APÊNDICE B). O projeto que originou esta tese foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Integrado de Campo Mourão conforme parecer nº 68/10 (ANEXO A).

CAPÍTULO 4

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

4 CARACTERIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE SAÚDE

Neste capítulo são apresentadas as principais características dos profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família que participaram da primeira etapa da pesquisa e de usuários de saúde que frequentavam os grupos na ocasião da coleta de dados da segunda etapa da pesquisa.

4.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dos 145 profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família no município de Campo Mourão foram entrevistados 121, pois 12 trabalhadores se recusaram, cinco estavam de férias e sete afastados por licença-maternidade ou médica, resultando em uma perda aproximada de 17%.

Sobre as características sociodemográficas (Tabela 1), notou-se predomínio do sexo feminino, o que também aparece nos estudos de Paulo-Silva, Rotemberg e Vianna (2004) realizados para verificar a concepção de educação em saúde dos profissionais, em que apenas um dos participantes era do sexo masculino, e de Pastore e Rosa (2012), em que 80% dos participantes eram do sexo feminino.

Em relação à faixa etária, 50 (41,3%) tinham de 31 e 40 anos de idade e 59 (48,8%) eram casados.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família de acordo com sexo, faixa etária e estado civil, no município de Campo Mourão, PR, 2010.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	5	4,1
Feminino	116	95,9
Total	121	100,0
Faixa etária		
Até 30 anos	40	33,1
31 a 40 anos	50	41,3
41 a 50 anos	24	19,8
51 anos e mais	7	5,8
Total	121	100,0
Estado civil		
Solteiro	40	33,1
Casado	61	50,4
Separado	16	13,2
União consensual	4	3,3
Total	121	100,0

Na Tabela 2, a categoria profissional de maior participação foi a dos ACS (56,2%), tendo em vista que é a categoria profissional de maior representação nas equipes de saúde da família.

A participação de educadores físicos, psicólogos e nutricionistas foi discreta. Isso pode ter relação com o fato de o município não possuir o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual fortalece a participação dessas categorias profissionais na Atenção Primária à Saúde uma vez que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes (BRASIL, 2009).

Tabela 2 – Categoria profissional dos participantes da pesquisa no município de Campo Mourão, PR, 2010.

Profissionais	N	%
Agente Comunitário de Saúde	68	56,2
Auxiliar de Enfermagem	17	14
Enfermeiro	10	8,3
Médico	9	7,4
Auxiliar de Saúde Bucal	7	5,8
Cirurgião-dentista	4	3,3
Psicólogo	2	1,7
Técnico de Enfermagem	1	0,8
Nutricionista	1	0,8
Educador Físico	1	0,8
Fisioterapeuta	1	0,8
Total	121	100,0

Em relação ao tempo médio de atuação dos participantes na Estratégia Saúde da Família, o resultado foi de 41,9 meses (aproximadamente três anos e meio) com desvio padrão de $\pm 36,9$.

4.2 PERFIL DOS USUÁRIOS DE SAÚDE

Foram entrevistados 17 usuários que participavam dos grupos de educação em saúde, sendo 13 do sexo feminino. A maioria dos entrevistados era casada (13) e quatro eram viúvos.

Um número expressivo de participantes era idoso, com idade superior a 60 anos, sendo a média de 69,7 anos, desvio padrão de $\pm 10,25$, valor máximo de 83 e mínimo de 51 anos. Todos os entrevistados tinham baixa escolaridade, entre quatro e três anos de estudo. Apesar de este grupo compor apenas uma parcela dos participantes dos grupos de educação em saúde, essas características de *baixa escolaridade e faixa etária elevada são em sua maioria compartilhadas pelos demais participantes, segundo informações dos enfermeiros dirigentes dos grupos.*

Isso significa que os profissionais deverão ter habilidades específicas para trabalhar com esse perfil de usuário, sobretudo pelo fato de os idosos em geral serem resistentes a tratamentos de caráter preventivo e valorizarem

ações do tipo consulta médica, distribuição de medicamentos e realização de exames (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Nove usuários apresentavam quadro de HA e oito de HA e DM, sendo a média do tempo de participação no grupo de 6,4 anos com desvio padrão de $\pm 3,14$, valor máximo de 14 anos e mínimo de dois anos. Destaca-se que o grande período de participação no grupo, observado no presente estudo, favorece a construção de vínculos entre os usuários e profissionais de saúde e entre os próprios usuários, possibilitando a construção de corresponsabilidades.

Feita a descrição dos atores envolvidos nas atividades de grupo, será analisado no capítulo seguinte como estão organizadas as práticas educativas por meio de grupos no município.

CAPÍTULO 5

PRÁTICAS EDUCATIVAS POR MEIO DE GRUPOS

5 PRÁTICAS EDUCATIVAS POR MEIO DE GRUPOS

Os dados levantados nas 10 UBS revelaram que em três unidades (UBS 6, UBS 8 e UBS 10) não eram realizadas atividades de educação em saúde por meio de grupos para portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes.

Um dos motivos relatados para a não realização foi a baixa adesão da população quando os grupos eram realizados. O mesmo resultado foi relatado no estudo de Machado e Vieira (2009) realizado com profissionais da ESF. Para Moura e Sousa (2002), isso ocorre porque a população em geral interessa-se mais por consultas médicas, o que promove um aumento da demanda nas unidades e impossibilita o desenvolvimento de ações educativas. Outro motivo ligado ao baixo interesse da população nas atividades de grupo é o fato de a mesma desconhecer a importância desse tipo de estratégia (MELLO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Vale ressaltar que esse comportamento dos usuários é fruto da prática médica do século XX, que apesar das muitas conquistas, tais como: os antimicrobianos, as cirurgias cada vez menos invasivas, os avanços nos diagnósticos por imagens, a precisão de informações recolhidas por exames de amostras de sangue e outros órgãos, entre outros êxitos, esqueceu-se do objetivo finalístico de seu trabalho que é produzir saúde (CAMPOS, 2003).

Campos (2003) aponta que os médicos do século XX desaprenderam sobre as tecnologias das inter-relações, também denominadas por Merhy (2006) de tecnologias leves, uma vez que quase não se percebe na prática clínica a valorização das emoções, do subjetivo, do familiar, do cultural e do social. Nessa mesma época também se notou a fragmentação do trabalho médico, caracterizado pelas especializações, que reduziram consideravelmente a capacidade clínica de cada especialista.

Com base nisso, verifica-se que o usuário foi ao longo dos anos acostumado a uma prática restritiva, baseada na realização de consultas, solicitação de exames e dispensação de medicamentos. Por isso, é comum perceber na

população atitudes de resistência diante de práticas que fujam daquilo a que está adaptada.

Diante disso, a postura do profissional não deve ser de desistência, conforme observado no presente estudo, mas de insistência, pois mesmo que o usuário não tenha consciência da importância das atividades de grupo, ele pode, como afirma Freire (1980), ser auxiliado a se conscientizar acerca da realidade e de sua capacidade de transformação.

Logo, é fundamental que o profissional de saúde trabalhe no sentido de ampliar seu campo de saberes e responsabilidades, tornando sua ação mais humana e integral e inovando na forma de produzir saúde, favorecendo a realização de práticas grupais como estratégia de educação, prevenção e promoção à saúde.

Para tanto, a capacitação dos profissionais é fundamental, sendo esse aspecto outro motivo apontado pelos profissionais para a não realização das atividades de grupo.

Vários estudos apontam a necessidade de capacitação dos profissionais para desenvolver trabalhos educativos com a comunidade (SALES, 2008; SANTOS et al., 2008; WENDHAUSEN; SAUPE, 2003; MOURA; SOUSA, 2002; TORRES; ENDERS, 1999).

A capacitação do profissional de saúde, de fato, apresenta-se como uma necessidade importante no desenvolvimento dos trabalhos de grupo, pois além de haver uma imensa carência de profissionais capazes de uma relação participativa com a população e seus movimentos, sem a formação devida o profissional corre risco de cometer erros durante o processo e prejudicar a assistência oferecida aos usuários (VASCONCELOS, 2004; MOURA; SOUSA, 2002).

Contudo, quando se fala em capacitação, fala-se em uma capacitação que estimule o profissional a desenvolver atividades participativas, que priorizem a ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, do pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde (VASCONCELOS, 2004).

A capacitação profissional aqui referida não diz respeito apenas às capacitações e treinamentos típicos dos processos de educação continuada, mas também à Educação Permanente, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho e propõe que o conhecimento seja construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local,

contribuindo para superar a perspectiva biológica e para a manifestação das capacidades dos trabalhadores (BRASIL, 2005e).

Também se destaca o papel primordial do processo de formação dos profissionais de saúde no ensino superior. Para Besen et al. (2007), as instituições de ensino utilizam predominantemente métodos de transmissão de conhecimento, basicamente verticalizado, negligenciando o processo de ensino-aprendizagem e a interação que deve haver entre os profissionais e os usuários de saúde. Deste modo, a maioria dos profissionais de saúde que atuam no SUS reproduz esse modelo durante sua assistência, os quais não abrem espaço para práticas de educação em saúde (PEDROSA, 2003).

Segundo Vasconcelos (2004), a maioria dos serviços de saúde desenvolve ações educativas normatizadoras e centradas apenas na transmissão de hábitos individuais e considerados saudáveis. Esta forma de trabalho educativo anula a participação popular, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento com os serviços e com o processo de transformação social por meio do diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde.

Para Miranda e Malagutti (2010), a sociedade é carente de pessoas com formação superior que, de fato, tenham olhares para a comunidade como parte integrante de seu trabalho.

Deste modo, as instituições de ensino não podem pretender unicamente uma formação mecanicista, mas uma formação com informações entrelaçadas, que abranjam tanto o aspecto profissional-técnico quanto o emocional, psíquico-mental-psicológico, o biológico, o teológico e o filosófico (MIRANDA; MALAGUTTI, 2010).

A mesma necessidade é apontada por Morin (2006), ao afirmar que há uma crescente inadequação entre os saberes fragmentados e realidades ou problemas cada vez mais complexos e multidimensionais.

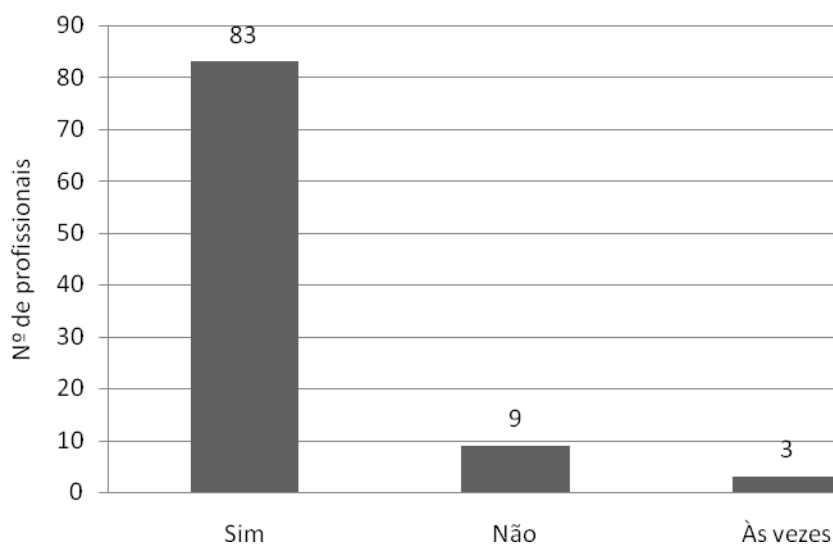
Efetivamente, a inteligência que só sabe separar fragmenta o complexo do mundo em pedaços separados, fraciona os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de compreensão e de reflexão, eliminando assim as oportunidades de julgamento corretivo ou de uma visão de longo prazo. [...] Em vez de corrigir esses desenvolvimentos, nosso sistema de ensino obedece a eles (MORIN, 2006, p.14).

Trabalhar a educação em saúde com a comunidade implica em uma série de desafios, deste modo o processo de formação dos profissionais deve permitir que os mesmos tenham habilidades pedagógicas, de comunicação, escuta e compreensão, bem como capacidade de negociação com os usuários de saúde (SANTOS et al., 2008).

Para tanto, é urgente a criação de uma política nacional de formação profissional em educação, de incentivo à produção descentralizada de materiais educativos construídos de forma participativa e de valorização e difusão das iniciativas educativas na lógica da problematização coletiva (VASCONCELOS, 2004).

Nas unidades em que os grupos eram realizados, os profissionais de saúde foram questionados sobre a participação nas atividades. Sobre isso, a Figura 2 revela que dos 95 entrevistados em cujas unidades os grupos eram realizados, 83 relataram a participação frequente nos grupos de educação em saúde.

Figura 2 – Participação dos profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família nos grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, PR, 2010.



Importante destacar que, durante a coleta de dados, os profissionais que não participavam das atividades apontavam que as atividades grupais não eram realizadas. Essa conduta foi observada principalmente nos que atuavam na saúde bucal, demonstrando haver pouca interação entre os membros da equipe de saúde da família com os da saúde bucal.

Também no estudo de Lourenço et al. (2009) observou-se a discreta interação entre os membros da equipe de saúde da família e os de saúde bucal. Embora a maior parte dos cirurgiões-dentistas tenha relatado haver integração entre as ESB e ESF no atendimento às famílias, esta interação não se manifestava no planejamento e/ou na troca de saberes, uma vez que apenas 27% dos profissionais relataram realizar reuniões em curtos espaços de tempo (semanais ou quinzenais). Entre os fatores que poderiam explicar essa pouca interação, Lourenço et al. (2009) citam a inserção tardia das ESB no PSF; a formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo; e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB, impedindo-os de interagir com os demais profissionais. Somado a esses fatores está o fato de que as equipes de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde nem sempre estão preparadas e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio, pois, além do potencial de integração, é um lugar de conflitos, de resistências e de disputas (BRASIL, 2008a).

O motivo mais citado para a não participação nas atividades foi a sobrecarga de trabalho (41,7%). Contudo, no estudo de Ferreira Neto e Kind (2011) constatou-se o inverso, pois os profissionais consideravam o grupo como uma estratégia para diminuir o excesso de demanda, havendo uma relação entre as práticas grupais e a diminuição da demanda na unidade. Importante perceber como um mesmo objeto pode ser visualizado de formas opostas por diferentes grupos, evidenciando o quanto as distintas concepções acerca do processo de educação em saúde, do processo de trabalho, enfim o quanto as diferentes concepções de mundo podem interferir na forma como cada sujeito visualiza sua realidade.

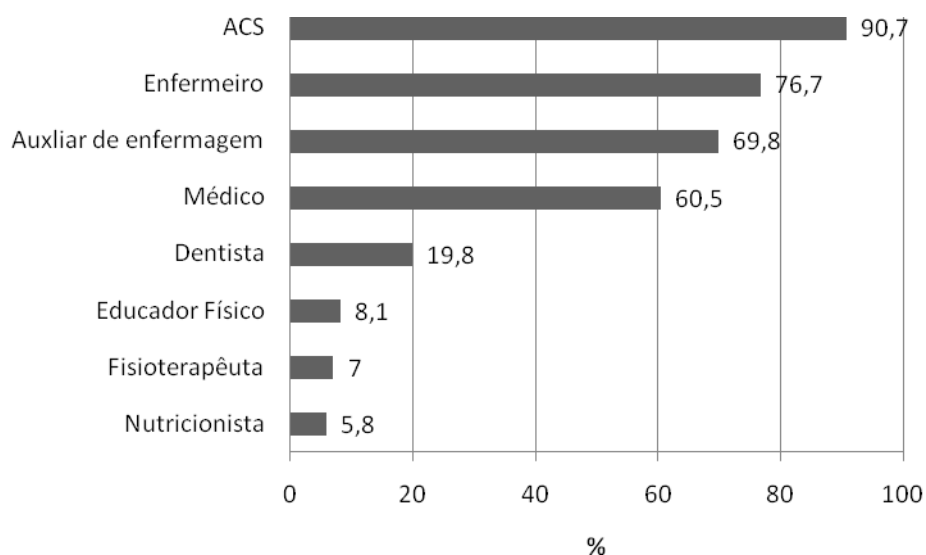
Diante disso, independente de o grupo ser ou não uma estratégia para diminuir a demanda, é fundamental que o excesso de busca pelo serviço de saúde não gere a ordem de priorização da assistência, pois é preciso que a equipe tenha a capacidade de construir ações programadas que valorizem as ações de prevenção e promoção à saúde e não simplesmente ser refém das necessidades curativas dos usuários.

Conforme se observa na Figura 3 os profissionais mais envolvidos com os trabalhos de educação em saúde são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), seguidos dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dos médicos, exatamente aqueles que compõem a equipe mínima da equipe de saúde da família.

Diante do destaque dado à participação dos ACS, é importante que essa categoria profissional tenha maior apoio em seu processo de formação para trabalhar com grupos e metodologias mais participativas. Afinal, além de ser a categoria de maior representação nas ESF, são os profissionais que possuem maior vínculo e conhecimento da realidade local, aspectos que são primordiais no desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

Embora os agentes comunitários tenham sido os mais citados na presente pesquisa, Ferreira Neto e Kind (2011) afirmam que a enfermagem é a que mais se destaca na realização de grupos, pois é notável o número de artigos, dissertações e teses de enfermeiros discutindo grupos em saúde. Um exemplo disso foi revelado no estudo de Pinafo (2010), em que as atividades formais de educação em saúde eram realizadas em sua maioria pelas enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pelos ACS.

Figura 3 – Frequência das categorias profissionais mais relatadas no envolvimento com os grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, PR, 2010.



O destaque para a participação de ACS, enfermeiros e médicos foi apontado pelos usuários. Em seus discursos, evidenciou-se a satisfação com a atenção oferecida.

[...] eles são bons para lidar com a gente, atendem muito bem, quando a gente precisa de alguma coisa é só falar com eles (U7).

Para mim eles são bons, são bem-educados e nos tratam bem (U3).

Esse dado chama a atenção, pois é comum na área de atenção básica a categoria médica se ausentar de ações que são desenvolvidas para a comunidade, também apontado no estudo de Pinafo (2010), o qual revelou que a centralidade da assistência à saúde fica por conta do profissional médico, enquanto que a responsabilidade pelo planejamento, organização e execução das atividades educativas é do enfermeiro.

A participação efetiva de todos os profissionais que compõem a EFS é fundamental, pois permite que as ações desenvolvidas nos grupos sejam mais resolutivas, visto que no cotidiano do trabalho em saúde os profissionais deparam-se constantemente com situações e problemas que só podem ser solucionados ou controlados por uma equipe multiprofissional. Além disso, o trabalho multiprofissional permite a ampliação do olhar tanto dos profissionais quanto dos participantes do grupo, propiciando a construção de diversos saberes e contribuindo para que a ação educativa se torne mais rica e criativa (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2012) afirma que trabalhar em equipe na saúde da família representa um desafio, visto que sua conformação, em termos de perfil de competências e habilidades de seus integrantes, ainda está em processo de construção, sobretudo por envolver diversos sujeitos com formações diferentes e que devem trabalhar em prol de objetivos comuns. Outros aspectos que potencializam esse desafio estão no fato de que é inerente no processo de trabalho das equipes de saúde da família a cooperação entre os membros, a complementaridade das ações e o planejamento, implicando em responsabilidades mais compartilhadas entre os atores envolvidos.

De fato, trata-se de uma complementaridade das ações, pois, conforme já mencionado por Campos (1997), a prática dos profissionais de saúde é envolvida pelo núcleo e pelo campo de atuação. Sendo o primeiro caracterizado por saberes e práticas específicas de sua formação profissional e o segundo por saberes e práticas que abrangem várias profissões ou especialidades.

Portanto, é essencial que cada profissional, dentro de seu núcleo de atuação, traga contribuições para o espaço do campo de atuação com o objetivo de

oferecer uma assistência que se aproxime cada vez mais de um dos princípios doutrinários do SUS: a integralidade.

A Tabela 3 mostra que os assuntos mais discutidos nos grupos são aqueles relacionados aos medicamentos (82,6%).

Tabela 3 – Assuntos discutidos durante a realização de atividades de grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, PR, 2010.

Variáveis	n	%
Assuntos		
Tratamento Medicamentoso	71	82,6
Atividade Física	66	76,7
HAS e DM	65	75,6
Alimentação	63	73,3
Serviço de Saúde	49	57,0
Prevenção	3	3,5
Espiritualidade	1	1,2
Doenças Transmissíveis	1	1,2
Ética	1	1,2
	Sexualmente	

As orientações relacionadas aos medicamentos também foram citadas pelos usuários.

[...] sempre ensinam como tomar o remédio certinho (U16).

[...] ensinam como tomar os remédios, como fazer o tratamento (U5).

Da mesma forma, as orientações referentes à alimentação foram também mencionadas pelos usuários:

Falam para a gente comer bastante salada, tirar principalmente a gordura animal (U9).

[...] eles falam sobre os alimentos que fazem bem e os que fazem mal, por exemplo, carne gorda (U8).

Apesar de haver uma parcela significativa de assuntos voltados para a prevenção e promoção à saúde, tais como: atividade física (76,7%) e alimentação

(73,3%), os assuntos que possuem uma relação direta com a doença – medicação (82,6%) e orientações sobre a HA e o DM (75,6%) – ainda predominam.

Corroborando esses resultados, Morosini, Fonseca e Pereira (2008) e Vasconcelos (2004) mencionam que têm assistido, na maioria dos serviços, a reprodução de ações educativas extremamente normatizadoras e centradas apenas na inclusão de hábitos individuais considerados saudáveis. Esta forma de trabalho educativo desestimula a participação popular, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento com os serviços e do processo de transformação social.

A superação de modelos de atenção fortemente centrados na doença em favor de modelos mais orientados em direção à saúde é um processo ainda incipiente (AYRES, 2004). Isso porque a valorização de assuntos e procedimentos médico-farmacológicos é cultural e compartilhada por profissionais e usuários (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Deste modo, por mais que as instituições de saúde busquem inovar em ações de educação em saúde, as atividades ainda estão pautadas na pedagogia da transmissão e no modelo médico tradicional, que estão distantes das propostas que visam à democratização do saber (ACIOLI; CARVALHO, 1998). Nessa abordagem, persiste a transmissão de informações fragmentadas e especializadas as quais, de acordo com Morin (2006), só servem para usos técnicos, pois não conseguem conjugar-se para alimentar um pensamento capaz de considerar a situação humana e de enfrentar os desafios desta época. Por meio dessa abordagem, os conteúdos são produtos de uma realidade preestabelecida, os quais costumam ter poucas relações significativas com a realidade dos sujeitos.

É o que Freire (2006a) denomina de educação bancária, partindo do princípio de que o usuário nada tem a contribuir no processo educativo, devendo ser apenas um memorizador daquilo que lhe é transmitido. Para Morosini, Fonseca e Pereira (2008), tal condição se estabelece pela objetivação da ação humana, fruto de um racionalismo controlador que, ao intervir sobre a educação, produz ações que são predominantemente normatizadoras e unidirecionais.

Entretanto, é necessário compreender que os profissionais de saúde e os usuários são atores sociais que estão em constante interação. Dessa forma, as ações de educação em saúde devem incorporar ações de cuidados à saúde que possam extrapolar a clínica limitada à cura de doenças, e passem a valorizar o

contexto, os determinantes sociais, a subjetividade do processo saúde-doença, bem como a inserção dos usuários como seres ativos, autônomos e participativos (MACHADO; VIEIRA, 2009).

Sobre isso, Campos (2003) destaca que os serviços de saúde devem ser espaços para a construção da clínica ampliada, na qual a doença deixa de ser o foco para se tornar apenas uma parte da vida humana. É uma clínica centrada no sujeito, nas pessoas reais, em sua existência concreta, de modo que o objetivo do trabalho é a pessoa e não a doença. A ênfase é colocada no processo de construção da saúde e não no processo de cura.

Nota-se que a própria epidemiologia, ciência voltada para a compreensão do processo saúde-doença, sofre com as limitações do paradigma biomédico (SMITH, 2001). Dessa forma, verifica-se que não se trata apenas de identificar fatores de risco e buscar a cura, mas desenvolver abordagens que abranjam um cuidado integral.

Torna-se visível essa limitação ao perceber, por exemplo, que embora exista uma diversidade de fatores de risco já conhecidos para as doenças cardiovasculares, estas ainda são a causa mais importante de morte no Brasil e no mundo. Obviamente, não se pretende negar que o controle e a minimização dos fatores de risco possam contribuir para a diminuição da morbimortalidade, mas redirecionam a produção científica para a construção de uma assistência pautada na integralidade, que seja capaz de superar a perspectiva reducionista e linear de concepção de saúde (ALMEIDA FILHO, 2000; SCHRAMM; CASTIEL, 1992).

Seguindo essa tendência, no Brasil, no Estado do Paraná foi desenvolvido um estudo que investigou em que medida os problemas de saúde, tais como HA e DM, interferem no bem-estar, enfatizando que, de fato, ter saúde extrapola aspectos relacionados à doença (VOSGERAU, 2012).

Para Basaglia (1985), pautar a assistência sobre a construção da saúde implica em ações que extrapolam as intervenções técnicas, pois deve envolver questões sociais, profundamente influenciadas pela perspectiva da cidadania ativa e de protagonismo dos usuários dos serviços de saúde. A clínica empobrece-se toda vez que ignora essas inter-relações, perdendo até mesmo capacidade de resolver problemas estritamente clínicos. Tratar a doença como um ser com identidade própria é a base que autoriza um profissional de saúde a intervir. Sendo assim, verifica-se o quanto são necessárias as alterações no processo de

formação superior dos cursos da área da saúde, como observado no estudo de Viana et al. (2012) que descreve experiência da inserção de uma disciplina de educação em saúde no projeto pedagógico do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas.

Salienta-se que focalizar a construção da saúde não significa ignorar os processos patológicos, pois como afirma Campos (2003, p.55):

[...] pôr a doença entre parênteses, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas em seguida, [...] sem descartar o doente e seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto. Senão, qual especificidade teriam os serviços ou os profissionais de saúde?

Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde promovam atividades participativas que possibilitem a construção dessas inter-relações, sobretudo com pessoas portadoras de doenças crônicas, em que a produção de corresponsabilidade é fundamental para o sucesso do tratamento.

Sobre o uso de materiais, os panfletos (69,8%) foram os mais citados pelos participantes do estudo.

Tabela 4 – Materiais utilizados durante a realização de atividades de grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, PR, 2010.

Materiais	N	%
Panfletos	60	69,8
Cartazes	41	47,7
Sons	37	43,0
Imagens	15	17,4
Multimídia	11	12,8

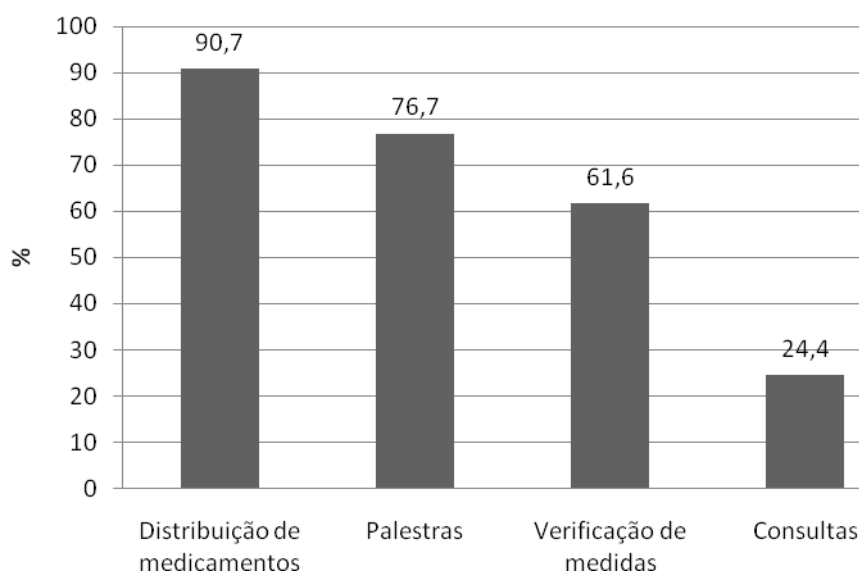
O uso de materiais nos grupos de educação em saúde é importante, pois favorece o estímulo de mais sentidos, os quais são fundamentais em todo o processo de aprendizagem (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Contudo, a ausência de recursos materiais não deve servir de empecilho para a realização das ações de educação em saúde, uma vez que há a possibilidade de se investir em outras estratégias, tais como: a troca de ideias e a utilização de materiais de baixo custo e fácil acesso. Além disso, a equipe de saúde deve utilizar materiais que façam parte da cultura da comunidade, de modo a

contribuir para a melhor comunicação entre a equipe e a população (MACHADO; VIEIRA, 2009; MOURA; SOUSA, 2002).

Em relação às atividades desenvolvidas, tiveram destaque a distribuição de medicamentos (90,7%) e a realização de palestras (76,7%) (Figura 4).

Figura 4 – Atividades não participativas desenvolvidas nos grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, PR, 2010.



Os usuários também apontaram a realização dessas atividades.

Então a gente [...] entra na fila para pegar o remédio e a gente recebe todos os remédios para um mês (U12).

No grupo eles dão o remédio, tem o horário certo deles darem o remédio (U7).

Um estudo realizado com profissionais da equipe de saúde da família também revelou que as atividades realizadas enfatizam as metodologias baseadas na transmissão de conhecimento, sobretudo as palestras, que tendem a colocar o usuário em uma posição passiva, predominam em relação às demais metodologias (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Não se pode negar que um dos grandes determinantes para essa conformação tem origem na concepção que o profissional detém sobre a educação em saúde. Segundo Colomé e Oliveira (2012), Pinafo et al. (2011) e Torres e Enders

(1999), a educação em saúde no entendimento dos profissionais ainda significa transmitir para a população informações e conhecimentos considerados saudáveis.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro revelou que os profissionais compreendem a educação como um processo de ensinar, orientar, passar a informação aos usuários (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004). Diante disso, os profissionais encontram nas palestras e em outras metodologias tradicionais a melhor forma de desenvolver as ações de educação em saúde. Entretanto, esse tipo de abordagem provoca baixa vinculação dos usuários aos serviços, baixa adesão aos programas e tratamentos e frustração dos profissionais (BESEN et al., 2007).

Portanto, é fundamental que os trabalhadores de saúde sejam mais bem amparados, seja pela formação de nível superior ou nível técnico, por processos de educação continuada ou educação permanente em saúde, no intuito de que compreendam que a educação em saúde extrapola as questões referentes às causas biológicas, pois implica também em estimular corresponsabilidades no usuário, abordar questões referentes à cidadania, promoção de saúde e qualidade de vida (PAULO SILVA; ROTEMBERG; VIANNA, 2004). Nessa lógica, é necessário que o profissional de saúde seja apoiado pelos gestores no sentido de possuir melhor preparo e disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática com o usuário de saúde (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007; FREIRE, 2006). Para Martins et al. (2007), a educação em saúde é um processo dinâmico, não basta apenas seguir normas recomendadas e sim realizar o processo educativo num processo que estimule o diálogo, a indagação, o questionamento e a ação compartilhada.

Por conseguinte, o usuário deve ser um membro ativo nas ações educativas, participando das decisões tomadas acerca de sua situação de saúde. A utilização de metodologias participativas é fundamental para concretizar essa nova forma de produzir saúde.

Assim como a distribuição de medicamentos, a verificação da pressão arterial e das medidas antropométricas também foi relatada pelos usuários.

[...] depois a gente vai à balança, mede o peso, altura, cintura, para verificar se está emagrecendo [...]. Quando aumenta o peso elas falam (U17).

Eles medem a pressão da gente, disso eu gosto, porque às vezes não dá certo de medir no postinho e eles medem lá (U11).

Conforme observado no discurso, essas práticas foram valorizadas pelos usuários.

Em seu estudo, Maffaccioli (2007) observou que muitas dessas práticas, como: aferição de sinais vitais, medidas antropométricas e distribuição de medicamentos, são utilizadas como atrativos para a inserção da população nos grupos. Tais procedimentos são atrativos pelo apelo que imprimem como ação de saúde e atendimento de necessidades sentidas, sobretudo o acesso ao medicamento.

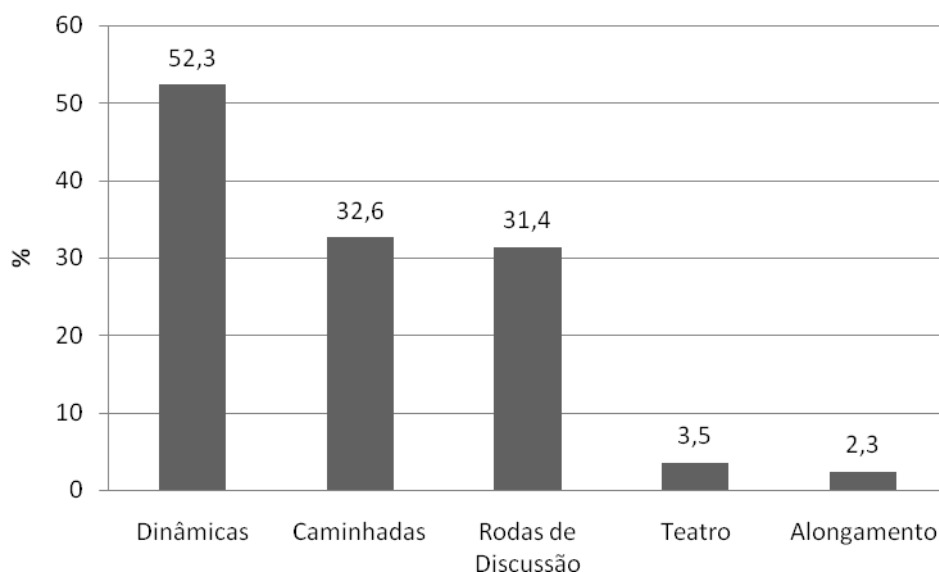
Esse atrelamento dos procedimentos de saúde às práticas grupais não é visto pelos profissionais como algo negativo. Pelo contrário, é percebido como um elemento que otimiza o atendimento ao usuário por se relacionar a procedimentos que constituem as principais demandas direcionadas às unidades de saúde (MAFFACCIOLLI, 2007).

Por outro lado, Machado e Vieira (2009) discordam ao afirmarem que essa atitude ratifica uma prática clientelista e assistencialista, com características contrárias ao processo educativo, o qual deve ser livre, consciente e partir da vontade espontânea do usuário de viver a ação educativa.

Diante desse impasse, é preciso ter cautela para não reduzir a prática grupal à realização desses procedimentos que, embora sejam importantes, não constituem o fundamento dos grupos de educação em saúde, que é a construção de corresponsabilidades.

Sobre as atividades participativas (Figura 5), a realização de dinâmicas (52,3%) e as caminhadas (33,6%) foram as mais citadas.

Figura 5 – Atividades participativas desenvolvidas nos grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão, PR, 2010.



A referência à realização de atividades físicas é também relatada pelos usuários:

[...] Tem bastante exercício, movimento com o corpo que elas ensinam [...] tudo isso é gostoso (U5).

Um dos grandes diferenciais das atividades participativas é o processo de interação que há entre o saber técnico e o saber popular, tornando possível promover o que Pinto (1987) chama de participação real, visto que por meio da interação que ocorre entre os diferentes saberes a população também participa das decisões que são tomadas nas atividades de grupo. Deste modo, é fundamental que o profissional reconheça que a população é detentora de um saber que deve ser valorizado durante a construção do trabalho educativo, pois dessa forma favorece o despertar da autonomia do usuário (FREIRE, 2006b).

Contudo, ainda predomina a dificuldade por parte de alguns profissionais de saúde de aceitar que a população seja capaz de elaborar pensamentos sobre problemas complexos, o que promove um distanciamento entre o saber popular e o saber técnico (SALES, 2008; FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007).

O estudo de Borges e Japur (2005) demonstrou de forma concreta o conflito que muitas vezes ocorre entre os saberes popular e técnico presente em duas situações. Na primeira situação, o usuário ao se sentir doente teve sua

necessidade desprezada por não ser considerado doente na visão do profissional. E na segunda, o oposto, o usuário não se sentia doente, contudo foi considerado doente pelo profissional de saúde.

Em ambas as situações, o que foi considerado problema de saúde e, portanto, digno de atenção, dependeu exclusivamente da concepção do profissional de saúde.

A falta de interação e entendimento entre os usuários e os profissionais de saúde sustenta relações de descrença e desconfiança e produz, como consequência, críticas e insatisfações de ambas as partes, restringindo as possibilidades de produção de práticas compartilhadas de cuidado em saúde (BORGES; JAPUR, 2005).

É necessária uma prática educativa em saúde em que haja a articulação entre os dois saberes e considere as reais necessidades de saúde das pessoas e populações, favorecendo sua autonomia na prevenção, promoção e restabelecimento de sua qualidade de vida (FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007).

Além disso, quando há interação entre ambos os saberes, ocorre o que Anastasiou (2007) chama de apreender. Para Anastasiou (2007), o processo de ensino envolve o apreender e o aprender. O apreender significa segurar, prender, pegar, tomar para si, implica uma ação. Por outro lado, o verbo aprender significa tomar conhecimento, não pressupõe uma ação. Como o aprender é algo mais presente na formação dos sujeitos, pela influência da pedagogia tradicional, as estratégias participativas ainda ocupam espaços muito discretos dentro dos serviços de saúde.

Sobre a periodicidade de realização dos grupos, a maioria, 74 (86%), afirmou que as atividades são realizadas mensalmente e 12 (14%) disseram que são realizadas semanalmente. Apenas uma pessoa relatou ser realizado quinzenalmente e outra a cada dois meses.

Destaca-se que, em grande parte das áreas de abrangência das unidades que participaram do estudo, o número de hipertensos e diabéticos é expressivo, de modo que apenas uma reunião mensal, para todos os portadores de tais doenças, gera um número elevado de pessoas, dificultando o uso de atividades mais participativas, bem como a criação de vínculos entre seus participantes. Diante disso, como afirmam Guattari (1981) e Calvino (1998), ocorre a formação de um

simples grupo sujeito ou agrupamento, caracterizado pela baixa valorização do saber popular e com discreta formação de vínculos.

Outro aspecto é que a realização de apenas um encontro mensal pode prejudicar a adesão da população às atividades de grupo de educação em saúde, uma vez que limita a flexibilidade na compatibilização de horários.

Os profissionais foram questionados se possuíam alguma dificuldade para desenvolver trabalhos em grupos. Sobre isso a maioria, 72 (83,7%), mencionou que não e 14 (16,3%) que sim. Entre as dificuldades relatadas foram citadas: baixa adesão dos usuários às atividades (3), poucos recursos materiais (3), sobrecarga de trabalho (2) e falta de capacitação da equipe (2). Os demais não expressaram o tipo de dificuldade.

Mesmo diante dos aspectos limitantes presentes no grupo, poucos profissionais reconhecem possuir dificuldade em desenvolver trabalhos grupais. Esse resultado corrobora os achados de Ferreira Neto e Kind (2011), em que apenas um profissional assumiu a dificuldade na realização de grupos.

Vale ressaltar que essa discreta percepção acerca da dificuldade pode ter relação com o próprio conceito que o profissional tem de grupo. Afinal, se em seu imaginário o grupo constitui um espaço para transferir informações e nada mais, é natural que ele realmente não tenha dificuldade de exercer essa função, uma vez que toda a sua formação foi pautada nesse modelo pedagógico, conforme discutido anteriormente.

Após a análise de como as práticas educativas por meio de grupos estão organizadas no município, serão discutidos no próximo capítulo quais elementos presentes nesse processo favorecem e representam desafios para a construção de sujeitos corresponsáveis.

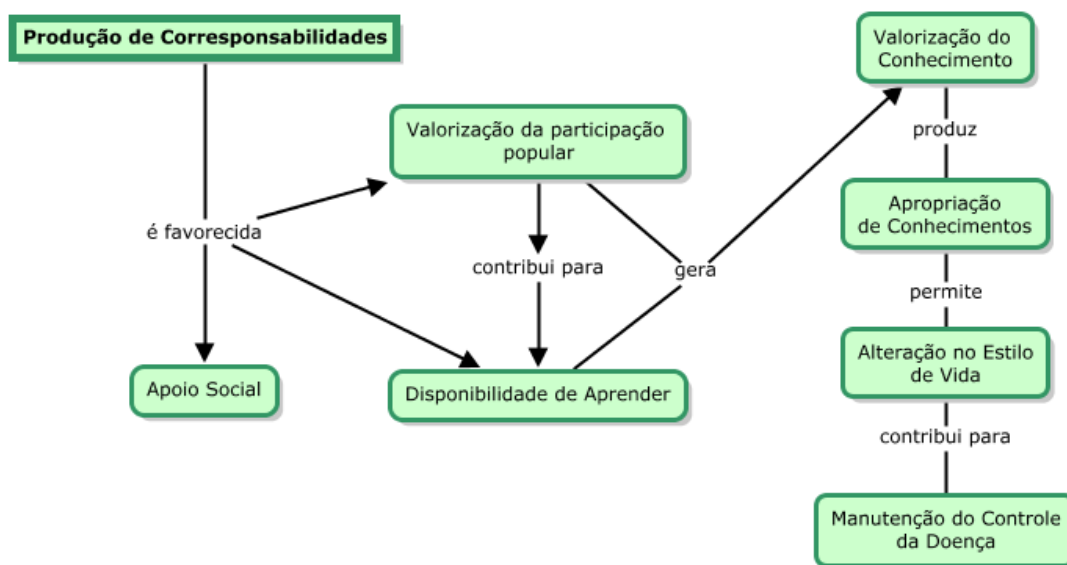
CAPÍTULO 6

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: contribuições e dificuldades para a produção de corresponsabilidades

6 GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES E DIFICULDADES PARA A PRODUÇÃO DA CORRESPONSABILIDADE

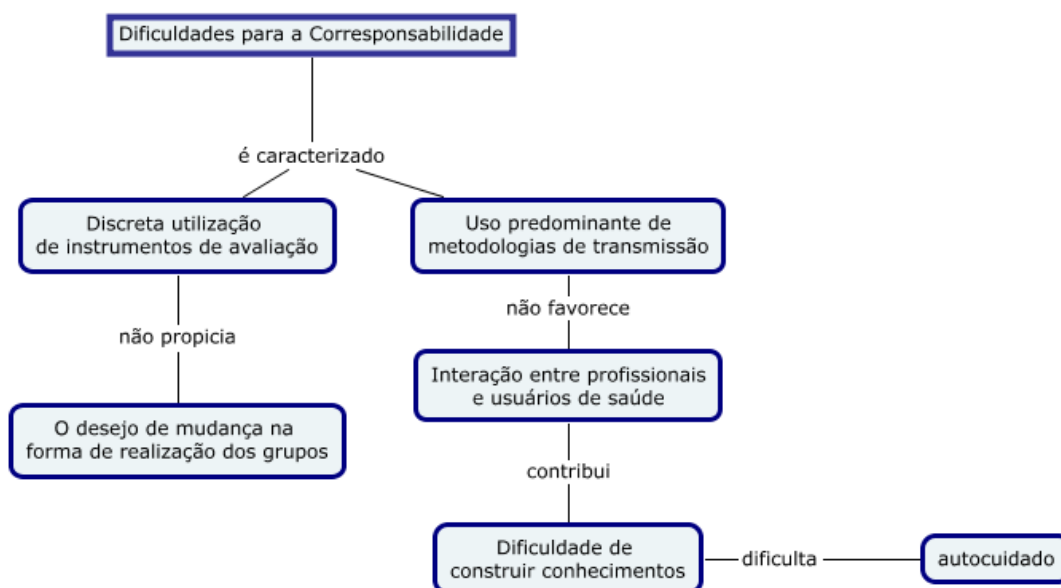
Este capítulo pretende explorar as características percebidas nos relatos de profissionais e usuários referentes aos elementos que favorecem a formação de sujeitos corresponsáveis, conforme apresentado na Figura 6.

Figura 6 – Mapa conceitual dos elementos que favorecem a construção de sujeitos corresponsáveis, Campo Mourão, 2010.



Pretende também apresentar as situações que representam dificuldades para a produção de corresponsabilidades, cuja superação constituem um desafio (Figura 7).

Figura 7 – Mapa conceitual dos elementos que representam dificuldades para a produção da corresponsabilidade, Campo Mourão, 2010.



6.1 ELEMENTOS QUE CONTRIBUEM PARA A CORRESPONSABILIDADE

Como primeiro elemento que contribui para a corresponsabilidade foi identificada a **disposição para aprender e assumir o cuidado** de sua saúde. Essa característica foi percebida por alguns usuários, os quais afirmaram que a motivação para participar do grupo surgiu em razão da oportunidade de aprender.

Porque eu gostaria de aprender mais, queria aprender mais para melhorar a minha vida, então por isso *que eu participava* (U12).

Eu comecei a participar direitinho e cuidar da pressão [...]. Eu me motivo mesmo a me tratar (U8).

A disposição para aprender representa um avanço quando se trata da construção de conhecimentos, pois, como já vimos, segundo Vasconcellos (1992), o aprendizado só ocorre na medida em que o usuário se sente mobilizado.

A mobilização para o conhecimento surge a partir do interesse que o sujeito tem em conhecer determinado objeto. Para despertar o interesse do sujeito é preciso que o profissional de saúde atribua um significado inicial a esse objeto, de modo que o usuário possa, a partir daí, refletir sobre ele e criar representações. Contudo, para que esse processo seja desencadeado, é preciso que tal significado

tenha relação com a realidade do usuário, sinalizando, portanto, a necessidade do profissional de saúde conhecer a realidade da comunidade.

Vários estudos destacam essa necessidade como fundamental para promover ações de educação em saúde. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar sensíveis a diferentes contextos, reconhecendo as necessidades e/ou problemas que muitas vezes não são falados, mas que fazem parte da realidade de muitos usuários (MACHADO; SILVA, 2007; OLIVEIRA; PINTO, 2007; MELLO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Entre os benefícios gerados a partir da apropriação de uma determinada realidade destaca-se a superação da compreensão fatalista das situações. Na medida em que isso ocorre, o profissional tem maior poder de decisão e autonomia, além de perceber que todos os sujeitos possuem capacidade de intervenção e alteração da realidade (MACHADO; SILVA, 2007; FREIRE, 2001b).

Salienta-se que esse processo de apropriação necessita ser concretizado nas ações de educação em saúde, visto que no âmbito das atividades de grupo há muitas visões fatalistas que precisam ser superadas. O profissional, por exemplo, deve superar a visão fatalista, quando afirma que as atividades de grupo não funcionam, que a população não tem interesse, entre outros argumentos comumente utilizados para justificar a não realização ou não participação nas atividades de grupo. Da mesma forma, o usuário deve superar a visão que o coloca como um ser desprovido de saber, cujo papel resume-se em obter medicamentos e realizar consultas médicas.

A construção de vínculos com a comunidade, de fato, representa um dos principais caminhos para conhecer a realidade. No estudo de Ferreira Neto e Kind (2011), a criação do vínculo entre usuários e equipe de saúde produziu maior fortalecimento das atividades de grupo. Para Campos (1997), o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde uma vez que favorece a participação do usuário, que é o maior conhecedor dos problemas e necessidades presentes no local. Não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Deste modo, a abertura ao diálogo com a população é essencial.

Conforme Luckesi (1994), pelo diálogo é possível horizontalizar as relações. Para Freire (2006a), não há educação se não há diálogo, pois para que o processo educativo aconteça é fundamental que exista comunicação, e a verdadeira

comunicação só ocorre por meio do diálogo. Freire (2006b) cita alguns aspectos que favorecem o diálogo. Entre eles, o amor; a humildade – afinal a autossuficiência é incompatível com o diálogo –; a fé nos homens e no seu poder de fazer e refazer, de criar e recriar; a esperança, pois a esperança é fruto da imperfeição do homem, que o coloca numa eterna busca, a qual não se faz no isolamento, mas na comunicação; e o pensamento crítico, o qual busca superar a visão ingênua, a acomodação.

Outro elemento fundamental na construção da corresponsabilidade foi a *valorização do saber popular*. A valorização do saber popular foi percebida tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, pois 81,4% dos profissionais mencionaram que utilizam o saber popular para nortear as atividades de grupo que são realizadas.

A abertura ao saber popular, de fato, estimula a realização de ações mais participativas, pois oferece ao usuário a abertura para opinar sobre aquilo que tem interesse. A valorização do saber popular é fundamental, pois o indivíduo é dono de um saber único e particular, relacionado intimamente com sua história de vida e suas experiências, construindo conceitos e concepções para adotar uma posição diante das situações. Apesar do saber popular não ser considerado científico, não significa que não tenha valor, pelo contrário. O valor que é dado ao saber individual é aquele que traz o cotidiano implícito nas relações humanas, fortalecendo os vínculos entre as pessoas e promovendo o cuidado entre elas (SARAIVA et al., 2007).

Para Sales (2008), o saber popular é fundamental para construir o conhecimento, pois desta maneira o conteúdo apresenta maior significado para o usuário. Considerar o saber do outro favorece espaço para a reflexão com a apreensão de novos conhecimentos que propiciam a mudança de atitude (OLIVEIRA et al., 2009). É necessário que o profissional valorize o saber popular para compreender o processo educativo como um espaço de troca de saberes e valorização do indivíduo, e também para que ele reconheça o usuário como sujeito que possui capacidade de intervenção na sua realidade, para assim construir a história e a trajetória da saúde nos serviços de atenção básica vigentes (PINAFO et al., 2011).

Fazendo uma analogia a Freire (2002), os profissionais de saúde não devem só respeitar o saber dos usuários, mas discuti-lo com a comunidade, ou

seja, inserir seus conhecimentos acerca da realidade concreta nas atividades de educação em saúde.

Para tanto, o cultivo das virtudes do educador destacadas por Freire (2001a), tais como humildade, respeito, compreensão, escuta, silêncio, paciência, coerência, tolerância e amor, é fundamental, uma vez que traz à tona a sensibilidade humana que favorece a aproximação e vinculação entre sujeitos, permitindo a valorização e o respeito entre os diferentes saberes.

A disposição para aprender somada à abertura ao saber popular cria o cenário propício para a *construção de conhecimentos*, os quais são essenciais para que o usuário seja corresponsável pela manutenção e controle de sua saúde.

Diante disso, vários usuários citaram que a participação no grupo possibilitou a apropriação de diversos aprendizados:

Se eu não participasse seria pior, porque eu não ficaria sabendo de nada, o que é perigoso (U9).

Mudou porque eles explicam muita coisa e a gente vai entendendo mais as coisas (U10).

Eu gosto porque a gente fica conhecendo as coisas (U13).

Entre os aprendizados, citaram aspectos relacionados à doença:

[...] não imaginava que era pressão, nem sabia o que era pressão alta, nem sabia o que era isso (U9).

[...] eles falam o que é o diabetes, o que é o colesterol (U12).

Os usuários mencionaram sobre a forma correta de ingerir os medicamentos e, embora alguns não soubessem dizer o nome, descreveram sem dificuldade para que serviam, os horários e a forma de ingeri-los.

[...] eu tomo dois de manhã, esse daqui eu tomo à tarde (U5).

[...] estou tomando remédio para diabetes, eu tomo remédio para o colesterol, para a pressão alta, e também aquele remédio para afinar o sangue (U9).

Nos estudos de Moscheta e Santos (2012) e Santos *et al* (2009), os participantes dos grupos relataram o aprendizado relacionado à doença e ao tratamento.

Também referem ter aprendido sobre a forma correta de se alimentar e como realizar atividades físicas.

Ensinam o que pode comer para diabéticos e para quem tem hipertensão. Então é muito bom. Toda vez que a gente vai comer, a gente lembra (U14).

Depois que a gente entrou na reunião, a gente aprendeu a fazer caminhada e alongamento (U16).

Para Maffaccioli e Lopes (2005), os grupos constituem espaços de construção de conhecimentos, os quais muitas vezes extrapolam os aspectos relacionados à doença. Da mesma forma, o grupalista Pichon-Rivière (2009), ao elencar um conjunto de vetores que, na sua concepção, marcavam a funcionalidade do grupo, destacou a aprendizagem. A aprendizagem como uma possibilidade de abordar um objeto, se apropriar dele e operar sobre ele. Ou seja, algo que de certo modo possa intervir no cotidiano das pessoas.

O conhecimento é uma ferramenta fundamental na produção de corresponsabilidade, uma vez que contribui para que o usuário tenha a capacidade de assumir o cuidado de sua própria saúde. O estudo de Assunção e Ursine (2008) realizado com pessoas com diabetes mostrou que a participação no grupo de educação em saúde favorecia a adesão ao tratamento medicamentoso. O mesmo foi observado no estudo de Bastos e Borenstein (2004), em que o conhecimento favoreceu a adoção de medidas de autocuidado. Outros exemplos podem ser expressos nos vários estudos que apresentam a associação entre melhores níveis de instrução com a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Os estudos de Martin et al. (2012) e Ishitani et al. (2006) revelaram que o grau de escolaridade é um importante indicador de mortalidade para as doenças cardiovasculares. Indivíduos com maior escolaridade possuem maior conhecimento sobre as ações de prevenção e controle das doenças. Já o estudo de Gus et al. (2004) mostrou associação entre a baixa escolaridade com o não reconhecimento de hipertensão arterial. Além disso, hábitos saudáveis, como a alimentação rica em frutas, foram associados a maiores níveis de escolaridade (MALTA et al., 2011; MALTA; MOURA; MORAES NETO, 2011).

Embora várias pesquisas apontem a relação da escolaridade com as doenças cardiovasculares em razão de sua ligação com a renda, que propicia maior oportunidade de acesso a bens e serviços, inclusive educação de qualidade e assistência de saúde com recursos diagnósticos e terapêuticos eficazes (SING; SIAHPUSH, 2002; SANTOS; NORONHA, 2001; TURRELL; MATHERS, 2001;

DRUMOND JUNIOR; BARROS, 1999), um estudo brasileiro que incluiu escolaridade e renda como variáveis independentes em modelo de regressão múltipla mostrou que a escolaridade, e não a renda, interferiu na mortalidade por doenças crônicas (FUCHS et al., 1995).

Tendo a escolaridade relação direta ou indireta com as doenças cardiovasculares, não se pode negar que o conhecimento pode contribuir para que o portador de doenças crônicas, tais como HA e DM, possa controlar de forma mais eficaz esses problemas.

O estudo de Ribeiro, Cotta e Ribeiro (2012), realizado com o objetivo de descrever experiências de diferentes países (Israel, Finlândia, Estados Unidos da América, Canadá, Alemanha, Holanda e China) no combate às doenças cardiovasculares voltadas à comunidade por meio de ações de promoção à saúde, que entre outras ações envolviam a construção de conhecimentos, apontou que a realização de tais atividades trouxe significativas melhoras nos indicadores de saúde.

O conhecimento e a informação em saúde são considerados características importantes dos sistemas e serviços de saúde, pois a informação impacta tanto na percepção de saúde das pessoas como no seu acesso aos serviços de saúde. No entanto, cabe ressaltar que o nível de informação das pessoas não resulta apenas de ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, mas também da cultura familiar, do grau de escolaridade e do acesso aos vários meios de informação (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Apesar de a construção de conhecimento ser essencial, Besen et al. (2007) alertam que a simples oferta de informação não é suficiente para dar aos indivíduos o poder de mudar seus estilos de vida. O estudo de Maia e Silva (2005) realizado com portadores de DM em tratamento de úlcera revelou que, embora a maioria dos usuários tivesse sido orientada a respeito de como realizar o curativo, havia um déficit de autocuidado por parte dos mesmos. O mesmo ocorreu, por exemplo, em relação à dengue. Ainda que a população esteja cercada de informações sobre como prevenir a doença, são comuns casos epidêmicos em algumas regiões do País (SALES, 2008).

Verifica-se que, embora o processo racional seja necessário, não é suficiente para que ocorram transformações nos hábitos de saúde. Trata-se de incorporar na assistência à saúde aspectos que possam ir além do campo da

informação, que integrem valores, costumes, modelos e símbolos sociais, que problematizem formas específicas de condutas e práticas (CASTIEL; VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011; BESEN et al., 2007).

Outro aspecto fundamental na produção da corresponsabilidade é quando o usuário *reconhece a importância daquilo que aprende*, ou seja, quando produz significados, pois na medida em que ele reconhece a necessidade do que aprendeu, a possibilidade de concretização do conhecimento é maior. Essa atitude foi percebida em relação à alimentação e à prática de atividades físicas.

O processo de valorização de uma informação depende muito da utilidade que o sujeito identifica nela. É o que Luckesi (1994) denomina de significação. Para este autor, uma pessoa só se sente interessada em algo na medida em que compartilhe aspectos que façam parte de sua realidade.

Percebe-se que a abordagem do profissional durante o desenvolvimento dos grupos pode ser determinante para que o usuário se sinta interessado. Deste modo, é imprescindível ao educador de saúde que trabalha nessa perspectiva despertar o interesse do usuário, estar atento aos temas que emergem dos sujeitos e estruturar-se no sentido de respeitar crenças, sentimentos, cultura e conhecimentos (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006).

Isso é importante, pois o usuário deve ter sua capacidade de escolha desenvolvida, uma vez que, entre outras coisas, desperta no sujeito a sensação de fazer parte, de pertencimento. Para Pichon-Rivière (2009), o sentimento de pertencer a um determinado grupo é fundamental para que haja maior identificação com o processo grupal, favorecendo o envolvimento e a apropriação do que se desenvolve no grupo.

Diante disso, percebe-se o quanto são limitantes as ações de educação em saúde com características verticais – aquelas diretamente encaminhadas pelo nível central – pois, além de tolherem a oportunidade do usuário opinar e participar ativamente do processo, desconsideram a capacidade da equipe de saúde em desenvolver ações que sejam compatíveis com as necessidades locais da população.

Na visão de Freire (2006), a construção de ações educativas com características verticais tem um aspecto muito prejudicial, pois os homens só se realizam na medida em que se sintam donos de seu próprio trabalho, pois um trabalho sem prazer é uma atividade penosa e automática. Seguindo essa mesma

ideia, Campos (2000, p.133) aponta que “desligar o desejo do mundo do trabalho é um empecilho à constituição de obras e também de sujeitos com capacidade de singularizar-se”.

As ações verticais perdem mais sentido ainda ao considerar que não há um modelo de organização ideal para todos os serviços; o modelo adequado é aquele que se constrói considerando as características, as necessidades e os problemas de cada região (CAMPOS, 2003). São essas especificidades locais que precisam nortear a programação em saúde e o desenho de práticas educativas dirigidas aos profissionais e à população (RIBEIRO; MOTTA, 2006).

Um dos principais objetivos dos grupos de educação em saúde é despertar a corresponsabilidade no usuário, a fim de que o mesmo tenha a capacidade de *alterar seu estilo de vida*. Sobre isso, alguns usuários afirmaram que mudaram sua alimentação e começaram a realizar atividades físicas com regularidade a partir do momento que passaram a frequentar os grupos de educação em saúde.

[...] mudei a alimentação. Estou comendo mais verduras, menos arroz, feijão e massa. Percebi diferença, agora eu tenho coragem para trabalhar, no início eu só queria dormir (U15).

[...] eu pratico atividades físicas, eles falam que a pessoa tem que andar porque é bom para a circulação do sangue [...] aí eu faço todo dia (U3).

Outros estudos também apresentam mudanças individuais do comportamento dos usuários a partir dos grupos (SANTOS et al., 2009; ROGERS, 2009; TEIXEIRA, 2008; FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007).

O estudo de Figueiredo et al. (2006), corroborando os resultados da presente pesquisa, revelou que um grupo de mulheres idosas passou a cuidar da alimentação e a realizar atividades físicas em função das ações de educação em saúde desenvolvidas nos grupos. Com isso, verifica-se que o grupo tem possibilitado mudanças para uma vida mais saudável. Segundo Rogers (2009), por mais elevada que seja a experiência do grupo em si, o mais importante reside na influência sobre o comportamento dos sujeitos fora do grupo.

Apesar de alguns sujeitos do estudo terem referido alterações em seu estilo de vida, salienta-se que alterar hábitos e comportamentos representa um desafio, sobretudo quando se trata de doenças como a HA e o DM, as quais em

muitas situações são assintomáticas, o que acaba minimizando a necessidade de mudança por parte dos portadores.

Um exemplo disso está no estudo de Maia e Silva (2005) realizado com portadores de DM, os quais só alteraram seu estilo de vida quando desenvolveram úlceras em membros inferiores.

A mudança é um processo complexo, pois representa uma ameaça àquilo que já está estabelecido e acomodado, ou seja, uma nova proposta abala uma organização já estruturada. Essa situação tende a gerar nos sujeitos sentimentos de medo e inquietude, fazendo com que os mesmos resistam aos processos de mudança (ROSA, 2003).

O que mais determina a resistência à mudança é a tarefa de reestruturar-se, de rever-se para absorver a nova organização e não o trabalho que a mudança implica. Até porque a reprodução da mesma exige energia, uma vez que é preciso imprimir uma força contrária àquela que incita a mudança (ROSA, 2003; CAMPOS, 2000). Além disso, destacam-se os sacrifícios, isto é, o desprendimento de certos prazeres que são implícitos no processo de mudança, principalmente para os portadores de HA e/ou DM, que geralmente precisam abrir mão de certos alimentos e hábitos que lhes traziam conforto e prazer.

Mas, sendo a mudança permeada de representações negativas, ela ocorre em virtude das insatisfações com a realidade. Por mais acomodado que o homem esteja, ele é dotado de sensibilidade que o faz perceber as insatisfações do mundo em que vive, as quais podem ser expressas por alguma piora no quadro clínico, conforme apontado no estudo de Maia e Silva (2005).

As mudanças individuais representam um grande benefício para aquelas pessoas que alteraram seu estilo de vida. Porém, em que medida essas mudanças individuais podem impactar na saúde de uma coletividade?

O que se pretende com esse questionamento é mostrar que o grupo, apesar de contribuir em diversos aspectos para a saúde das pessoas, possui um limite. Para que haja melhoria da qualidade de vida de uma população não bastam apenas mudanças individuais, é preciso que as mudanças organizacionais, políticas, culturais, educativas e midiáticas também se concretizem na sociedade.

Porém, enquanto isso, é fundamental que as pequenas conquistas, até mesmo as de caráter individual, sejam valorizadas, afinal, segundo Campos (2000), estas têm a capacidade de desencadear mudanças de maior amplitude.

Para o usuário e para o serviço de saúde, um dos grandes benefícios da construção da corresponsabilidade em portadores de doenças crônicas é a *manutenção do controle da doença*.

Minha pressão agora melhorou, nunca mais subiu, é normal [...]. Ela está sempre normal (U9).

[...] minha diabetes está controlada (U7).

Alguns usuários mencionaram com satisfação o fato de não terem mais os sintomas que costumavam ter antes de conseguir controlar a doença.

Mudou muita coisa, minha vida melhorou, eu tenho muita animação, gosto de andar, tenho vontade de bordar, não gosto de ficar parada (U17).

Antes eu sentia fraqueza, falta de ar, mas acabou tudo, não tem mais não (U16).

Esses resultados corroboram os achados dos estudos de Ferreira Neto e Kind (2011), Tahan e Carvalho (2010), Santos et al. (2009) e Silva et al. (2006). Essas pesquisas relataram que a participação no grupo contribuiu para a diminuição dos índices de pressão arterial, glicemia, da necessidade de uso de medicamentos e da procura por consultas médicas.

Da mesma forma, pesquisa realizada em Belo Horizonte com um grupo de 496 praticantes de atividade física identificou vários índices de melhora na qualidade de vida dos participantes, entre eles a redução da dor (46%) e do uso de medicamentos (60%), melhor controle da pressão arterial (31%) e diabetes (10%) e diminuição da procura por serviços de saúde (70%) (BELO HORIZONTE, 2010).

Ao analisar esses resultados, percebe-se que este tipo de estratégia contribui para a melhoria das condições de saúde de seus adeptos. E entre os benefícios destaca-se não apenas a diminuição do sofrimento individual e familiar acarretado por uma complicação ou óbito, mas também a diminuição das despesas na área da saúde em consequência da redução no número de internações, medicamentos, transplantes, entre outros procedimentos associados a complicações de HA e DM.

Sendo as doenças cardiovasculares as principais causas de óbito no mundo, e a HA e o DM alguns dos principais fatores de risco, o controle dessas doenças torna-se estratégico em termos de redução de custos. Em 1998, os EUA

tiveram um gasto em torno de 100 bilhões de dólares com HA e suas complicações, o que representou aproximadamente 13% do orçamento total destinado à saúde (HODGSON; CAI, 2001). Já em relação ao DM, em Taiwan, na China, em 1997, os custos da assistência ao DM representaram 11,5% do custo total, sendo 4,3 vezes maior que o custo médio de pessoas não portadoras de DM, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002).

No caso do Brasil, não diferente da tendência mundial, desde a década de 1960 vem ocorrendo um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, acarretando alterações no perfil de morbimortalidade, com aumento significativo das doenças crônicas. As doenças cardiovasculares passaram a liderar as causas de óbito no Brasil, quase 64% das mortes, ultrapassando, em muito, as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) (MALTA et al., 2006).

Dito isso, percebe-se o quanto é fundamental que o sistema de saúde não apenas incentive, mas institucionalize a educação em saúde enquanto estratégia de atenção à saúde, de forma que a atividade de grupo deixe de ser uma ação pontual e se torne um instrumento metodológico fundamental para a reorganização das práticas de saúde, no sentido de construir uma atenção integral em que profissionais e usuários possam assumir suas responsabilidades na construção de uma melhor assistência à saúde. Pois, conforme afirma Vasconcelos (2004), há condições de superar a fase em que as ações de saúde integradas às necessidades de saúde da população eram realizadas apenas de forma pontual. É preciso encontrar os caminhos administrativos e de formação profissional que permitam que elas se generalizem institucionalmente.

Importante perceber que o grupo também contribui para *aspectos que extrapolam o âmbito da doença*, pois possibilitou a oportunidade de sair, fazer amizades, lidar melhor com os problemas pessoais e se divertir.

[...] passa o dia que a gente nem vê a hora passar, é bom que a gente sai um pouco, eu quase não saio de casa (U7).

Depois que participei do grupo, fiz amizades [...] se a gente ficar só em casa você vai sentar ali, você vai chorar, pensando nos problemas e isso aí não faz bem (U4).

A exemplo da presente pesquisa, outros estudos também apresentaram resultados que colocam o grupo como um espaço que propicia a

construção de amizades, troca de experiências, apoio para a superação de problemas pessoais e até mesmo apoio para o enfrentamento de situações relacionadas à doença (MOSCHETA; SANTOS, 2012; FERREIRA NETO; KIND, 2011; TAHAN; CARVALHO, 2010; SANTOS et al., 2009; TEIXEIRA, 2008; FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007; MAFFACCIOLLI; LOPES, 2005, ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Visto dessa forma, o grupo de educação em saúde pode ser considerado um suporte social que, na concepção de Campos (2005), constitui uma forma de relacionamento capaz de propiciar o sentimento de proteção e apoio ao indivíduo. Além disso, deve envolver políticas e redes de apoio cujo propósito seja contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente daquelas em situação de exclusão (ARAÚJO et al., 2006).

Os fatores que integram o suporte social são especialmente os psicológicos, representados pelas atitudes, percepções e sentimentos. São esses fatores que geram o sentimento de proteção e apoio que de algum modo influenciam o comportamento dos sujeitos (CAMPOS, 2005). Para Cobb (1976), três componentes são essenciais ao suporte social. O Emocional: sentimento de ser amado, cuidado e protegido; Valorativo: sentimento de autoestima e valorização pessoal; e o Comunicacional: sentimento de pertencer a uma rede em que todos tenham acesso a informações que sejam compartilhadas por todos os integrantes.

Vários estudos apontam que o suporte social promove melhoras nas condições de saúde, sendo sua ausência considerada um fator de risco tão importante quanto o tabagismo, a obesidade e a HA (ROSENGREN et al., 1993; HOUSE; UMBERSON, 1988; BRADHEAD et al., 1983). Uma das maneiras pelas quais pode ser compreendida a influência positiva do suporte social é a constatação de que a interação social, isto é, convivência com outras pessoas, favorece o processo de ajuda mútua, de aconselhamento relacionado a diversos aspectos como: dieta, atividade física, sono, problemas sociais, entre outros (MINKLER, 1985).

Vários discursos destacam a possibilidade de interação social criada pelo grupo, bem como o compartilhamento de informações relacionadas ao tratamento:

Eu acho muito bom [...] a gente conversa com um, conversa com outro (U12).

Várias pessoas que possuem diabetes me ensinaram (U1).

Alguns estudos também apontam que o suporte social tem um efeito moderador sobre o estresse. Pessoas que não têm suporte social tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse do que aquelas que o possuem (CASSEL, 1974; BISCONTI; BERGEMAN, 1999).

Na presente pesquisa há discursos de usuários apontando que o grupo auxilia no enfrentamento de problemas pessoais que geram estresse, entre outros problemas mentais. De acordo com um dos usuários, o fato de compartilhar esses problemas e perceber que essa situação também é compartilhada por outras pessoas serve de suporte para lidar com essa situação. Isso ocorre pois a conexão entre pessoas com problemas afins é um importante recurso para a reabilitação tanto física quanto psíquica (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Outro efeito do apoio social seria a contribuição no sentido de criar uma sensação de coerência e controle da própria vida. Deste modo, o suporte social atua como um elemento importante para favorecer a autonomia do usuário, propiciando maior participação na organização dos grupos, uma postura mais ativa no tratamento, buscando informação e assumindo também a responsabilidade por sua própria saúde, que é o que se espera de um processo de educação em saúde (ANDRADE; VAISTMAN, 2002).

Tendo em vista que o grupo não se apresentou apenas como uma estratégia para a construção de conhecimentos relacionados a problemas de saúde, conforme percebido no presente estudo, é importante que essa prática educativa seja re(inventada) no sentido de não se destinar somente a portadores de HA e DM, mas ser um espaço de troca, vínculo e permanente interação entre os sujeitos, sejam eles portadores ou não de alguma doença.

6.2 DIFICULDADES PARA A CORRESPONSABILIDADE

A construção da corresponsabilidade depende da participação dos usuários durante a realização das atividades de grupos de educação em saúde, pois, quanto mais participativas as metodologias utilizadas, maiores as

possibilidades de estimular a apropriação do usuário sobre assuntos que digam respeito à sua saúde.

Contudo, 46 (52,8%) profissionais citaram que as *metodologias* utilizadas geralmente estão *baseadas na exposição do conteúdo*. Quando comparados os tipos de atividades desenvolvidas, percebeu-se que as metodologias de transmissão (60,6%) superaram as metodologias participativas (39,4%).

Nas falas dos usuários surgem relatos sobre a realização de metodologias de transmissão, tais como a realização de palestras, as quais foram as mais citadas pelos profissionais de saúde:

Elas fazem uma palestra e ensinam a gente a aprender a viver com o diabetes (U7).

Esse tipo de abordagem é o mais presente e difundido nos dias de hoje. Os conteúdos são produtos de uma realidade preestabelecida e costumam não apresentar relação com a realidade dos usuários de saúde. Deste modo, as relações de poder presentes no grupo são desiguais, focadas predominantemente nos educadores, ou seja, nos profissionais, uma vez que basta ao usuário assistir, ser receptivo e permanecer atento em silêncio. Freire (2006) critica e refuta vários atributos dessa tendência, entre outras coisas, por não favorecer o encontro de sujeitos.

Deste modo, uma das complicações desse tipo de metodologia é que há pouca interação entre o saber técnico e o saber popular. Tal configuração tende a colocar o saber técnico como um saber superior e que deve se impor ao conhecimento dos usuários, despertando nos mesmos um certo receio de se expressarem:

Eles passam para a gente o que pode e o que não pode, o que o hipertenso tem que fazer, o que o diabético tem que fazer [...] (U8).

[...] eu não tenho coragem de responder, eu sempre evito, pois não tenho estudo nenhum (U6).

Chama a atenção o fato de as falas acima contradizerem um dos elementos que favorecem a construção de corresponsabilidades como a valorização do saber popular. Diante desse paradoxo, Pichón-Rivière (2009) explica que no interior de grupos é natural o surgimento de dualidades, visto que o grupo é um

espaço dialético, que por meio de confronto de distintas ideias contribui para a abertura ao processo de mudança.

Retomando a questão do receio de o usuário se expressar, verificou-se, no estudo de Frota, Albuquerque e Linard (2007), resultado semelhante.

Uma das principais características das metodologias que se baseiam na transmissão de conhecimento é a relação assimétrica que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários.

Besen et al. (2007) afirmam que é muito comum encontrar atividades educativas que fazem uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as patologias e como cuidar da saúde, desconsiderando o saber popular e as condições de vida da população. Outra característica marcante das metodologias de transmissão é a tendência de culpabilizar o usuário por sua condição de saúde na medida em que constroem discursos totalmente reducionistas do processo saúde-doença, por não considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos, que acabam gerando constrangimento, angústia, ansiedade e medo nos usuários (CASTIEL, 2011; BAGRICHEVISK et al., 2010). O estudo desenvolvido por Sales (2008) revelou essa situação, uma vez que as ações de educação em saúde relacionadas à dengue despertaram nos participantes do estudo sentimentos de obrigação e medo.

Diante disso, constata-se uma relação de dominação dos profissionais de saúde sobre os usuários. Conforme apontado por Freire (2006a), na relação de dominação aqueles que dominam consideram a pessoa humana como um objeto e como um meio para o alcance de objetivos. Seguindo esse pensamento, constata-se que, se o processo de trabalho está orientado pela lógica da produção de ações, sem muitas vezes pensar na qualidade das práticas que são desenvolvidas, é muito provável que os grupos de educação em saúde sejam encarados pelos profissionais e pelo próprio sistema apenas como uma estratégia para a geração de indicadores de produção.

Por esses motivos, as metodologias participativas devem se fazer mais presentes nos serviços de saúde, uma vez que promovem a participação dos usuários, propiciam momentos de troca, escuta, diálogo e, ao invés de difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procuram problematizar, em uma discussão aberta, os problemas da realidade concreta dos usuários

(FERREIRA NETO; KIND, 2011; SALES, 2008; BESEN et al., 2007; VASCONCELOS, 2004).

Embora um grupo de pessoas tenha expressado a construção de uma série de conhecimentos, outros por sua vez citaram que tiveram *difficuldade de aprender* sobre os assuntos que eram trabalhados nos grupos, revelando novamente o quanto esse processo é dual.

[...] eles explicam as coisas e a gente não entende nada, não dá para guardar nada na cabeça, depois a idade também não ajuda. (U11).

[...] eu mesma, assim, não aprendi nada não (U5).

[...] às vezes, com as explicações dele, a gente pega alguma coisa. (U3).

O aprendizado, segundo Luckesi (1994), depende muito da forma como se estrutura o processo de ensino-aprendizagem. Para este autor, há certas ações que, aplicadas em um processo educativo, favorecem o aprendizado. Entre essas ações, Luckesi (1994) cita a capacidade de articular o assunto com a realidade dos usuários, algo que se consegue na medida em que o educador valoriza o saber popular e parte dele para construir, em parceria com o usuário, um conhecimento mais estruturado.

Isto significa que do ponto de vista da educação como um ato de conhecimento, nós, educadores, devemos sempre partir [...] dos níveis de compreensão dos educandos, da compreensão do seu meio, da observação de sua realidade, da expressão que as próprias massas populares têm de sua realidade. É a partir do lugar onde se encontram as massas populares que os educadores revolucionários [...] têm de começar a superação de uma compreensão inexata da realidade e chegar a uma compreensão cada vez mais exata, cada vez mais objetiva dela (FREIRE, 2002, p.79).

Esse processo de superação implica muitas vezes em adequar a própria linguagem. Os estudos de Tavares e Rodrigues (2002) e Maia e Silva (2005) alertam sobre a importância de analisar o perfil da população para adaptação da linguagem a ser utilizada durante o processo educativo.

Outra ação descrita por Luckesi (1994) envolve a participação ativa dos sujeitos durante o processo de construção de conhecimento. Deste modo, ao verificar que o saber popular ainda é pouco explorado e que as metodologias de transmissão ainda superam as metodologias participativas, é de se esperar que

alguns usuários tenham dificuldade em se apropriar de determinados conhecimentos.

Entretanto, é importante mencionar que as limitações necessariamente não estão só nos profissionais ou na forma como o processo de trabalho é conduzido, mas também na postura do usuário. De acordo com Freire (2006), é difícil ensinar quando o outro está decidido a não aprender. Essa situação de desinteresse no aprender foi observada no presente estudo, visto que alguns usuários expressaram claramente que a participação no grupo era determinada apenas pela entrega dos medicamentos e não porque almejavam construir algum conhecimento.

Com base no exposto, percebe-se que, de fato, o processo de ensino-aprendizagem só acontece na interação, na relação dialógica entre profissionais e usuários de saúde. Contudo, mais uma vez destaca-se que, para ocorrer essa relação dialógica, é fundamental que a equipe gestora apoie e possibilite que essas práticas estejam mais presentes nos serviços de saúde.

O próximo elemento também é marcado pela dualidade, uma vez que, enquanto alguns alteraram seu estilo de vida, outros apontaram ter dificuldade em assumir o autocuidado. No relato dos usuários, percebeu-se a dificuldade de realizar o controle da doença:

A minha pressão é assim, tem tempo que ela sobe muito e tem tempo que ela fica regulada. Teve uma vez que ela subiu que o médico falou que poderia ter dado até derrame (U2).

[...] o diabetes está subindo e abaixando, ontem mesmo as meninas do posto vieram aqui e eu precisei ir para o 24 horas (U10).

A dificuldade no controle da doença relaciona-se também à resistência que o usuário tem em alterar seu estilo de vida, sobretudo em relação à alimentação:

Tem dia que eu vejo que estou com vontade de comer mais, então eu como (U11).

Eu ainda exagero na alimentação, não levo muito a sério, às vezes eu lembro: nossa, minha pressão vai subir se eu ficar comendo essas coisas. Então, quando eu lembro, eu dou uma maneirada (U2).

O estudo de Paiva, Bersusa e Escuder (2006), realizado com portadores de hipertensão arterial e diabetes, também revelou dificuldades

relacionadas à alimentação. Em relação à dieta adequada, houve 33,3% de relatos, já as dietas parcialmente adequadas ou inadequadas somaram quase 70%.

A prática de atividade física regular é outra dificuldade para os usuários, corroborando os achados das pesquisas de Dosse *et al* (2009), Jesus *et al* (2008), Bastos e Barenstein (2004) e Paiva, Bersusa e Escuder (2006).

Os principais motivos para a não realização de atividade física na presente pesquisa foram: problemas de saúde, falta de companhia, falta de tempo, religião, por considerar uma perda de tempo e pelo fato de a pressão arterial estar controlada.

Entre as justificativas, a falta de tempo e os problemas de saúde também foram relatados pelos participantes do estudo de Paiva, Bersusa e Escuder (2006). Chama a atenção a última justificativa, pois mostra a valorização do medicamento pelos usuários. Essa postura foi tão presente na pesquisa que alguns usuários até sugeriram que os grupos de educação em saúde deveriam ser espaços reservados apenas para a distribuição dos medicamentos.

[...] me atendendo, me dando os meus remédios para controlar a minha pressão está bom demais (U3).

Se fosse só entregar o remédio e medir a pressão seria melhor (U11).

Apesar de valorizarem o medicamento, é curioso perceber a resistência em aderirem o tratamento medicamentoso da forma correta.

Tem dia que eu não tomo, porque eu acho que estou bem (U8).

Resultados semelhantes também foram observados nos estudos de Dosse *et al*. (2009), Jesus *et al*. (2008), Barbosa e Lima (2006) e Santos *et al*. (2005).

Nos últimos anos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na saúde pública em virtude de sua complexidade. Estima-se que cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso racional do medicamento. Essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão relaciona-se a itens como estilo de vida, ressaltando-se dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores (BARBOSA; LIMA, 2006).

As principais razões descritas na literatura para justificar a baixa adesão ao tratamento medicamentoso são: falta de orientação, efeitos colaterais,

esquecimento, ausência de sintomas e falta de acompanhamento das equipes de saúde (JESUS et al., 2008; SANTOS et al., 2005). Diante disso, percebe-se que as variáveis envolvidas na dificuldade do usuário assumir a adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não, são diversas. Portanto, o presente estudo irá explorar apenas três aspectos na tentativa de explicar essa situação.

A primeira delas consiste na autonomia do usuário, isto é, o direito dele se recusar a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos (BRASIL, 2006b). A discussão sobre autonomia gira em torno do poder que cada indivíduo tem de gerir livremente seus interesses. Portanto, um ente autônomo atua por vontade própria e para isso deve ter o desenvolvimento e o conhecimento necessários para entender o que faz e qual a consequência de seus atos (MARÇAL, 2012).

Desta forma, antes de se afirmar que alguém possui autonomia para decidir sobre objeto de seu interesse, deve-se analisar se possui capacidade para tanto. Essa capacidade é avaliada levando em consideração o discernimento do indivíduo, que pode ser considerado como a capacidade de compreender situações, de separar o certo do errado; capacidade de avaliar as coisas com bom senso e clareza; juízo; tino; conhecimento, entendimento (MARÇAL, 2012). Diante disso, as informações sobre as formas dos tratamentos e as possibilidades devem ser compartilhadas. Não pode haver uma ditadura do profissional de saúde ou mesmo da família, mas há que se buscar o consentimento do usuário, que é o principal interessado (MARÇAL, 2012).

Desde que essa decisão seja tomada de modo voluntário, e que o indivíduo saiba plenamente aquilo que está fazendo, sua decisão deve sempre ser respeitada.

A segunda envolve a influência histórica do papel de submissão do usuário diante dos serviços de saúde (RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006). Durante décadas, o usuário se adaptou a receber e a seguir ordens, portanto, diante dessa proposta que coloca o usuário enquanto um sujeito ativo ele apresenta dificuldades quando se trata de assumir algumas responsabilidades relacionadas ao cuidado com sua própria saúde, pois não tem consciência de sua capacidade de intervenção, isto é, não tem consciência de sua condição de sujeito.

No intuito de compreender o que significa ser sujeito, este estudo se baseou nas concepções de Campos (2000), o qual afirma que os sujeitos possuem

regiões que lhes são mais particulares – representadas pelos desejos e vontades próprias – e regiões mais externas – as quais imprimem no sujeito um comportamento determinado por influências sociais. O autor aponta a necessidade de haver um processo de valorização daquilo que se encontra nas regiões internas, particulares, de modo que as determinações socioculturais, que colocam o usuário como um indivíduo passivo e submisso, possam ser gradativamente superadas.

E esse processo passa pelo apoio do profissional de saúde na sua condição de educador, pois:

Uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou professora ensaiam a experiência profunda de assumir-se. Assumir-se como um ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque é capaz de amar (FREIRE, 2006, p.41).

E a terceira e talvez mais complexa é a transferência de uma responsabilidade ao usuário que ele, seja por questões culturais, econômicas ou sociais, não consegue assumir.

Segundo Bagrichevsk et al. (2010), há uma disseminação de regras prescritivas a favor da adoção de certos hábitos sem considerar os contextos desiguais da realidade da população brasileira. A ilusão de poder cuidar da própria vida trazida por esse tipo de discurso acarreta a culpabilização e a responsabilização da vítima. Se alguém sofre de obesidade, por exemplo, é porque não se alimentou de forma adequada ou não se exercitou o suficiente (CASTIEL, 2011; MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008).

Segundo Vaz (2011, p.14), “não se discute que ações devem ser tomadas em termos de políticas públicas. O enfoque é sempre que o indivíduo deve saber cuidar de si”. Dessa forma, depositam apenas na escolha individual a solução de problemas que são profundamente complexos e medicalizam ações, tais como a alimentação e a atividade física, que antes ganhavam sentido pela identidade cultural ou pelo prazer que tais ações produziam (CASTIEL; GUILLAN, 2007).

Diante disso, é preciso ir além. Não se trata apenas de assumir hábitos saudáveis, tais como a alimentação adequada e a prática de atividade física, conforme foi apontado no presente estudo, mas oferecer as condições para que isso se torne real e não apenas opção de poucos.

É necessária a formulação de políticas públicas abrangentes e integradas, apoiadas em ações intersetoriais, levando em conta os vários ciclos da vida, as condições e necessidades locais (MERHY, 2007).

No caso do sedentarismo, por exemplo, é preciso criar espaços públicos adequados e seguros, organizar o espaço urbano quanto às possibilidades de deslocamento a pé e/ou em bicicletas, investindo em segurança pública, iluminação, dentre outros aspectos do planejamento urbano. Desta forma, desloca-se do foco exclusivo no desejo e decisão individuais de envolver-se em práticas corporais para a análise das condições que facilitam ou não a eleição de um modo de viver mais ou menos sedentário (MALTA et al., 2009).

Da mesma forma, o acesso à alimentação implica não somente escolhas individuais, mas, fundamentalmente, políticas públicas integradas, desde: ações educativas; acesso à merenda escolar saudável; incentivo à produção, distribuição e comercialização de alimentos adequados; legislação oportuna quanto aos teores de sal, açúcar, gorduras trans; informações nutricionais em produtos industrializados e regulação do conteúdo das propagandas que atingem públicos específicos (JAMES, 2011; BRASIL, 2008b).

Outra limitação percebida foi o *discreto interesse de mudança* na forma de realização dos grupos. Um número significativo de profissionais (19,3%) não expressou sugestões de melhora para as atividades de educação em saúde, mesmo diante das fragilidades citadas anteriormente.

Entre os que trouxeram sugestões de melhora, as principais foram: melhora na estrutura (10,1%), inovação de metodologias (10,1%), motivação dos usuários (7,6%) e participação de mais categorias profissionais (6,7%).

Nesse aspecto, as duas abordagens convergiram, pois os usuários também não expressaram sugestões de mudança:

[...] o que nós temos que aprender eles já ensinaram, sobre o que comer, fazer caminhada, de vez em quando a gente faz um exercício de levantamento de braço, então essas coisinhas eles já ensinaram (U8).

[...] não tenho curiosidade de aprender outras coisas (U4).

Ao perceber que grande parte dos profissionais e usuários não possui sugestões de melhora, é possível inferir que eles não reconhecem a necessidade de produzir mudanças na forma de desenvolver as ações de educação

em saúde, que consistem em utilizar metodologias mais participativas e que valorizem o saber dos usuários. Pode-se dizer que, segundo Morosini, Fonseca e Pereira (2008), eles estão adaptados a uma realidade social como se esta fosse a ordem natural das coisas, como única forma de existência possível e racional.

Essa atitude, na visão de Campos (2000), não favorece o processo de mudança, pois alguém absolutamente satisfeito com sua realidade é uma pessoa estagnada, fechada à análise de problemas e necessidades de alterações no processo de trabalho. Corroborando essa afirmação, Freire (2007) cita que as condições necessárias para que o homem não tenha medo da mudança são a percepção e a aceitação de que não há vida na imobilidade, não há progresso na estagnação.

Nenhuma realidade é porque tem que ser. A realidade pode e deve ser mutável, deve ser transformável. Mas, para justificar os interesses que obstaculizam a mudança, é preciso dizer que “é assim mesmo”. O discurso da impossibilidade é, portanto, um discurso ideológico reacionário. Para confrontar o discurso ideológico da impossibilidade de mudar tem-se de fazer um discurso também ideológico de que pode mudar, mas fundado, inclusive, na verdade científica de que é possível mudar (FREIRE, 2001a, p.169).

O homem só se coloca em processo de mudança na medida em que percebe sua inconclusão, isto é, seu inacabamento enquanto sujeito. Além disso, tal inconclusão é própria da experiência humana. Portanto, negar-se a novos conhecimentos, a novas práticas, é negar a própria essência do homem (FREIRE, 2001).

Sendo o homem um ser inacabado, não basta mais se assegurar em ideias e teorias passadas que não dão conta de explicar e resolver situações do presente, sobretudo porque todo conhecimento é limitado, é incerto (MORIN, 2006). Deste modo, é fundamental aceitar o novo, correr riscos, pois as mudanças são reais e surgem a todo instante (FREIRE, 2006a; MORIN, 2002).

Freire (2006a) acrescenta que o homem, ao perceber-se inacabado, tem consciência de que sua existência no mundo não está isenta de influências sociais, econômicas, culturais, ideológicas e políticas e nem é totalmente escrava delas. Nesse sentido, estar presente no mundo significa se inserir nele, como quem luta para ser sujeito da história e não objeto, pois:

Estar no mundo sem fazer história, sem por ele ser feito, sem fazer cultura, sem “tratar” sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem ideias de formação, sem politizar não é possível (FREIRE, 2006a, p.58).

Diante dessa postura de passividade de profissionais e usuários de saúde é possível inferir não estão tão capturados pela lógica da produção de mudanças e por isso não assumem o grupo com o compromisso de torná-lo espaço de reflexão e de geração de corresponsabilidades.

Quando conduzido desta forma, o grupo vai se dissipando por esgotamento e tornando-se cansativo, tanto para profissionais quanto usuários, até o ponto de não ser mais reconhecido como um grupo, mas apenas como um espaço para renovar, receitar e dispensar medicamentos (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Para finalizar, a utilização de instrumentos de *avaliação* ao final dos grupos de educação em saúde foi citada por apenas 23% dos participantes.

A avaliação pode ser considerada um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer de seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTRADIPOULOS et al., 1997). Deste modo, na área da saúde ela se torna fundamental e deve ser pensada como uma estratégia de potencialização dos princípios do SUS (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Contudo, a avaliação se constitui num terreno minado, visto que há fortes componentes políticos, de interesses e de relações de poder presentes nesse processo. Deste modo, todo processo de avaliação deve questionar alguns aspectos, entre eles: O que avaliar? Para que avaliar? Quem participa da avaliação? E quem se beneficia com ela?

Pensando na avaliação dos grupos de educação em saúde, esses questionamentos também devem ser realizados: Por que avaliar os grupos? Quem participa da avaliação dos grupos? E quem se beneficia com as avaliações dos grupos?

Refletindo sobre o primeiro questionamento, é preciso ter clareza da intencionalidade da avaliação. Há muitos processos avaliativos que são realizados apenas com o propósito de cumprir protocolos, não havendo o compromisso de utilizar seus resultados para orientar na tomada de decisões e melhorar a

organização do processo de trabalho. Da mesma forma, quem participa do processo de avaliação também é um fator crucial, pois quanto mais distante estiverem os avaliadores dos grupos, maior é o risco de modular condutas de forma padronizada e restritiva, alienando os profissionais e os usuários de saúde.

Diante disso, a avaliação que mais traduz a realidade de determinado objeto de avaliação é aquela em que há a participação dos diversos atores envolvidos na produção desse objeto (FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Nessa direção, os processos de avaliação favorecem a produção de sujeitos comprometidos com a qualidade da produção de saúde no SUS, o que pode explicar a associação encontrada entre o uso de instrumentos de avaliação e o desenvolvimento de metodologias participativas.

Para Rêgo, Nakatani e Bachion (2006), a avaliação tende a favorecer a utilização de metodologias mais participativas por permitir que o usuário se expresse. Na medida em que o usuário amplia seu poder de compreensão, aumenta a sua capacidade de dar respostas e dialogar, deste modo a educação em saúde torna-se dialógica, tendo potencial para contribuir para o processo reflexivo, crítico e participativo do grupo.

Um estudo realizado por Ferreira Neto e Kind (2011) para analisar o desenvolvimento de práticas grupais em saúde revelou que nos grupos que utilizavam instrumentos de avaliação houve um gradativo deslocamento das práticas grupais do formato centrado em doenças para novos formatos, que valorizavam a convivência, a realização de dinâmicas mais participativas e temáticas mais variadas.

Diante disso, é preocupante perceber que apenas 23% dos profissionais avaliam os grupos, sobretudo pelo fato de a avaliação contribuir, quando bem direcionada aos objetivos do grupo, para o desenvolvimento de metodologias mais participativas e, conseqüentemente, a produção de corresponsabilidades.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho se propôs a investigar as forças e os limites que os grupos de educação em saúde possuem na produção de corresponsabilidades.

Os resultados revelaram que no município de Campo Mourão a maioria das ESF (70,0%) realizava os grupos de educação em saúde, sendo os profissionais mais envolvidos com esta atividade os enfermeiros, os médicos e, sobretudo, os ACS. Deste modo, percebe-se quanto o agente comunitário deve ser apoiado, pois sendo ele um morador da mesma área de abrangência dos usuários, a construção do processo de significação se dá de forma mais acessível e compatível em comparação com outras categorias que residem, em geral, em locais com características distintas da população pela qual são responsáveis.

Chamou a atenção a baixa inserção de alguns profissionais, tais como o cirurgião-dentista e o auxiliar/técnico de saúde bucal. Embora a maior parte das equipes realize os grupos de educação em saúde, verificou-se que ainda possuem fortes traços da pedagogia de transmissão de conhecimentos e com foco, predominantemente, em assuntos que versam sobre doenças, sem preocupação em atingir a qualidade de vida nas vertentes da prevenção e da promoção da saúde. Coerentemente, as atividades características da metodologia de transmissão superaram as metodologias participativas, sendo a palestra a mais citada.

Apesar de as práticas de educação em saúde voltadas para a transmissão de conhecimentos serem ainda hegemônicas, nota-se dentro dessa lógica que há iniciativas de uma nova forma de promover a educação em saúde, pautada na participação ativa dos usuários. A partir daí, pode-se inferir que, por mais rígida que seja uma prática hegemônica, profissionais, bem como os usuários, encontram maneiras de agir que são contrárias àquelas propostas pelo modelo dominante.

Verificou-se, também, que os grupos eram realizados principalmente uma vez por mês e que poucos profissionais relataram ter dificuldade de construir sua assistência por meio da estratégia de grupo.

Em relação às potencialidades do grupo na produção de corresponsabilidades, destacaram-se a disposição do usuário de aprender e assumir o autocuidado, bem como a valorização do conhecimento adquirido; a utilização do saber popular por parte dos profissionais de saúde; a construção de conhecimento pelo usuário, permitindo obter reflexos positivos em sua vida, tais como a alteração no estilo de vida e manutenção do controle da doença; e o apoio social oferecido pelo grupo, o qual favoreceu a criação e fortalecimento de amizades, interação social e até mesmo suporte emocional.

Por outro lado, algumas características se apresentaram como dificuldades para a construção de corresponsabilidades. São elas: a utilização significativa de metodologias pouco participativas, que não estimulam o papel ativo do usuário e até mesmo dos profissionais; a dificuldade de aprendizado dos usuários; o discreto interesse em mudar a forma de realização dos grupos, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais; e a pouca utilização de instrumentos de avaliação, permitindo que muitas das falhas sejam ocultadas.

Diante dos elementos citados, verifica-se a ocorrência de algumas dualidades relacionadas ao aprendizado e à alteração no estilo de vida, uma vez que da mesma maneira alguns citaram a apropriação de conhecimentos, fato que contribui para alteração no estilo de vida, e outros, por sua vez, mencionaram o oposto, corroborando o que foi afirmado anteriormente sobre a capacidade do homem buscar novas formas de agir muitas vezes diferentes do que é imposto institucionalmente.

Com base nisso, acredita-se que, mesmo havendo um modelo predominante marcado pela imposição e transmissão do saber técnico, é possível que profissionais e usuários de saúde adotem práticas diferentes. Para tanto, é fundamental que a atividade de grupo de educação em saúde não seja reduzida a um mero espaço para a realização de consultas, procedimentos ou distribuição de medicamentos, mas como um espaço de interação constante entre profissionais e usuários, em que haja a valorização e abertura ao saber popular. Dessa maneira, a possibilidade do grupo se configurar como uma estratégia para a produção de corresponsabilidades é maior, principalmente se for adotada como estratégia de gestão em paralelo com a formulação de políticas públicas que ofereçam as condições mínimas para que as mudanças implicadas no processo de educação em saúde sejam concretizadas.

Quando o grupo é desenvolvido de forma isolada, ele fica vulnerável a sofrer um processo de descaracterização, ou seja, ele é mais facilmente capturado pela lógica hegemônica presente nos serviços de saúde, cujas características são a educação de transmissão, a racionalização e a produção de procedimentos com vistas à quantidade e não à qualidade. Além disso, se o processo de captura não ocorre, ele até traz benefícios, mas que pouco impactam na saúde de uma coletividade uma vez que é realizado de forma isolada e pontual, abrangendo poucas comunidades.

Com base nessas considerações, a presente pesquisa traz como contribuição a reflexão sobre o papel do grupo, isto é, do que, de fato, significa ser um grupo. Acredita-se que tal reflexão é fundamental para evitar os constantes processos de descaracterização que os grupos sofrem na realidade dos serviços de saúde, marcados principalmente pela utilização do grupo como meio de organização da demanda, distribuição de medicamentos e realização de consultas.

Outra contribuição refere-se à ênfase de que o grupo não deve ser a única estratégia no controle de doenças tão importantes quando se pensa nos impactos sociais, econômicos e emocionais que acarretam. Também não deve ser exclusivo para pessoas que tenham doenças crônicas, podendo ser ampliado para outras populações, pois sendo o grupo um instrumento de produção de corresponsabilidades, sua inserção em outras áreas é essencial.

Espera-se também que os resultados favoreçam a reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde, estimulando-os a valorizarem a abertura ao saber popular na construção do planejamento e ações de saúde. E, sobretudo, sensibilizar as instituições formadoras, tanto de nível técnico quanto de nível superior, revelando o quanto seu papel é fundamental na construção de habilidades e competências voltadas para o processo de educação em saúde.

Além disso, destaca-se como contribuição a necessidade do usuário se assumir como um sujeito com capacidade de transformação de sua vida e de sua comunidade e do quanto é importante que os profissionais de saúde tenham o apoio necessário para amparar o usuário nesse processo.

Finalmente, espera-se que esses resultados contribuam para que a equipe gestora reconheça, incentive e financie ações que extrapolem aspectos relacionados à doença, pois dessa forma é possível desencadear ações políticas que, bem estruturada, incentivem, apoiem e responsabilizem Estados e municípios

pela formulação de iniciativas amplas de valorização de espaços de troca, diálogo e de negociação nos serviços de saúde.

Embora a temática da educação em saúde seja bastante explorada na literatura, verificou-se que sua análise na perspectiva da produção de corresponsabilidades ainda é incipiente. Deste modo, ressalta-se a necessidade da realização de mais estudos enfocando, além do papel do usuário e do profissional, o papel da equipe gestora e das instituições formadoras, no sentido de investigar em que medida essas instituições favorecem ou não na formação e no desenvolvimento de pessoas com capacidade de realizar ações de educação em saúde cujo foco seja a produção de corresponsabilidades.

REFERÊNCIAS

- ABDUCH, C. **Grupos Operativos com Adolescentes**. Disponível em: <<http://www.adolesc.br/bvs/adolesc/P/cadernos/capitulo/cap28/cap28.htm>>. Acesso em: 1 set. 2011.
- ACIOLI, D. M.; CARVALHO, E. F. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.59-68,1998.
- ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.5, n.9, p.150-153, 2001.
- ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.18, p.131-147, 2006.
- ANASTASIOU, L. C. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. C.; ALVES, L. P. (Org.) **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 7 ed. Joinville: UNIVILLE, 2007, p.15-43.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.925-934, 2002.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional**. Brasília:Liber Livro Editora, 2005.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, 2007.
- ARAÚJO, S. S. C.; FREIRE, D. B. L.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Suporte social, promoção da saúde e suporte bucal na população idosa no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.18, p.203-216, 2006.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, sup.2, p.2189-2197, 2008.
- ASSUMPÇÃO, R. (Org.) et al. **Educação na perspectiva freiriana**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2009.

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.

BAGRICHEVISKY, M.; CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; ESTEVÃO, A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n. supl. 1, p.1699-1708, 2010.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivos no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.13, n.1, p. 35-38, 2006.

BARROS, R. B. **Grupo**: A afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/ Editora da UFRGS, 2007.

BASAGLIA, F. et al. **A instituição Negada**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.13, n.1, p.92-99, 2004.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Cidade saudável –plano macro-estratégico 2009-2011**. Belo Horizonte, 2010.

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto** – uma análise da implementação do Programa de Saúde da Família em Blumenau. 2000. (Dissertação). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

BESEN, C. B.; SOUZA NETTO, M.; DA ROS, M. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A estratégia Saúde da família como Objeto de educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BISCONTI, T.; BERGEMAN, C. Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well being and perceived health. **The Gerontologist**. Londres, v. 39, p.94-103, 1999.

BOEHS, A. E.; STEFANES, C.; DAMIANI, C. B.; AQUINO, M. D. W. Famílias com crianças desnutridas: os desafios para trabalhar em grupos. **Texto Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.14, n.2, p.287-292, 2005.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. Promover e recuperar a saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do programa de saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.18, p.507-519, 2005.

BRASIL. Congresso. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2001.

_____. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – Integradora. Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para a promoção, prevenção e controle de DCNT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BROADHEAD, W. E. et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. **American Journal of Epidemiology**. Cary, n. 117, n.5, p.521-537, 1983.

BURY, M. Illness narrative: fact or fiction? **Sociology of Health & Illness**. Maden, v.23, n.3, p.263-85, 2001.

CALVIÑO, M. A. **Trabajar em y com grupos: experiências y reflexiones básicas**. La Habana: Editorial Academia, 1998.

CAMPO MOURÃO. Secretaria de Saúde. **Programas**. Disponível em: <<http://campomourao.eprefeituras.com.br/SESAU/index.php?pg=familia>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Modelo de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.33, p.16-19, 1992.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.229-266.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.10, n.2, p.7-14, 2003.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UEL, 2001.

CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **American Journal of Medicine**. Tucson, v.64, p.1.040-1.043, 1974.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R. A saúde persecutória: à espera dos riscômetros portáteis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.11, n.21, p. 145-163, 2007.

CASTIEL, L. D. Saúde, riscos e hiperprevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.24, n.4, p.34-35, 2011.

CASTIEL, L. D.; VALERO, J. S.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CASTIEL, L. D.; VAZ, P. Debate: Risco conceito fundamental em permanente discussão. **Radis**. Rio de Janeiro, n.106, p. 12-15, 2011.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; NOGUEIRA, V. F. A promoção da saúde e a educação em saúde como campo de conhecimentos e práticas. In: MIRANDA, S. M. R. C.; MALAGUTTI, W. **Educação em Saúde**. São Paulo: Phorte Editora, 2010, p. 37-59.

COBB, S. Presidential address-1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychomatic Medicine**. Tampa, v.38, n.5, p.300-314, 1976.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 21, n.1, p. 177-184, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p.79-86.

COSTA, A. R. C.; MELO, M. C.; OLIVEIRA, M. A.; DIAS, R. N. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, n. 53, p. 127-130, 2000.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, n. 53, p. 149-152, 2000.

COSTA, N. R. Estado, Educação e Saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cadernos Cedex**. Campinas, n.4, p.5-27, 1987.

DOSSE, C.; CESARINO, C. B.; MARTIN, J. F. V.; CASTEDO, M. C. A. Fatores associados a não adesão ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.17, n.2, p.58-64, 2009.

DRUMOND JÚNIOR, M.; BARROS, M. B. A. Desigualdades socioespaciais na ortalidade do adulto no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Brasília, v.2, n.1-2, p.34-49, 1999.

FALCON, G. S.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n. 2, p. 343-351, 2006.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.13, n.28, p.7-18, 2009.

FERNANDEZ, A. M. **El campo grupal**: notas para uma genealogia. Buenos Aires: Nueva Visión, 1989.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. **Promoção da Saúde**: Práticas grupais na estratégia saúde da família. São Paulo: HUCITEC Editora, 2011.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.4, p. 898-906, 2009.

FERTONANI, H. P. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde**: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá PR. 2003. 165f. (Dissertação) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FILHO, J. T.; NEUBAUER FILHO, A. **Estudo de caso dirigido como metodologia de pesquisa para Educação à Distância (EAD)**. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/644_503.pdf>. Acesso em: 27 set. 2012.

FLACK, J. M. et al. Cardiovascular disease costs associated with incontrolled hypertension. **Manage Care Interface**. New York, v.15, n.11, p.28-36, 2002.

FRAGA, A. Promoção da vida ativa: nova ordem físico-sanitária na educação dos corpos contemporâneos. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. **A saúde em debate na Educação Física**. v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. 105-118.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1334-1341, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação e mudança**. 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

_____. Sobre educação popular: Entrevista com Paulo Freire. In: TORRES, R. M. (Org.). **Educação popular**: um encontro com Paulo Freire. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 44 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006a.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006b.

FROTA, M. A.; ALBURQUERQUE, C. M.; LINARDI, A. G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.16, n. 2, p.246-253, 2007.

FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; MORAES, R. S.; BREDEMEIER, M.; CARDOZO, S. C. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v.63, n.6, p.473-479, 1995.

GARCIA, M. A. A.; YAGI, G. H.; SOUZA, C. S.; ODONI, A. P. C.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.175-182, 2006.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004, p.64-89.

GASTALDO, D. **Is health education good for you? The social construction of health education in the Brazilian national health system**. 1996 (Tese). University of London. Londres.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004, p.244-270.

GUATTARI, F. **Revoluções moleculares: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v.83, n.5, p. 424-428, 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

HODGSON, T. A.; CAI, L. Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities. **Medical Care**. Indianápolis, v. 39, n. 6, p. 599-615, 2001.

HOUSE, J.; LANDIS, K.; UMBERSON, D. Social relationships and health. **Science**. Washington, n. 241, p.540-544, 1988.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/lojavirtual/fichatecnica.php?codigoproduto=90192>>. Acesso em: 23 dez. 2010.

ISHITANI, L. H.; FRANCO, G. C.; PERPÉTUO, I. H. O.; FRANÇA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.40, n.4, p.684-691, 2006.

JAMES, P. Congresso Mundial de Nutrição: Fome de soluções. **Radis**. Rio de Janeiro, n.119, p. 9-13, 2012.

JESUS, E. S.; AUGUSTO, M. A. O.; GUSMÃO, J.; MION JUNIOR, D.; ORTEGA, K.; PIERIN, A. M. G. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 21, n.1, p. 59-65, 2008.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition.** New York: Basic Books, 1988.

LEVY, S. **Programa educação em saúde.** Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2007.

LOPES, M. J. M. et al. (Org.) **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOURENCO, E. C.; SILVA, A. C. B.; MENEGHIN, M. C.; PEREIRA, A. C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1367-1377, 2009.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação.** São Paulo: Cortez, 1994.

MACHADO, A. L. G.; SILVA, M. R. F. Educação em Saúde: instrumento de ação para o enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Revista Nursing.** Barueri, v.104, n.9, p.45-50, 2007.

MACHADO, M. de F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Revista Latino-americana de enfermagem.** Ribeirão Preto, v.17, n.2, p.174-179, 2009.

MAFFACCIOLLI, R. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica.** 2007. (Dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v.18, n.4, p.439-445, 2005.

MAIA, T. F.; SILVA, L. F. O pé diabético de clientes e seu autocuidado: a enfermagem na educação em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 95-102, 2005.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.433-444, 2004.

_____. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v.15, n.1, p.47-65, 2006.

_____. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

_____. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários de saúde suplementar: resultados dos inquéritos telefônicos. Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 2011-2022, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MALTA, D. C.; MOURA, E. C.; MORAES NETO, O. L. M. Gender and schooling inequalities in risk and protective factors for chronic diseases among Brazilian adults, through telephone survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.14, n.1, p.125-135, 2011.

MARÇAL, V. M. **Autonomia do Paciente**. Disponível em:<<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/2060/2117>>. Acesso em: 7 jul. 2012.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; SOUZA, W. G. A.; PACHECO, W. N. S. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosos no domicílio. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.16, n.2, p.254-262, 2007.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião – AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.3, p.290-295, 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.305-314, 1999.

_____. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005, p.195-206.

_____. **Salud: cartografia do trabajo vivo**. Buenos Aires: Lugar editorial, 2006.

_____. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. et al. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. **Health Education Quarterly**. New York, v. 12, p. 303-313, 1985.

MIRANDA, S. M. R. C.; MALAGUTTI, W. **Educação em Saúde**. São Paulo: Phorte Editora, 2010.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p.155-162.

MOSCHETA, M. S.; SANTOS, M. A. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n. 5, p.1225-1233, 2012.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p.1809-1811, 2002.

NETO, J. **Estatística descritiva**: coeficiente de correlação de Pearson. Disponível em: <http://www.estatisticax.blogspot.com/coeficiente-de-correlao-de-pearson-r.htm>>. Acesso em: 2 abr. 2008.

OLIVEIRA, C. B.; FRECCHIANI, J. M.; SILVA, F. M.; MACIEL, E. L. N. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no Município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.635-644, 2009.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer de colo do útero na estratégia saúde da família em uma distrital de saúde do Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.7, n.1, p.31-38, 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. **Relatório Mundial**. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2002.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **O trabalho de equipe de saúde da família**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/org_trab.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2012.

PAIVA, V. **História da educação popular no Brasil**: educação popular e educação de adultos. 6 ed. São Paulo: Loyola, 2003.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.377-385, 2006.

PASSOS, E. Quando o grupo é a afirmação de um paradoxo. In: BARROS, R. B. **Grupo**: A afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/ Editora da UFRGS, 2007, p.11-19.

PASTORE, E.; ROSA, L. D. **Trabalho e gênero na área da saúde**. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/20625652/1053487655/name/trabalho+e+genero+na+area+da+saude.pdf>>. Acesso em: 2 mai. 2012.

PAUL, P. A dimensão ética na educação para a saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.14, n.1, p.30-40, 2005.

PAULO SILVA, J.; ROTEMBERG, S.; VIANNA, E. C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.119-136, 2004.

PEDROSA, I. I. **É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social**. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/ZelvoEduSaudeRadis.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2011.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

PEREIRA, Q. L. C.; SILVA, C. B. D. C. A.; PELZER, M. T.; LUNARDI, V. L.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.16, n. 2, p. 320-325, 2007.

PETERSEN, A.; LUPTON, D. **The New Public Health**: health and self in the age of risk. London: Sage Publications, 1996.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O Trabalho em Equipe. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 2000. p. 45-50.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

PILON, A. F. Desarrollo de la educación en salud: una actualización de conceptos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v. 20, n. 5, p. 391-396, 1986.

PINAFO, E. **Educação em saúde**: o cotidiano da equipe de Saúde da Família. Londrina, Paraná. 2010. 131f. (Dissertação). Universidade Estadual de Londrina. Londrina.

PINAFO, E; NUNES, E. F. P. A.; GONZALEZ, A. D.; GARANHANI, M. L. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 201-221, 2011.

PINTO, J. B. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. In: ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE, Natal, 1982. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 15-19.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**. Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, 2006.

PIRES, D.; GELBCKE, F.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e no viver dos trabalhadores de nível médio. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.311-325, 2004.

RÊGO, M. A. B.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.27, n.1, p.60-70, 2006.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 7-17, 2012.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/eepp>>. Acesso em: 13 abr. 2006.

ROGERS, C. R. **Grupos de encontro**. 9 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

ROSA, S. S. **Construtivismo e mudança**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSENGREN, A. et al. Stressful life events, social support, and mortality in me Born in 1933. **BMJ**. Londres, v.307, p.1102-1105, 1993.

SALES, F. M. S. Ações de educação em saúde para prevenção e controle de dengue: um estudo em Icaraí, Caucaia, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.175-184, 2008.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão ao cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.14, n. 3, p. 332-340, 2005.

SANTOS, S. M.; NORONHA, C. P. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais socioeconômicos na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n.5, p.1099-1110, 2001.

SANTOS, M. A.; PÉRES, D. S.; ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; TEIXEIRA, C. R. S. Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 57-63, 2009.

SARAIVA, K. R. O.; SANTOS, Z. M. S. A.; LANDIM, F. L. P.; TEIXEIRA, A. C. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.16, n. 2, p. 263-270, 2007.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e da produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 63-74, 1995.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

SCHRAMM, F. R.; CASTIEL, L. D. Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 379-390, 1992.

SHALL, V. T. Debate sobre el artículo de Briceño-León. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.18-19, 1996.

SILVA MARTIN, R. R. et al. Hipertrofia ventricular e mortalidade cardiovascular em pacientes de hemodiálise de baixo nível educacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v.98, n.1, p.52-61, 2012.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.12, n. 3, p. 441-448, 2010.

SILVA, T. R.; FELDMAN, C.; LIMA, M. H. A.; NOBRE, M. R. C.; DOMINGUES, R. Z. L. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.15, n. 3, p.180-189, 2006.

SIQUEIRA, F. V. et al. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 6, p. 961-971, 2009.

SINGH, G. K.; SIAHPUSH, M. Increasing inequalities in all cause and cardiovascular mortality among US adults aged 25-64 years by area socioeconomic status, 1969-1998. **International Journal Epidemiology**. Cary, v. 31, p. 600-613, 2002.

SMITH, G. D. Reflections on the limitations to epidemiology. **Journal of clinical epidemiology**. Philadelphia, v. 54, n. 4, p. 325-331, 2001.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 52-57, 2007.

SOUSA, L. S. A entrevista, o imaginário e a intuição. In: GAUTHUR, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p. 30-50.

SOUZA, H. M. Programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, n. 53, p. 7-16, 2000.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação em saúde: VALLA, V. S.; STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Roner-Dimoné, 1993.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010.

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, n.1, p. 88-96, 2002.

TEIXEIRA, E. Modos de sentir e aprender entre mulheres em um projeto de educação popular em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 57-62, 2008.

THIOLLENT, M. Concepção e organização da pesquisa. In: THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13 ed. São Paulo: Cortez, 2004, p. 47-72.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da Hipertensão Arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, 2007.

TOMAZI, Z. T. **Saúde e Estado Brasileiro**. São Paulo: Global Editora, 1986.

TORQUATO, M. T. C. G. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**. São Paulo, v.121, n. 6, p. 224-230, 2003.

TORRES, G. V.; ENDERS, B. C. Atividades educativas na prevenção de Aids em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Revista Latino-america de enfermagem**. Ribeirão Preto, v.7, n.2, p.71-77, 1999.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1039-1047, 2003.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 215-243.

TURRELL, G.; MATHERS, C. Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. **International Journal Epidemiology**. Cary, v. 30, p. 231-239, 2001.

VASCONCELLOS, C. Metodologia dialética em sala de aula. **Revista AEC**, São Paulo, v. 21, n. 83, p. 28-55, 1992.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativas das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 67-83, 2004.

VIANA, N. M.; AFFONSO, F. B. A.; MATOS, P. H. L.; OLIVEIRA, M. L. C.; SILVA, N. C. Educação em saúde na formação do enfermeiro. In: **Anais do 13º SENADEn**. Belém, 2012.

VOSGERAU, M. Z. S. **Indicadores de bem-estar emocional e doenças crônicas: associação da auto-percepção da felicidade, amor e bom humor à condição de saúde de adultos e idosos de Matinhos, Paraná**. 2012. 197f. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepção de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 17-25, 2003.

XIMENES NETO, F. R. G.; CUNHA, I. C. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 427-433, 2006.

ZIMERMAN, D. E. et al. **Como Trabalhamos com Grupos?** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**. São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1-16, 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS		
1. Entrevistador:		2. UBS:
3. Iniciais:	4. Sexo 1 <input type="checkbox"/> Masc. 2 <input type="checkbox"/> Fem.	5. Data de nascimento ____/____/____
6. Estado civil	1 <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 2 <input type="checkbox"/> Casado(a) 3 <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado(a)	4 <input type="checkbox"/> Viúvo(a) 5 <input type="checkbox"/> União Consensual
7. Categoria profissional	1 <input type="checkbox"/> Médico(a) 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) 3 <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem	4 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem 5 <input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde 6 <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
8. Tempo de atuação na Estratégia saúde da família: () meses		9. Tempo de atuação na atenção básica: () meses
10. Possui pós-graduação em saúde da família ou áreas afins? (somente para profissionais de nível superior)	1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não se aplica	
11. Vocês realizam atividades de grupo para diabéticos e hipertensos?	1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não (caso não, vá para a questão 12)	
12. Por que você não realizou atividades de grupo?	1 <input type="checkbox"/> sobrecarga de trabalho 2 <input type="checkbox"/> Baixa adesão da população 3 <input type="checkbox"/> Falta de treinamento da equipe	4 <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____ 5 <input type="checkbox"/> Não se aplica (em caso de não na questão 11)
13. Você participa das atividades de grupo?	1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não (vá para a questão 14) 3 <input type="checkbox"/> não se aplica (em caso de não na questão 11)	
14. Por que você não participa?	1 <input type="checkbox"/> sobrecarga de trabalho 2 <input type="checkbox"/> Baixa adesão da população 3 <input type="checkbox"/> não se sente preparado	4 <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____ 5 <input type="checkbox"/> Não se aplica (em caso de não na questão 13)
15. Os membros do grupo são apresentados entre si?	1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não se aplica (em caso de não na pergunta 13)	
16. Quais os tipos de atividades desenvolvidas	1 <input type="checkbox"/> Palestras/orientação 2 <input type="checkbox"/> Distribuição de	5 <input type="checkbox"/> Dinâmicas 6 <input type="checkbox"/> Rodas de discussão 7 <input type="checkbox"/> Esclarecimento de dúvidas

	medicamentos 3 <input type="checkbox"/> Consultas 4 <input type="checkbox"/> Verificação de medidas	8 <input type="checkbox"/> Outra, qual? _____ 9 <input type="checkbox"/> Não se aplica (em caso de não na pergunta 13)
17. Quais as temáticas dos conteúdos trabalhados?	1 <input type="checkbox"/> sobre os cuidados com a doença 2 <input type="checkbox"/> Sobre a medicação 3 <input type="checkbox"/> Sobre atividade física 4 <input type="checkbox"/> Sobre alimentação 5 <input type="checkbox"/> Outra, qual? _____ <input type="checkbox"/> (Não se aplica (em caso de não na pergunta 13))	
18. Como os conteúdos são apresentados?	1 <input type="checkbox"/> exposição do conteúdo 2 <input type="checkbox"/> compartilhamento saber valorizando o saber popular	
19. Com que frequência são realizadas as atividades de grupo?	1 <input type="checkbox"/> semanalmente 2 <input type="checkbox"/> mensalmente 3 <input type="checkbox"/> a cada dois meses	4 <input type="checkbox"/> a cada três meses e mais 5 <input type="checkbox"/> Não se aplica (em caso de não na pergunta 13)
20. São utilizados materiais e recursos de apoio?	1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não se aplica (em caso de não na pergunta 13)	
21. Quais os tipos de materiais e recursos utilizados?	1 <input type="checkbox"/> Panfletos 2 <input type="checkbox"/> Cartazes 3 <input type="checkbox"/> multimídia 4 <input type="checkbox"/> Sons	5 <input type="checkbox"/> Imagens 6 <input type="checkbox"/> Não se aplica (em caso de não na pergunta 13) 7 <input type="checkbox"/> Nenhum (em caso de não na pergunta 20)
22. Em qual local são realizadas as atividades de grupos?	1 <input type="checkbox"/> UBS 2 <input type="checkbox"/> salões paroquiais	3 <input type="checkbox"/> Outros, qual? _____ 4 <input type="checkbox"/> Não se aplica (em caso de não na pergunta 13)
23. Como é a participação do usuário?	1 <input type="checkbox"/> ouvinte 2 <input type="checkbox"/> expõem sua fala 3 <input type="checkbox"/> não se aplica (em caso de não na pergunta 13)	
24. Qual o tempo de duração das atividades? (minutos)	1 <input type="checkbox"/> 10 min 2 <input type="checkbox"/> 20 min 3 <input type="checkbox"/> 30 min 4 <input type="checkbox"/> 40 min	5 <input type="checkbox"/> 50 min 6 <input type="checkbox"/> 60 min 7 <input type="checkbox"/> mais de 60, quanto? _____ 8 <input type="checkbox"/> Não se aplica (em caso de não na pergunta 13)
25. Quais profissionais participam das atividades de grupo?	1 <input type="checkbox"/> Médico(a) 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) 3 <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem	4 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem 5 <input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde 6 <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____ 7 <input type="checkbox"/> Não se aplica (em caso de não na pergunta 13)
26. Você considera o número de	1 <input type="checkbox"/> Alto 2 <input type="checkbox"/> Médio	3 <input type="checkbox"/> Baixo 4 <input type="checkbox"/> Não se aplica (em caso de

participantes:		não na pergunta 13)
27. No encerramento do grupo é realizada alguma atividade de avaliação?	1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não se aplica (em caso de não na pergunta 13)	
28. É realizado algum tipo de registro desse tipo de atividade?	1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não se aplica (em caso de não na pergunta 13)	
29. Você sente dificuldade para realizar este tipo de atividade?	1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	
30. Qual tipo de dificuldade?		
31. Quais seriam as sugestões para melhoria das atividades de grupo?		

APÊNDICE B



Faculdade Integrado de Campo Mourão - PR

Sede: Av. Irmãos Pereira, 670 centro – CEP: 87301-010 – Campo Mourão-PR – Fone/Fax: (44) 3518-2500

Campus: Rod. BR 158 Km 208 – CEP: 87309-650 – Campo Mourão-PR – Fone/Fax: (44) 3518-2551

E-mail: secretaria@grupointegrado.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

N.º Registro CEP: (Campo de preenchimento do CEP)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa _____ . No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo esclarecer dúvidas do projeto e de sua participação.

Nome da pesquisa: Grupos de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus em Campo Mourão, Paraná.

Pesquisador(a) responsável: Fernanda de Freitas Mendonça

Endereço: rua tiete 421 apto 703, zona 7, Maringá

Telefone: (44) 32258533

E-mail: fernandamendonca@grupointegrado.br

Pesquisadores participantes:

Objetivos da pesquisa: Analisar as atividades de grupo de educação em saúde desenvolvidas pelas ESF como espaços de constituição de sujeitos corresponsáveis.

Procedimentos do estudo: Formulário com os profissionais de saúde e entrevista com os usuários participantes dos grupos

Custo/Reembolso para o participante: ao participante ou responsável não acarretará nenhum gasto assim como não receberá qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à participação na pesquisa.

Confidencialidade da pesquisa: a equipe de pesquisa manterá em sigilo a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Apenas serão divulgados dados diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Li, ou alguém leu para mim, as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos e meios do estudo a ser utilizado, as inconveniências, riscos, benefícios e eventos que podem vir a ocorrer em consequência dos procedimentos do estudo. Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima.

Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas

dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar deste estudo

Nome do participante (em letra de forma)	Assinatura do participante ou representante legal	Data

OBS: caso necessário poderá ser acrescentado mais linhas de acordo com o número de participantes.

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

Assinatura do pesquisador

Data

OBS.: 1) Durante o trabalho de campo, este termo deve ser feito em TRÊS VIAS: uma para o participante da pesquisa, uma para o pesquisador e outra para ser arquivada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Faculdade Integrado de Campo Mourão; 2) Incluir informação sobre patrocinador (se pertinente); incluir informação sobre destino e guarda de materiais (se pertinente); incluir informação sobre estudo multicêntrico (se pertinente); utilizar linguagem compreensível para população alvo.

ANEXO

ANEXO A

		
Faculdade Integrado de Campo Mourão - PR		
<small>Rua Dr. Carlos Pavesi, 474 - Jd. União - CEP: 87201-010 - Campo Mourão/PR - Paraná (41) 322 1882 Campus: Rua BR 148 Km. 000 - Jd. U. - CEP: 87200-000 - Campo Mourão/PR - Paraná (41) 322 2262 E-mail: adm@integrado.org.br www.faci.org.br / www.integrado.org.br </small>		
INTEGRADO COLÉGIO E FACULDADE		
PARECER DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA ANALISADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS		
Identificação:		
1- Título do Projeto: Atividades de grupo de hipertensos e diabéticos enquanto espaço de educação em saúde no município de Campo Mourão - PR.		
2- Característica do Projeto <input type="checkbox"/> Ensino <input type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Conclusão de Curso		
3- Pesquisador Responsável: Fernanda de Freitas Mandonça		
4- Pesquisador Participante:		
5- Titulação do Pesquisador Responsável: Mestre		
6- Instituição do Pesquisador: Faculdade Integrado de Campo Mourão		
7- Local onde será realizada a pesquisa: UBS de Campo Mourão - PR		
8- Nº de protocolo: 6888	9- Nº de registro no CEP: 6876	10- Data de apresentação ao CEP: 10/05/2010
Correções a serem feitas (alterações obrigatórias)		
Recomendações (deixar a critério do pesquisador responsável)		

Parer (declaração explicativa sobre a decisão tomada)

--

Parer final

-
- () Aprovado
 - () Pendente
 - () Retirado
 - () Reprovado
 - () Aprovado e encaminhado

Comentários (se houver)

--

Data para envio do relatório final ao CEP

--

Obs: O pesquisador tem 30 dias para atender às alterações solicitadas e encaminhar o projeto novamente ao CEP identificando que o projeto deve ser REANALISADO. Após esse prazo, o projeto será considerado retrado e posteriormente, havendo interesse, deverá ser apresentado novo protocolo e reiniciado o processo de registro.



Simone J. R. C. Costa
Coordenadora do CEP

Campo Mourão, 10 de agosto de 2010.