

# A PRÁTICA EDUCATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRATÉGIA PARA REPENSAR E RECONSTRUIR AÇÕES DIALÓGICAS

Iara Sescon Nogueira<sup>1</sup>  
Heloisa Magri Vergaças<sup>2</sup>  
Luana Freire Santos<sup>3</sup>  
Paulo Eduardo Cypriano<sup>4</sup>  
Marli Garcia Moreno<sup>5</sup>  
Simoni Obici Lima<sup>6</sup>  
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera<sup>7</sup>

NOGUEIRA, I. S.; VERGAÇAS, H. M.; SANTOS, L. F.; CYPRIANO, P. E.; MORENO, M. G.; LIMA, S. O.; BALDISSERA, V. D. A. A prática educativa na estratégia saúde da família: estratégia para repensar e reconstruir ações dialógicas. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 11-17, jan./abr. 2015

**RESUMO:** Este trabalho objetivou relatar as concepções e práticas de Educação em Saúde e sua relação com a promoção à saúde pelas equipes integrantes de uma unidade de saúde da família e conduzir à ação-reflexão sobre a abordagem dialógica e emancipatória educativas, por meio de discussões grupais. Tratou-se de uma pesquisa-ação com base teórico-metodológica dos Círculos de Cultura de Paulo Freire. As percepções dos participantes, quanto às práticas educativas, não são atuais e evidencia a mudança de paradigma que estamos vivendo, do método tradicional para o dialógico. Por meio da reflexão sobre o modelo dialógico e o modelo bancário foi possível pensar sobre as práticas dos profissionais da área da saúde e a possibilidade de mudá-las.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde; Promoção da saúde; Estratégia saúde da família, Círculos de cultura; Paulo Freire.

## HEALTH EDUCATION ON FAMILY HEALTH STRATEGY: A METHOD FOR RETHINKING AND REBUILDING DIALOGICAL PRACTICES

**ABSTRACT:** This study aimed at reporting the conceptions and practices in Health Education and its relation to health promotion by members of a family health unit, as well as leading to the action-reflection on the dialogical approach and emancipatory education through group discussions. This was an action research with theoretical and methodological basis on Paulo Freire's Culture Circles. The perceptions of the participants, regarding the educational practices, are not current and show the paradigm shift that we are living, from the traditional method to the dialogical practice. Through reflection on the dialogical model and the banking model, it was possible to think about the practices of health professionals and the possibility of changing them.

**KEYWORDS:** Health education; Health promotion; Family health strategy; Culture circles; Paulo Freire.

### Introdução

A Educação em Saúde é considerada um conjunto de saberes construídos a partir de grupos sociais que enfatizam o compartilhamento de experiências e saberes como uma forma de estimular mudanças de comportamentos que norteiem para a prevenção de doenças e promoção da saúde (ACIOLI, 2008). Sua importância na saúde pública volta-se à atenção primária, pautando-se nas questões fundamentais que dizem respeito à promoção da saúde preconizada desde a carta de Ottawa, em 1996.

O significado da promoção de saúde é fornecer às populações condições para que estas sejam capazes de melhorar sua saúde e exercer controle sobre ela, demarcando campo para as ações de educação em saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986). Para a Organização Pan-americana de Saúde, trata-se de um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 1986).

A educação em saúde surgiu, portanto, como uma

estratégia de promoção à saúde que deve eleger metodologias de ensino que conduzam a uma transformação dos indivíduos, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes sociais de saúde, que por sua vez, enfatizam a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, provocando diferenciais de saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Os modelos emergentes de educação em saúde são centrados no diálogo e respeito aos saberes existentes. Dentre esses, o modelo ancorado em Paulo Freire, também chamado de dialógico ou radical, considera os aspectos sociais e culturais dos indivíduos, envolvendo-os nas ações, promovendo sua emancipação e educação libertadora. Possibilita a construção coletiva do conhecimento em que todos têm a palavra, lêem e escrevem o mundo, de forma horizontal, pois segundo Freire (2011b) a educação se dá pela relação com o mundo.

No entanto, essa proposta se contrasta ao modelo hegemônico, ou também chamado de modelo bancário Freire (2011b) nas práticas educativas, que considera prioritariamente a prevenção das doenças (RICARDO; STOTZ,

DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v19i1.2015.5259>

<sup>1</sup>Enfermeira, aluna do PET-Saúde de 2010 à 2013. End: Rua Hélio Jarreta 54, Maringá-PR. E-mail: [iara\\_nogueira@hotmail.com](mailto:iara_nogueira@hotmail.com)

<sup>2</sup>Farmacêutica, aluna do PET-Saúde em 2011. End: Av. Colombo 5790, Maringá-PR. E-mail: [helo\\_vergacas@hotmail.com](mailto:helo_vergacas@hotmail.com)

<sup>3</sup>Psicóloga, aluna do PET-Saúde em 2011. End: Av. Colombo 5790, Maringá-PR. E-mail: [luana\\_freire.s@hotmail.com](mailto:luana_freire.s@hotmail.com)

<sup>4</sup>Médico, aluno do PET-Saúde em 2011. End: Av. Colombo 5790, Maringá-PR. E-mail: [paulocypriano@hotmail.com](mailto:paulocypriano@hotmail.com)

<sup>5</sup>Odontóloga. Secretaria Municipal de Saúde. Preceptora do PET-Saúde. End: Rua Valeriana 282, Maringá-PR. E-mail: [fat.marli@hotmail.com](mailto:fat.marli@hotmail.com)

<sup>6</sup>Farmacêutica. Secretaria Municipal de Saúde. Preceptora do PET-Saúde. End: Rua Valeriana 282, Maringá-PR. E-mail: [simoniobici@maringa.pr.gov.br](mailto:simoniobici@maringa.pr.gov.br)

<sup>7</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora do DEN/UEM, membro do núcleo de excelência do PET-Saúde. End: Av. Colombo 5790, Maringá-PR. E-mail: [vanessadenardi@hotmail.com](mailto:vanessadenardi@hotmail.com)

2012) e se baseia na ideia de que o profissional de saúde é o único detentor do saber. Regido por esse modelo, o profissional se encarrega de transmitir as informações necessárias ao usuário do serviço. Nessa relação ocorre a transmissão de conhecimentos de forma verticalizada (PEREIRA, 2003). O contrassenso que se impõe ao modelo tradicional de ensino, ou bancário/depositário, é que a educação dialógica e, portanto, libertadora, permite compartilhar ideias, inserindo os educandos na reflexão crítica da realidade (FREIRE, 2011a).

Sabe-se, entretanto, que os profissionais de saúde ainda lutam para assumir a postura dialógica e progressista na sua prática educativa, tão necessária para a desejada emancipação das pessoas. Essa dificuldade encontra razão, sobretudo, nas poucas oportunidades que os profissionais tiveram de vivenciar tais prerrogativas educativas durante sua formação profissional e pessoal (GUIMARÃES; AERTS, 2011).

Isso se deve, contudo, às questões históricas. Afirma-se que no início do século XX, as ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os da educação. Por questão de definição de suas *práxis* cabia aos profissionais de saúde a função de desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, por sua vez, cabia desenvolver ações educativas que fossem capazes de transformar os comportamentos (GUIMARÃES; AERTS, 2011).

Entendendo a distância existente entre a concepção atual e as práticas educativas hegemônicas tradicionais, desenvolvemos momentos de discussão sobre a temática por meio do círculo de cultura (KLEBA et al. 2014) junto aos participantes do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) da Universidade Estadual de Maringá-Paraná. Esse programa - considerado um instrumento para qualificação dos profissionais da saúde e iniciação ao trabalho pelas vivências dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde (enfermagem, farmácia, medicina, psicologia e odontologia) - objetivava reconhecer as necessidades dos serviços de saúde, concebendo a atenção primária como fonte de produção de conhecimento e pesquisa, integrando o ensino, o serviço e a comunidade (FONSECA; JUNQUEIRA, 2014). Na nossa experiência, os trabalhos conduzidos pelo PET-Saúde transformaram as práticas de cuidado, sobretudo as educativas e rompeu com o ensino tradicional oferecendo um novo ambiente para as práticas pedagógicas (SILVA et al., 2012).

Através da observação empírica das ações educativas realizadas em uma das unidades de saúde em questão, enquanto participantes do PET-Saúde da Universidade Estadual de Maringá-Paraná, vimos a necessidade de qualificar a Educação em Saúde. Isso se deflagrou ao verificarmos que a incorporação das ações de promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família acontecia de forma espontânea, mas sentíamos a necessidade de qualificar a relação entre os servidores e servidores-usuários, por considerar o usuário como um ser ativo no processo de saúde-doença e como uma proposta de mudança de se educar para a saúde.

Nesse contexto, optamos oportunizar um momento educativo junto aos profissionais de saúde da unidade, centrado na discussão temática 'Método Dialógico de Freire na Educação em Saúde', por meio do círculo de cultura.

Este trabalho, portanto, objetivou relatar as concepções e práticas de Educação em Saúde e sua relação com a promoção à saúde pelas equipes integrantes de uma unidade de saúde da família e conduzir à ação-reflexão sobre a abordagem dialógica e emancipatória educativas, por meio de discussões grupais.

## Material e Método

Tratou-se de uma pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, fundamentada na base teórico-metodológica dos Círculos de Cultura de Paulo Freire (2011), realizada em três etapas: a) Investigação Temática; b) Tematização, e; c) Desvelamento Crítico.

Assim, a pesquisa foi conduzida a partir de círculos de cultura intitulados "Repensando a nossa prática educativa: um novo jeito de fazer fazendo", realizados em uma unidade de saúde da família localizada no noroeste do Estado do Paraná-Brasil.

Foram realizados dois círculos de cultura, em dois dias, com duração total de 8 horas, no ano de 2011. Participaram 27 profissionais da área da saúde, entre profissionais da estratégia saúde da família - ESF (enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde), profissionais não pertencentes à ESF, mas que trabalhavam na unidade de saúde (farmacêutico, dentista, auxiliar de saúde bucal, assistente social, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais) e profissionais do núcleo de apoio à saúde da família - NASF (terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e educador físico).

Os profissionais se inscreveram voluntariamente para participarem dos círculos de cultura, que foram divulgadas por meio impresso na própria unidade. O número de inscritos foi limitado, já que para a realização do Círculo de Cultura é importante haver um grupo restrito de pessoas para que haja uma maior interação e participação de todos os integrantes, visto que não existe um detentor do saber, apenas conhecimentos e concepções diferentes (BECKER, 2008). Os trabalhos produzidos foram registrados por escrito e fotografados.

A primeira etapa - de Investigação temática - consistiu o momento para eleição dos temas geradores, a partir da apreensão da realidade dos indivíduos, como sua percepção e pensamento-linguagem em relação ao mundo (FREIRE, 2011); no nosso caso, em relação às práticas educativas. A discussão temática se deu por meio de circuito de perguntas, no qual os participantes foram divididos em cinco grupos, cada qual com uma questão norteadora: 1) O que é Educação em Saúde? 2) Como fazemos Educação em Saúde? 3) Como selecionamos os temas para Educação em Saúde? 4) O que entendemos por promoção a saúde? 5) A ESF está voltada para a promoção em saúde? Como tem realizado suas atividades? Após discussão de cada questão nos grupos, as respostas eram compartilhadas sucessivamente de um grupo para o outro, de forma que todos os grupos discutiram as cinco temáticas, seguidas de discussão em plenária. Todos os relatos escritos foram arquivados e as discussões foram anotadas em diário de campo.

Para a organização dos dados originados dessas discussões buscou-se selecionar os temas vividos e inseridos no contexto dos participantes, através da sua expressão vocabu-

lar (FREIRE, 2011).

A etapa da Tematização, dividida em Codificação e Descodificação, foi realizada mediante da leitura, discussão e mediação das questões discutidas na etapa da investigação temática. A Codificação foi o momento em que os indivíduos expuseram suas práticas educativas e na descodificação essas práticas foram problematizadas, discutindo-se as práticas educativas realizadas na ESF, de maneira a torná-las perceptíveis, trazendo-as para o universo existencial concreto. Assim, os participantes saíram de uma visão do senso comum para uma visão crítica da realidade (FREIRE, 2011b).

Já a terceira etapa do Círculo de Cultura - o Desvelamento Crítico - haveria o entendimento crítico e reflexivo da realidade para poder transformá-la (FREIRE, 2011a). Isso foi feito por meio de uma nova divisão dos participantes em cinco grupos com o propósito de pensar em soluções e propostas para a ação educativa no cotidiano da ESF, baseado no referencial dialógico de Paulo Freire. Todos os grupos elaboraram propostas para serem inseridas nas ações das equipes de ESF. Após esse momento, um material teórico subsidiou a compreensão das fases do Círculo de Cultura, permitindo discutir-se sua aplicabilidade nas ações educativas da ESF.

Ao final, foi realizada uma dinâmica denominada “Teia de aranha” para que os participantes relatassem o que havia mudado, após as oficinas, acerca das suas percepções sobre Educação em Saúde e quais seriam as suas propostas para a aplicação da metodologia abordada nas oficinas em seu ambiente de trabalho.

## Resultados e Discussão

### 1 Descrição da unidade de saúde e dos participantes dos círculos de cultura

A unidade de saúde possui sete equipes de ESF, sendo que duas delas encontravam-se descentralizadas para que pudessem atuar mais próximo da sua área de abrangência. Cada equipe era composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A população adscrita dessa unidade de saúde era de aproximadamente 43000 pessoas e não havia cobertura total da área com a estratégia saúde da família – ESF. Além das equipes de ESF, a unidade contava com outros profissionais da saúde, como médico clínico geral, ginecologista e pediatra, odontólogos, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, assistente social, auxiliares de enfermagem, odontólogos, administrativo e de serviços gerais. Possui uma equipe do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, composta pelos profissionais: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico e nutricionista.

### 2 Os círculos de cultura: a organização e os espaços para a participação

Partindo-se da concepção de que todo profissional de saúde é um educador em saúde (DE ABREU, 2014) a divulgação dos círculos de cultura foi realizada por via escrita, com um cartaz convidando todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde para a realização deste evento, com ênfase em Educação em Saúde. Houve grande interesse dos trabalhadores em participar da oficina, conseguindo a representa-

ção de todas as categorias de profissionais e equipes de ESF.

Os círculos de cultura aconteceram em uma sala de reuniões na própria Unidade Básica de Saúde. Essa sala foi revestida com cartazes que possuíam dizeres de Paulo Freire sobre a Educação Bancária e a Educação Dialógica, para instigar a visão crítica dos participantes.

O primeiro círculo de cultura teve a mediação da pesquisadora-animadora, a qual possuiu a tarefa de “propiciar o espaço do diálogo e da escuta com a participação espontânea de todos, respeitando as individualidades e possibilitando a troca das experiências, de modo que a animadora ensina e aprende com o grupo” (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Neste dia, para abertura do círculo de cultura, foi proposta a apresentação dos participantes por meio de uma dinâmica “quebra-gelo”, na qual selecionavam objetos que estavam dispostos no centro do círculo, para assim, descreverem um pouco de sua personalidade, permitindo a aproximação dos participantes e ambiente favorável para a exposição de idéias e percepções.

A partir desse momento, deu-se a concretização das oficinas, regidas pela dialogicidade e criticidade. Por questão didática, cada fase dos círculos de cultura passará a ser descrito de acordo com os pressupostos teórico-metodológicos, a saber: 2.1 Investigação Temática; 2.2 Tematização; e 2.3 Desvelamento Crítico.

#### 2.1. Investigação Temática

Em seguida à apresentação dos participantes, conforme acima descrito, realizou-se a primeira etapa do Círculo de Cultura, a Investigação Temática, que buscou inicialmente selecionar os temas vividos e inseridos no contexto dos participantes através da expressão vocabular (FREIRE, 2011).

No que se refere à educação em saúde, apreendemos que os participantes a percebiam como compartilhar saberes entre profissionais e usuários, através de uma escuta qualificada, do diálogo, aprendendo e ensinando. Relataram que:

*É compartilhar saberes, ter uma escuta qualificada por meio de ações de promoção e prevenção, com objetivo de uma melhora na qualidade de vida da comunidade.*

*É dialogar com os usuários, aprender e ensinar no cotidiano de nossa prática, informar e facilitar aquisição de hábitos de vida saudáveis para toda a família.*

*Saber acolher o usuário fazendo-o refletir sobre as questões de sua saúde, seus hábitos de vida, objetivando a mudança, melhorando a qualidade de vida.*

As práticas educativas foram também concebidas como aquelas que se constroem por meio do diálogo, do contato, das trocas de experiências entre profissionais e usuários, mostrando mudança da visão reducionista no binômio saúde-doença. A esse respeito, os participantes relataram que:

*Conversando nos grupos, nas visitas domiciliares, ensinando e aprendendo no atendimento diário, por meio de cartazes, passeios, nos grupos de artesanato.*

*[...] mudando a visão reducionista no binômio saúde-doença [...] Incentivando estratégias e ações horizontais.*

*Procuramos usar as experiências, vivências de cada um (usuários e outros envolvidos), acolhendo e respeitando as individualidades de cada um.*

De fato, afirma-se a necessidade de práticas educa-

tivas dialógicas, centradas na escuta, na sensibilidade e na troca de saberes como condição primordial para a educação transformadora (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

Em relação aos temas eleitos para as práticas educativas percebemos que são selecionados de acordo com duas demandas: a necessidade da população e a imposta pelo gestor. Referiram que:

*De acordo com a necessidade da população, por exemplo: campanha de amamentação, mutirão de preventivo, saúde do homem [...].*

*Utilizamos de uma forma imposta, por exemplo: o conhecimento do profissional, campanhas. Esquecemos de ouvir qual a real necessidade dos mesmos [...] utilizamos do empoderamento do profissional.*

Na medida do possível tentamos seguir o anseio da população, mas muitos temas vêm das esferas federal, municipal e estadual e temos que segui-los.

De acordo com a necessidade da população: característica da área, etapa no ciclo de vida, faixa etária, condição de saúde. É importante revelar também o fator tempo, materiais disponíveis para efetivarmos em ações.

Segundo os participantes, a promoção à saúde é capacitar os usuários, prover conhecimento à população e estimular o autocuidado para a manutenção da saúde:

*Prover conhecimento a população atendida, para que ela tome posse (conhecimento) e cuide da saúde.*

*Estímulo contínuo do autocuidado, ações de promoção que facilitem o acesso [...].*

*Capacitar o usuário empoderando-o a ter uma co-participação no processo.*

*Propiciar que a comunidade tenha possibilidades (informação e acesso) de realmente ter condições e hábitos de vida que sejam favoráveis à manutenção da saúde.*

A respeito das práticas educativas voltadas para a promoção à saúde, e como tem realizado suas atividades, os participantes afirmaram que a ESF realiza atividades voltadas para o aspecto curativo. Além disso, o grupo encontra dificuldades relacionadas à população e ao próprio serviço. Relataram que:

*As ações ainda estão voltadas para a demanda curativa. Mesmo os grupos de atenção estão centrados na receita médica. Temos dificuldades com as ferramentas de planejamento.*

*Acreditamos que existem ações voltadas para a promoção e prevenção, o projeto está em andamento, faltando qualificar ações e a mudança da forma de pensar e agir da população, do profissional.*

*No papel está voltada, mas na prática deixa a desejar. Tem mais ações curativas.*

Algumas equipes realizam algumas atividades de promoção, muitas vezes se encontram em dificuldade, pela demanda do serviço, falta de planejamento, insumos, cultura da população e profissionais que estão presos na ideia de forma curativa.

Vale ressaltar que o uso do modelo tradicional de ensino pela ESF, como foi mencionado pelos participantes, é algo recorrente. As práticas educativas dialógicas e consequentemente emancipatória podem ser menos utilizadas pelos profissionais em virtude das próprias vivências pessoais e formação profissional distantes dessa realidade (GUIMARÃES; AERTS, 2011), já que o incentivo para seu uso na

educação formal é recente, a partir dos anos 2000, com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde (PRADO et al., 2012).

Assim, pode-se observar que o modelo ativo está caminhando para ser empregado de forma efetiva, mas para isso é necessário que a comunidade bem como os profissionais da área da saúde, mudem a visão predominante de que saúde é ausência de doença, se pautando unicamente pelo método curativo. Portanto, a fim de mudar essa visão e propagar o modelo ativo para os profissionais da área da saúde, foram elaboradas ações como o Programa Aprender SUS, a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do SUS no desenvolvimento de trabalhadores para o setor e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde (PRADO et al., 2012).

Vasconcelos et al. (2012) mostraram a utilização do método tradicional de ensino pela ESF. Entretanto, enfatizaram a necessidade de ser reconhecido o valor das ações educativas como estratégia para a constituição de indivíduos que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador. Deve-se buscar compreender os problemas cotidianos vivenciados pela população educando-a sem o objetivo era domesticar as pessoas para obedecerem normas de conduta (GUIMARÃES; AERTS, 2011).

Após essa etapa de imersão temática, foi realizada a mediação da leitura de um texto de apoio e discussão em plenária. O animador do Círculo de Cultura inseriu uma reflexão a respeito das diferenças entre o Modelo Tradicional e o Modelo Radical, propostos por Paulo Freire, em foco à necessidade de mudança na forma de realizar a Educação em Saúde:

*“Nós somos abertos para descobertas, mas a educação tradicional nos retirou isso, de construir sozinho, descobrir. Nós somos domesticados e não educados (...). Educar é trazer mudança de comportamento. Quando levamos em conta o que o outro fala, temos maior chance de fazer educação, mudança de comportamento. O dia a dia nos traz vícios. Devemos tentar mudar para trazer melhores resultados”.*

A discussão do primeiro dia encerrou com reflexões de possíveis atitudes a serem tomadas para recriar a forma de educação em saúde, a qual se referiu ao tema gerador central do Círculo de Cultura. Em seguida, foi realizada a leitura de um texto literário que evidenciou as principais diferenças entre a Educação Bancária e a Educação Dialógica.

Após o término, os organizadores do evento se reuniram para discutir os acontecimentos do dia e para preparar a segunda parte da oficina. Apreendemos que as percepções sobre educação em saúde não é atual, apenas evidencia a mudança de paradigma que estamos vivendo, da mudança do método tradicional para o dialógico. Para que essa mudança ocorra é necessário um trabalho dispendioso por parte dos profissionais bem como dos formadores destes, para que se possa empregar esse novo modelo de trabalhar educação em saúde.

## 2.2 Tematização: Codificação e Descodificação

O segundo dia iniciou com a proposta de eleger temas geradores do primeiro dia. Os temas geradores foram: compartilhar saberes, escuta qualificada, prevenção e promoção, qualidade de vida, diálogo com os usuários, contato,

mudança de visão e atitude, os temas são impostos pelo gestor ou pela necessidade da população, promoção à saúde são informações aos usuários para tomar posse, sem ultrapassar cultura, corresponsabilidade do usuário, ações voltadas para o curativo; recursos humanos, profissional sem perfil, cultura da população; falta qualificação da ação e mudança no pensar. Em seguida realizou-se um resumo das discussões anteriores.

Com o objetivo dos participantes tomarem consciência do contexto em que vivem começou a segunda etapa do Círculo de Cultura, a Tematização, que permitiu a codificação e descodificação.

Nesta etapa, os participantes da oficina refletiram sobre a importância da escuta qualificada, em saber ouvir, em pensar no próximo e considerar a importância daquilo para ele, já que também são portadoras de saberes. Cabe salientar que esses saberes e práticas precisam ser entendidos pelo profissional de saúde, e que devem ser respeitados, valorizados e tratados de forma horizontal. Na escuta qualificada não há a relação professor-aluno (relação vertical), em que um é detentor do saber, mas ambos estão escutando e aprendendo. Também é importante considerar a linguagem utilizada durante o diálogo, para que o usuário consiga entender as orientações do profissional de saúde, considerando as diferenças de cultura entre eles. Além de escutar também é importante dar resolutividade a situação exposta.

Muitas vezes reproduzimos a educação tradicional que recebemos nas escolas em que o professor era o detentor do saber. Quando criança, somos abertos para descobertas, mas a educação tradicional nos retirou isso, de construir sozinho, de descobrir. A educação em saúde deve ser libertadora e não aquela que inibe e aprisiona, deve trazer mudança de comportamento, muitas vezes ocorre apenas a transmissão de conhecimento, sem gerar reflexão por parte de quem está ouvindo, e este conhecimento transmitido muitas vezes não implica em mudança. Quando se considera a fala do usuário, do seu saber, há maior chance de fazer educação, em mudar o comportamento. Devemos respeitar e considerar a cultura das pessoas, mas devemos promover o empoderamento daquela ação-reflexão para que ocorra mudança de comportamento.

Durante a codificação levantou-se a questão da falta de autonomia da população, muitas vezes provocada pelo profissional de saúde que de certa forma impede que a população exerça o autocuidado, estimulando-os a serem “pacientes”. Durante a descodificação chegaram a conclusão de que é necessário resgatar valores, entre eles a autonomia:

*“Nós estamos no mundo, fazemos parte dele, mas estamos com o mundo. Todas as mudanças, nós também somos sujeitos e não só expectadores. Sujeito que faz a ação. É mais fácil alguém cuidar da gente, tomar um remedinho, foi o doutor quem mandou”.*

É importante ressaltar que o modelo proposto por Paulo Freire se resume no “com”, ou seja o diálogo de “a” com “b”, diferente do modelo tradicional embasado no diálogo de “a” para “b”. Embora o método radical não exclua o tradicional. Ao final, percebeu-se que o modelo de educação em saúde praticado na unidade de saúde em questão é uma mistura dos dois modelos, embora o modelo tradicional é o predominante, já que os funcionários receberam uma educação tradicional e aos poucos estão buscando inserir o modelo

radical.

## 2.3 Desvelamento Crítico

Posteriormente, foi realizada a terceira etapa: a Problematização, por meio do desvelamento crítico, para que os participantes construíssem uma visão crítica do contexto vivido. Para isso, os participantes foram divididos em quatro grupos para elaborarem propostas direcionadas aos temas geradores, ou seja, que pretendiam modificar nas práticas de educação em saúde. Como propostas obtiveram-se:

Compartilhar os saberes sobre práticas educativas com outros integrantes da equipe, de forma horizontal, sem a imposição de um aos outros, possibilitando fomentar a mudança da rotina na unidade básica de saúde com o comprometimento e organização de todos os profissionais da equipe.

Mudanças atitudinais dos profissionais de saúde e do método de atenção à saúde e educação em saúde: Os participantes concordaram com a necessidade de realizarem um acolhimento mais humanizado, baseado na atenção e no diálogo com os usuários do serviço de saúde. Além disso, segundo os participantes, seria preciso alterar a metodologia de atenção e educação, com o levantamento da demanda local, a exposição de temas a serem discutidos e a adesão de sugestões dos usuários.

Contextualizar o conteúdo educativo: segundo os participantes é fundamental elaborar cronogramas e selecionar temas de acordo com a necessidade da comunidade. Para isso, é preciso avaliar continuamente o processo de trabalho entre as equipes e os usuários.

Elevar o nível de qualidade de vida dos trabalhadores de saúde da unidade: A equipe expôs a necessidade de uma “roda de conversa” a cada quinze dias, seguindo o modelo do Círculo de Cultura e com um moderador, para a discutirem temas direcionados. E também encontros diários para ginástica laboral com exercícios para o trabalhador com a supervisão de um servidor capacitado. Com isso é notável a falta de interação dialógica e física destes profissionais de saúde, fato que deve ser trabalhado para melhorar suas qualidades de vida.

Após compartilhar esses aspectos, realizamos a dinâmica de grupo “Teia de Aranha”, na qual o desejo de mudança ficou incutido em cada um dos participantes e assim eles propuseram uma forma de aplicar a metodologia aprendida.

A dinâmica de grupo “Teia de Aranha” teve como objetivo permitir que todos os participantes manifestassem suas opiniões a respeito da oficina por meio de uma maneira bem descontraída, visando ao melhor entrosamento possível entre os presentes.

O desenvolvimento da dinâmica aconteceu da seguinte forma: os participantes ficaram em pé, dispostos em forma de um círculo. Para um deles, foi entregue um rolo de barbante, e então o participante que possui o rolo em suas mãos relata sua experiência em ter participado da Oficina e suas expectativas perante suas atitudes e comportamentos em diante. Após o relato, ele segura o barbante e joga o rolo para outra pessoa, que também irá expressar sua experiência. E isso acontecerá, até que todos os participantes tenham expressado suas opiniões. Ao final, todos estarão conectados por uma espécie de “teia de aranha”, de forma a evidenciar

que em um trabalho em grupo, todos aprendem, todos ensinam e todos colaboram, existindo sempre a união.

Ao fim da oficina, os integrantes avaliaram o impacto para seu agir e pensar, sobretudo quanto a abordagem educativa discutida. Relataram que:

*A oficina foi muito construtiva, “acendeu” uma luz para mim, me ajudou a ver uma forma diferente de trabalhar com os grupos. Muito obrigada!*

*Obrigada! Os saberes difundidos nesta oficina foram importantíssimos para refletir meu processo de trabalho e instigar a vontade de mudar!*

*Entendi que através dessa oficina ficou claro para mim que o saber dos outros não é mais importante ou menos importante do que o meu saber. Porém nada mais é do que uma troca de saberes e também a necessidade de crescer juntos respeitando uns aos outros e cooperando uns com os outros.*

Desse modo, a partir da avaliação realizada pelos integrantes da oficina acerca desta, pode-se perceber as mudanças na forma de pensar educação em saúde. Assim, por meio da reflexão sobre o modelo dialógico e o modelo bancário foi possível pensar sobre as práticas dos profissionais da área da saúde e, como dito em suas falas, a possibilidade de mudar tais práticas. Isso porque o modelo dialógico possibilita que o indivíduo conquiste a sua autonomia mediante uma postura crítica e reflexiva. Por mais, esse modelo tenha como princípio fundamental o diálogo, entretanto não é um diálogo pautado na hierarquia de saberes, mas na tentativa de troca de conhecimentos, uma vez que não há imposição de saber (OLIVEIRA, 2009).

Na área da saúde esse modelo é fundamental, uma vez que o profissional não prescreve seus saberes aos sujeitos, mas sim os ajudam a conquistarem a sua autonomia, a sua libertação. Outro elemento importante é a escuta por esses profissionais para que se estabeleça um diálogo pautado na horizontalidade (OLIVEIRA, 2009). Esse modelo é relevante também para que o local de trabalho não esteja apenas focado na cura do sujeito, mas que considere o seu contexto social, a sua história, o acolha, para que juntos possam pensar uma melhor forma de prevenir doenças mediante de uma educação mais humanizada e libertadora.

Portanto, o que pode ser evidenciado com essas falas acerca da educação em saúde, com base no modelo dialógico, é que elas vão de encontro também com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009, p. 54), que pontua alguns critérios necessários para a educação:

- 1) inserida no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações;
- 2) reflexiva e participativa, voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, uma vez que eles não existem sem sujeitos ativos que os criam;
- 3) perene, na qual os diversos momentos e modalidades específicas se combinem em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo;
- 4) orientada para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, o que supõe orientar para a transformação das práticas co-

letivas;

5) estratégica que atinja uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisão político-técnicos do sistema.

Por mais, a concepção de conhecimento para essa política é de que: “[...] o conhecimento não se “transmite”, mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais” (BRASIL, 2009, p. 53). Assim, entendemos que dialogar sobre educação em saúde foi estratégia que colaborou para a formação profissional e sinalizador para mudanças de suas práticas.

De tal modo, pode-se perceber que o modelo dialógico, como apresentado nas falas dos profissionais que participaram do círculo de cultura, possibilitou inovações nas práticas, e também no cotidiano dos profissionais da área da saúde.

## Conclusão

As percepções dos participantes dessa oficina sobre educação em saúde e sua relação com a promoção à saúde demarca a compreensão que possuem a respeito da necessidade de superar as práticas educativas atuais. No entanto, encontram na própria gestão e no processo de trabalho dificuldades reais para a concretização de ações educativas dialógicas e emancipatórias. Isso implica na execução do modelo bancário de educação em saúde, que foi descrito como o praticado até o momento.

A experiência da realização desses círculos de cultura nos fez considerar que os espaços de discussões possibilitam colocar em evidência a realidade de uma dada situação, de forma que seus pares encontram momento ímpar para reflexão.

O momento do desvelamento crítico, como fase final do círculo de cultura, permitiu considerarmos que possibilitamos a descoberta de aspirações, sentimentos e vivências desveladas pelo grupo, confeccionando saberes coletivos e percebendo-se como sujeitos de suas ações, como protagonistas de suas histórias. Houve entendimento que todos possuem saberes, que ninguém é maior detentor do saber que o outro, mas sim, de saberes diferentes que se complementam. Ao assumir esta postura, possibilita-se alcançar os objetivos dos grupos de educação em saúde relacionados à educação em saúde.

Os círculos de cultura foram percebidos como aqueles que mais aproximam o profissional de saúde do usuário, através do diálogo.

Os profissionais de saúde, adotando tal método, alcançarão resultados mais satisfatórios e impactantes em relação ao autocuidado e qualidade de vida dos seus usuários, tanto quanto pelo processo de sua formação permanente.

## Referências

ABREU, R. N. C. de et al. Educação em saúde para prevenção das doenças cardiovasculares: experiência com usuários de substâncias psicoativas. **Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 3, p. 13-21, 2014.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras enfer.** v. 61, n. 1, p. 117-21, 2008.

BECKER, A. **A concepção de educação de Paulo Freire e o desenvolvimento sustentável.** Curitiba: UNIFAE, 2008.

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

CARTA de Ottawa. Primeira conferencia internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, nov. 1986.

FONSECA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. Programa de educação pelo trabalho para a saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. **Ciênc. Saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 50. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a. 184 p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b. 144 p.

GUIMARÃES, G. A.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

KLEBA, M. E. et al. O Círculo de cultura como estratégia pedagógica na produção de diálogos sobre ensino na saúde. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11., 2014. **Anais...**

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 3, p. 397-403, 2010.

OLIVEIRA, V. A. C. **Educação em saúde: a práxis dos profissionais da estratégia saúde da família nos grupos educativos.** 2009. 129 f. Dissertação (Mestre em Educação Cultura e Organizações Sociais) - Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação Educacional de Divinópolis, Divinópolis, 2009.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. Carta de Ottawa. In: Conferência internacional sobre promoção da saúde, nov 1986, Ottawa. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública,** v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PRADO, M. et al. Refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2012.

RICARDO, L. M.; STOTZ, E. N. Educação popular como método de análise: relações entre medicina popular e a “situação-limite” vivenciada por trabalhadores do movimento dos trabalhadores rurais sem-terra. **Revista de aps,** v. 15, n. 4, 2012.

SILVA, A. M. et al. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. **Comunicação Saúde Educação,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 42, p. 707-117, jul./set. 2012.

SOUZA, A. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, ago. 2005.

SOUZA, D. O.; SILVA, V. S.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade,** v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2012.

Recebido: 20/10/2014  
Aceito: 16/04/2015