

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE FORMAÇÃO PEDAGÓGICA EM EDUCAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA
ÁREA DA SAÚDE: ENFERMAGEM – CEFPEPE
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – POLO DE CONSELHEIRO LAFAIETE/MG

**PERFIL DOS ALUNOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
FORMAÇÃO PEDAGÓGICA EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA
ÁREA DA SAÚDE: ENFERMAGEM DE CONSELHEIRO LAFAIETE,
TURMA 2008**

Mardelene Aparecida Vieira de Rezende

Mardelene Aparecida Vieira de Rezende

**PERFIL DOS ALUNOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
FORMAÇÃO PEDAGÓGICA EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA
ÁREA DA SAÚDE: ENFERMAGEM DE CONSELHEIRO LAFAIETE,
TURMA 2008**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem - CEFPEPE da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Anadias Trajano Camargos

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Rezende, Mardelene Aparecida Vieira de

PERFIL DOS ALUNOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO PEDAGÓGICA EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE: ENFERMAGEM DE CONSELHEIRO LAFAIETE, TURMA 2008 [manuscrito] / Mardelene Aparecida Vieira de Rezende. - 2010.

23 f.

Orientador: Anadias Trajano Camargos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem.

1. Educação em saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família.
3. Sistema Único de saúde. 4. Perfil. I. Camargos, Anadias Trajano.
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III. Título.

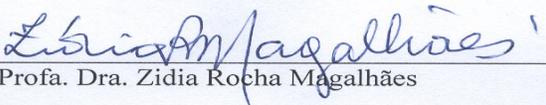
Mardelene Aparecida Vieira de Rezende

**PERFIL DOS ALUNOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
FORMAÇÃO PEDAGÓGICA EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA
ÁREA DA SAÚDE: ENFERMAGEM DE CONSELHEIRO LAFAIETE,
TURMA 2008**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem - CEFPEPE, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:


Profª. Anadias Trajano Camargos (Orientadora)


Profª. Dra. Zidia Rocha Magalhães


Profª. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira

Data de aprovação: 29/04/2010

RESUMO

Este estudo apresenta como tema as reflexões sobre a prática de educação em saúde no cotidiano da estratégia de saúde da família tendo como objetivo refletir sobre a importância das práticas de educação em saúde no contexto da ESF. Este trabalho utilizou como metodologia, pesquisa bibliográfica para o levantamento de dados, fazendo uso de várias bases de dados utilizando os descritores Educação em Saúde, Estratégia de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde. Com a fundamentação teórica foi possível desenvolver um breve histórico onde observamos a herança autoritária dos profissionais de saúde que veio a desenvolver o modelo de educação vertical tão presente ainda nos nossos dias; realizando uma abordagem sobre a educação em saúde com conceitualização sobre o modelo tradicional e dialógico; o papel da Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família reforçando a importância da participação de todos os profissionais na prevenção e promoção da saúde e as diferentes técnicas utilizadas para a Educação em Saúde. Espera-se a realização de ações educativas eficazes e que a equipe multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família seja agentes de transformação.

Descritores: Educação em saúde, Estratégia de Saúde da Família, Sistema Único de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVO	7
3 METODOLOGIA CIENTIFICA	8
4 DESENVOLVIMENTO	9
4.1 Educação em Saúde: Breve Histórico.....	9
4.2 Uma Abordagem da Educação em Saúde.....	11
4.3 Educação em Saúde a Estratégia de Saúde da Família.....	13
4.4 O Papel do Profissional e as Técnicas de Educação em Saúde.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1 INTRODUÇÃO

O interesse em descrever sobre as reflexões da prática de educação em saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) partiu da vivência como enfermeira desse segmento e motivada por ser aluna do curso de especialização de formação pedagógica em educação profissional na área da saúde: enfermagem, quando pude perceber minhas limitações para colocar em prática de forma elaborada e sistematizada o processo de educação em saúde.

A Saúde da Família, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família.

A ESF propõe o desenvolvimento de ações para formação e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, priorizando a prevenção de doenças, promoção a saúde, cura e reabilitação, com o objetivo de substituir o modelo assistencial centralizado na cura e na assistência hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se resumir na assistência curativa, deve-se buscar dimensionar os fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde (ALVES, 2005).

Noto também a dificuldade de alguns profissionais assimilarem a importância de incorporar a educação em saúde como prática diária em suas atividades sendo elas individualizadas ou coletivas.

De acordo com Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2007, p306): para o usuário a educação em saúde “(...) tem se limitado a formação de grupos, de doentes específicos para os quais os profissionais proferem palestras, eu diria aulinhas, para passagem de informações de forma coercitiva, autoritária e prescritiva.”

Candeias (1997) e Alves (2005) concordam que a educação em saúde constitui um conjunto de saberes, experiências de aprendizagem e práticas orientadas para prevenção de doenças e promoção à saúde.

Segundo Vasconcelos (1989; 1999) *apud* Alves (2005), dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Isto se deve à particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.

A educação em saúde figura, na ESF, como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, que devem apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde.

2 OBJETIVO

- Refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto da ESF.

3 METODOLOGIA

Neste estudo optou-se pela pesquisa bibliográfica, para realizar o levantamento de dados utilizou-se as bases de dados Lilacs, Google Acadêmico, Scielo, biblioteca BVS do Ministério da Saúde, livros e manuais, fazendo uso dos descritores educação em saúde, Estratégia de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde.

A fundamentação teórica foi desenvolvida a partir da leitura de vários materiais que permitiu elaborar sub temas sobre o assunto: uma abordagem da Educação em Saúde e seu breve histórico, a educação em saúde na ESF e o papel do profissional e as técnicas de Educação em Saúde.

4-DESENVOLVIMENTO

4.1 Educação em saúde: breve histórico.

Nos diferentes momentos históricos da saúde os saberes e práticas de educação em saúde foram impregnados por um discurso sanitário com predomínio de intervenções normalizadoras. Nota-se a educação em saúde vinculada ao Estado, apresentando um discurso higienista e moralista com intuito de civilizar e moralizar a grande massa da população (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2007).

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2007) e Alves (2005) relatam que devido a esses fatores a educação em saúde é uma estratégia praticada desde o século XVIII na Europa. Neste país foram elaborados os primeiros almanaques para a divulgação de cuidados pessoais com a higiene que deveriam ser praticados por gestantes, mulheres e babas.

Com o crescimento das cidades européias, na segunda metade do século XIX, devido a industrialização e as precárias condições de trabalho, moradia e nutrição das classes sociais, que configurava cenário de risco para as classes dominantes, foram desenvolvidas ações de disciplinamento com difusão de regras de cuidados pessoais e condutas morais para controle social e sanitário (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2007).

O Brasil no século XIX seguiu o discurso sanitário europeu desenvolvendo atividades em torno da moralidade e disciplinação higiênica devido à necessidade de controle das epidemias, visto que causavam transtornos para a economia agroexportadora. Neste momento foram desenvolvidas as primeiras atividades sistemáticas de educação em saúde, que eram voltadas para as classes subalternas, com imposição de normas de saneamento e urbanização (ALVES, 2005).

A partir de 1940, iniciam-se algumas transformações no campo da educação em saúde onde os sujeitos eram culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e se esperavam que assimilassem as prescrições normativas dos profissionais de saúde.

Na década de 1960, com o advento da Medicina Comunitária, nota-se um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde, este processo vem transferir o sentimento de culpabilidade dos sujeitos em sua individualidade para a coletividade. As práticas de educação em saúde comunitárias partiam do pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde, não levando em consideração os determinantes sociais desses problemas (ALVES, 2005).

O regime militar marcou dois pontos importantes do processo histórico da educação em saúde no Brasil. Num primeiro momento a educação permaneceu inexpressiva e houve uma valorização dos serviços médicos privados e da medicina curativa, em detrimento dos serviços de atenção preventiva. No segundo momento, este regime causou resistência e insatisfação da população, que na década de 1970, se organizava em movimentos sociais reunindo intelectuais e populares em retomada às proposta pedagógica de Paulo Freire. Este movimento deu início às críticas das práticas educativas autoritárias e normalizadoras (ALVES, 2005).

Com esta ruptura do modelo autoritário e normalizador iniciou-se o movimento da Educação Popular em Saúde, fomentado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais. Este movimento levou os profissionais para as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais, aproximaram-se, assim, das classes populares e dos movimentos sociais locais. Esta migração fez com que eles buscassem reorientação de suas práticas para enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados (ALVES, 2005).

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário, mas valorizando as trocas interpessoais, as iniciativas da população e o diálogo, buscando a explicitação e compreensão do saber popular (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2007; ALVES, 2005).

Este movimento vem contrapor com o modelo tradicional, onde o usuário deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Pode-se compreender Educação Popular em Saúde não como uma atividade a mais a ser realizada pelos serviços de saúde, mas como uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde (ALVES, 2005).

A educação em saúde vem sendo repensada desde a década de 1970 com o rompimento das ações impositivas e normativas e do discurso higienista, onde se questiona a transmissão vertical de conhecimento, o autoritarismo e a negação da subjetividade, e se valoriza o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses (SMEKE; OLIVEIRA, 2001 *apud* ALVES, 2005).

4.2 Uma abordagem da educação em saúde

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas norteadas pela prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso no qual, o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, atinge o dia a dia das pessoas, uma vez que conhecendo-se o processo de saúde – doença oferece caminhos para adoção novos hábitos de vida (ALVES, 2005).

Silva e Bordim (1996) *apud* Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2007, p302) concordam com Alves (2005), quando define que a “ *educação em saúde é um mecanismo de interação entre o saber científico e o popular, como objetivo de socialização do saber científico e reconhecimento social do saber popular*”.

Ainda podemos considerar a educação em saúde como processo de ensino-aprendizagem, norteadado por meio das experiências vivenciadas pelos autores sociais envolvidas no processo. É uma conquista de esforços coletivos, onde cada usuário compreende que pode contribuir para melhor qualidade de vida e resolução de problemas da comunidade.

Partindo do pressuposto de que o processo de educação em saúde deve ser norteadado pelas experiências vivenciadas pelos usuários, pode-se delinear-la em dois modelos, o modelo tradicional e o modelo dialógico, (ALVES, 2005).

O modelo tradicional, historicamente hegemônico tem como foco a doença e as intervenções curativas fundamentadas no referencial biológico do processo saúde - doença. Este modelo se pauta em informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde.

Neste modelo a comunicação profissional – usuário tem como característica o caráter informativo tendo o profissional de saúde atitude paternalista, pois explicita ao usuário o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde.

Este modelo está presente nos Manuais do Ministério da Saúde de 1980 e 1982 que definem a educação em saúde como uma atividade a ser planejada com o objetivo de criar condições para produzir mudança de comportamento em relação à saúde, ou seja, reforçar padrões de saúde concebido pelo governo para a população (GAZZINELLI *et al*, 2005).

O modelo Dialógico citado por Alves (2005), consiste em práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários, este processo encontra-se em oposição ao modelo tradicional, pois trabalha a perspectiva do sujeito nas práticas de saúde.

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes visando o desenvolvimento de autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde, sendo assim práticas educativas emancipadoras (CHIESA ;VERÍSSIMO, 2003 *apud* ALVES, 2005).

O modelo emergente de educação em saúde referido por Alves (2005) como modelo dialógico, valoriza as relações interpessoais onde o sujeito é reconhecido como portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelo serviço.

Com a visão de um modelo que valoriza a comunicação dialógica com ações transformadoras para modificação das práticas de saúde, é importante que a educação em saúde incorpore uma nova práxis o “*empowerment*”, que não tem um significado muito claro na língua portuguesa, mas significa a capacidade do indivíduo/ comunidade tomar consciência dos problemas e de seus determinantes, com intuito de transformá-los para a melhoria da qualidade de vida (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2007; CARVALHO, 2004).

A imagem do indivíduo pelo enfoque do “*empowerment*” é de uma pessoa independente e autoconfiante, capaz de influenciar o meio em que vive e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e equilíbrio (CARVALHO, 2004).

No contexto histórico da educação em saúde, várias mudanças na forma de como ela era praticada causou mudanças de comportamento nessa prática para que hoje fosse incorporado o modelo dialógico e o “*empowerment*”, para acompanhar esse desenvolvimento é necessário compreender os diferentes axiomas citados por Gazzinelli (2005).

Gazzinelli (2005) pontua cinco axiomas que de forma sintética, consiste na introdução das representações do sujeito, entendidas como o modo de pensamento construído no decorrer da sua vida, este pode ser influenciado pelas experiências coletivas e fragmentos de teorias científicas.

Numa construção compartilhada de conhecimentos o profissional deve identificar as representações do sujeito sobre a doença com intuito de propiciar uma oportunidade para a ascensão dessas representações ao saber instituído.

Pode-se complementar com Alves (2005), que todo profissional de saúde é um educador em saúde, sendo condição principal para sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, assim como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

Estes conceitos vêm reforçar a necessidade de compreender o sujeito em sua totalidade envolvendo seus processos intelectuais, afetivos e culturais para tornar possível atingir maior efetividade em termos da mudança de conduta não sendo mais possível pensar numa relação autoritária e linear distanciada as representações da prática educativa.

4.3 Educação em saúde e Estratégia de Saúde da Família.

A ESF criada pelo Ministério da Saúde em 1994 reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade ampliando o pensamento da saúde coletiva.

Esta estratégia prioriza as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Tendo, como objetivo, a reorganização da prática de assistência em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional orientado para cura de doenças. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita as equipes uma compreensão mais ampla do processo saúde /doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Enquanto política pública de reorientação do modelo assistencial, a ESF, traz a democratização do conhecimento do processo de saúde – doença e da produção social em saúde, para isso os profissionais da equipe devem utilizar como estratégia a educação em saúde (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001) e Alves (2005), essa estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família – uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população e a ela está vinculada, desenvolvendo ações de promoção e prevenção de saúde, tratamento e reabilitação de agravos.

Há necessidade de uma breve diferenciação de educação e promoção a saúde. A primeira procura desencadear mudanças de *comportamento individual*, enquanto que a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de *comportamento organizacional*, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população (CANDEIAS, 1997; ANDRADE, 2006).

Com base nas ações preventivas, a ESF prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde voltadas para melhoria do auto-cuidado dos indivíduos. Estas devem ser desenvolvidas por todos profissionais em seus contatos com indivíduos sadios ou doentes, conforme definição de suas atribuições básicas não sendo necessário um ambiente restrito (ALVES, 2005).

Candeias (1997), afirma que a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde na ESF, mas sua relevância nos remete à sua realização, não somente na unidade de saúde, como nas escolas, locais de trabalho, ambiente clínico e na comunidade, sendo esta populações-alvo que não se encontram normalmente aderidas ao programa.

Alves (2005) e Candeias (1997) concordam que educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Assim, o desenvolvimento de práticas educativas, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica, na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.

Como já foi discutido neste trabalho, o modelo dialógico compreende a proposta da integralidade, uma vez que favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida. Nesta mesma direção, este modelo atende às necessidades da ESF, quando contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis a seus destinatários.

4.4 O Papel do profissional e as técnicas de educação em saúde

Primeiramente, a Educação em Saúde deve contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde como sujeitos autônomos que constroem essa autonomia com base na imaginação de um outro futuro qualitativamente melhor, do contexto em que se vive atualmente (L'ABBATE, 1994).

Em contradição às mudanças realizadas no campo da educação em saúde, ainda podemos encontrar profissionais realizando a prática da educação em saúde de forma autoritária e “terrorista”, não conseguindo adesão dos usuários para mudanças no estilo de vida baixa participação nos grupos e como consequência frustração do profissional.

Campos; Belisário,(2001), relatam que vários movimentos internacionais, entre eles o Relatório Lalonde, a Reunião de Alma Ata, a Proposta de Saúde para Todos, o Movimento de Promoção da Saúde, tiveram como objetivos comum tornar a atenção à saúde acessível a todos, seja para humanizar a atenção à saúde como restabelecer o antigo elo de confiança, alicerce da prática de saúde.

Para se conseguir atingir os objetivos da educação em saúde, no qual Carvalho (2004), define como formação de uma consciência sanitária do indivíduo, objetivando manter a harmonia e uma relação saudável dele com o seu meio externo, nota-se a necessidade de profissionais capazes de partir das representações do usuário para construir sua prática educativa.

Para alcançar uma educação em saúde que traga resultados para a comunidade, são necessários algumas mudanças que inclui, interdisciplinaridade, mudança dos cenários nos locais onde se realizam a ação educativa, procurando cenários mais representativos com a realidade sanitária e social, integração ensino-serviço-pesquisa, abordagem problematizadora, educação permanente dos profissionais e o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional (CAMPOS; BELISÁRIO,2001).

Para serem alcançados resultados no processo de educação em saúde, há necessidade de que os profissionais que compõem as equipes de saúde da família assumam a profissão com compromisso e responsabilidade, participando com a comunidade na resolução dos problemas de saúde.

Andrade (2006) e Ministério da Saúde (2001) concordam que é atribuição do agente comunitário de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico ou enfermeiro, membros da equipe de saúde da família, desenvolver atividades de promoção à saúde e de prevenção de doenças e agravos por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais ou coletivas no domicílio ou na comunidade.

De acordo com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2007), o processo de educação em saúde com a perspectiva de promoção da saúde deve ter como característica a democracia, a participação, a problematização e a transformação das práticas em saúde.

A educação deve ser democrática no que se refere ao direito do cidadão ter conhecimento sobre o saber científico, mas não se deve desconsiderar o conhecimento pré existente do cidadão. A Escola de Saúde Pública (2007), justifica esta característica citando Paulo Freire, relatando que as pessoas são atores da própria história capazes de identificar problemas e formular soluções.

No processo da educação em saúde o indivíduo deve participar interagindo, trocando experiências, tornando-se sujeito da ação e co-responsável nas decisões tomadas. Na problematização a Escola de Saúde Pública (2007) remete-se novamente a Paulo Freire visto que a educação em saúde deve partir da prática dos usuários.

Diante dos princípios da universalidade, descentralização, integralidade que norteiam o SUS e a ESF, profissionais desta estratégia, devem entender educação em saúde como um compartilhamento de conhecimento entre profissionais de saúde e a comunidade, através da consulta clínica, visitas domiciliares, grupos operativos, oficinas, reuniões, dramatização sempre respeitando a cultura da população onde a unidade esta inserida (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2007).

A palestra é um método utilizado apenas para repassar informações. Apesar de ser um recurso muito utilizado na ESF não enfatiza a aprendizagem e a interação profissional-usuário.

Este recurso deve ser utilizado quando se tem como objetivo repassar informações á população sobre o funcionamento da unidade; na sala de espera, repassar notas sobre campanha e eventos de saúde que serão realizados.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), recurso utilizado para contabilizar os procedimentos e os indicadores da ESF, define as reuniões como um agrupamento de dez ou mais pessoas com duração mínima de trinta minutos como intuito de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas ou contribuir para a organização da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Os grupos podem ser definidos no contexto da ESF como a associação de pessoas cujo objetivo é a troca de conhecimento acerca de determinado tema. Nesta modalidade de educação para saúde não existe número mínimo de pessoas .

Os grupos, de acordo com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2007), podem ser divididos em dois tipos: grupos de vivências que consistem na reunião de pessoas com situações de saúde parecidas com intuito de trocar experiências, onde o profissional se torna o mediador das discussões; grupo operativo, mais encontrado no cotidiano da ESF, consiste num espaço coletivo de realização de procedimentos, aferição de pressão arterial, trocas de receitas, onde o profissional detém o conhecimento, e o usuário deve agir apenas como receptor.

A dramatização ou sociodrama, é segundo L`Abbate (1994) e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (2007), consiste em representar, ao invés de relatar, o cotidiano das pessoas de forma lúdica, por meio do teatro. Este processo permite trabalhar informações de saúde e propicia um espaço de diversão para o usuário.

Observa-se na prática da ESF inúmeras técnicas a serem utilizadas para realização da educação em saúde, mas independente do recurso a ser utilizado, é necessário profissionais mais atuante e capacitados com visão holística do ser humano e ação transformadora.

Gazzinelli (2005), reforça que o profissional de saúde deve levar em conta as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida, influenciados pela experiência coletiva, pelas teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana.

O educador deve desenvolver habilidades de reconhecer que o sujeito é detentor de um valor diferente do dele e que pode escolher outros meios para desenvolver suas práticas cotidianas, assim tentar sensibilizá-lo nos temas abordados dando liberdade de tomar suas decisões.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo foi possível tecer algumas reflexões sobre a prática de educação em saúde no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família.

Com o objetivo de refletir sobre a importância das práticas de educação em saúde na ESF, foi possível perceber que vários autores concordam que a educação em saúde constituindo em um conjunto de práticas norteadas pela prevenção de doença e a promoção a saúde.

Neste processo de aprendizagem, como é definida a educação para saúde, nota-se a importância de valorizar as representações do sujeito, sendo estas norteadoras do processo educativo.

Percebe-se ainda um predomínio do modelo tradicional, autoritário nas práticas educativas em saúde, mas espera-se que com a formação de profissionais baseados no modelo dialógico haverá uma diminuição da imposição do saber científico.

Percebe-se a dificuldade de se colocar em prática uma educação em saúde emancipadora, pois ainda estamos impregnados do discurso autoritário, ditador de intervenções normativas e atitudes paternalistas com o usuário.

Nos dias atuais com a ESF, que incorpora os princípios básicos do SUS e tem como base ações preventivas é possível perceber uma evolução na educação em saúde, pois devido à proximidade do profissional com o usuário é possível notar suas necessidades e humanizar a prática educativa.

Mas, para que a educação em saúde alcance o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a resolução de problemas da comunidade é necessário profissionais comprometidos e responsáveis, conhecedor da realidade de sua área de abrangência.

Assim, para uma educação em saúde eficaz pode-se fazer uso de inúmeras técnicas, basta que o profissional tenha uma visão crítica da realidade e a capacidade de utilizá-las da melhor maneira, a fim de transformar os conhecimentos existentes para o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado da sua saúde.

Os usuários são capazes de expressar seus desejos, sentimentos, pois possuem aptidão para inventar e reinventar seu modo de viver. Quando os profissionais abandonarem a prática educativa autoritária e impositora, educando e educador terá liberdade de assumir seus papéis fazendo uma educação em saúde expressiva , capaz de provocar mudanças nos hábitos de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, sept./feb, 2005. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/>>. Acessado em: 10 jun. 2009.
- 2 ANDRADE, Luiz Odoricio *et al.* A Estratégia de Saúde da Família. Medicina Ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto alegre: Artmed, 2004. p88-100.
- 3 CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, Botucatu, v. 5, n.9, p.133-142, ago, 2001. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/>>. Acessado em: 10 jun 2009.
- 4 CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.2, p.209-213, Abr, 1997. Disponível em: < http://200.152.208.135/rsp_usp/>. Acessado em: 10 jun 2009.
- 5 CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciências saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 669-678, jul./set., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>>. Acessado em: 9 jun. 2009
- 6 ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial de agentes comunitários de saúde . Belo Horizonte: ESP/MG, 2007. 344p
- 6 GAZZINELLI, Maria Flávia *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 200-206, jan/feb, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/22.pdf>>. Acessado em: 9 jun. 2009
- 7 L'ABBATE, Solange. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 481-490, oct./dec. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a08.pdf>>. Acessado em: 9 jun. 2009.
- 8 MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). O Trabalho do Agente Comunitário de saúde. Programa de agentes comunitários de saúde. Brasília, 1994.124p.
- 9 MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997
- 10 MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Manual do sistema de informação de atenção básica (SIAB). Brasília, 1998. 98p.
- 11 MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Programa Saúde da Família. Brasília, 2001. 36p.