

FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MEIO DE TRANSFORMAÇÃO

Form of participation of users in the educational practices of a Family Health Team as a means of transformation

Pâmella Padilha Brito¹, Marisa Pacini Costa²

RESUMO

A participação do usuário em práticas de educação em saúde deve ser ativa para que o indivíduo seja valorizado como um sujeito capaz de decidir sobre questões que envolvem sua saúde e que é responsável pelo seu comportamento e hábitos de vida. O objetivo foi identificar, sob o ponto de vista do usuário, qual é a metodologia de aprendizagem utilizada nas práticas educativas e a forma de participação em uma UBS de Nova Colina. Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido como parte do Programa de Educação para o Trabalho (PET). Foram sujeitos da pesquisa 20 usuários, convidados a participarem, por meio de visita domiciliar. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados com base na análise de conteúdo proposta por Bardin. Concluiu-se com este estudo que ainda há o predomínio do modelo tradicional de educação. Os profissionais de saúde precisam reconhecer que nenhum saber deve ser mais ou menos valorizado do que o outro e que o educador, na medida em que educa também é educado. A ação educativa precisa ser dialógica para ser efetiva e causar impacto, e o educando deve ser respeitado como um ser autônomo, livre, consciente e capaz de tomar decisões.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Participação Comunitária.

ABSTRACT

User participation in health education practices must be active in order for the individual to be valued as a subject capable of deciding matters involving their health and who is responsible for their behavior and lifestyle. The goal was to identify the point of view of the user which the learning methodology used in educational practices and form of participation in a UBS New Hill. This is a qualitative study developed as part of the Program of Education for Work. Research subjects were 20 users were invited to participate through home visits. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis proposed by Bardin. It was concluded from this study that there is still a predominance of traditional education model. Health professionals need to recognize that knowledge should be no more or less valuable than the other and that the educator in that education is also educated. The educational activity must be dialogue to be effective and have an impact, and the student should be respected as an autonomous being, free, conscious and able to make decisions.

KEYWORDS: Health Education; Primary Health Care; Health Promotion; Consumer Participation.

¹ Enfermeira da Secretaria de Saúde do DF, formada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (DF). E-mail: pamella_brito@hotmail.com.

² Médica da Secretaria de Saúde do DF, Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde do DF.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde e a participação ativa dos usuários são elementos essenciais para que as mudanças pessoais e estruturais ocorram nas ações de promoção da saúde.¹ A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, resultou na elaboração da Carta de Ottawa, que trouxe o conceito e estratégias para Promoção da Saúde, definidos como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”.²

Visando colocar em prática os planos traçados após essa conferência, foi aprovada, por meio da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, desde o modo de viver das pessoas, as condições de trabalho a que são submetidas, o ambiente social e físico, a educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.³ Trata-se de uma política transversal e a prática de Educação em Saúde é uma ferramenta potencial para contribuir no sentido proposto por esta política.

Logo, a Educação em Saúde é entendida como um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua participação real no exercício do controle social.⁴

As ações de educação em saúde, numa concepção ampliada de cuidado de saúde, requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se à concretização de políticas públicas saudáveis.¹

Portanto, a participação do usuário deve ser ativa para que o indivíduo seja valorizado como um sujeito capaz de decidir sobre questões que envolvem sua saúde e que é responsável pelo seu comportamento e hábitos de vida. E para que haja repercussão na vida dos usuários é preciso que o conhecimento seja algo construído coletivamente, e não imposto pelo educador.

O saber popular precisa ser valorizado e articulado com o saber científico, e o educador não deve simplesmente ensinar como deve ser um comportamento de saúde, mas buscar juntamente com o indivíduo a melhor forma para viver com saúde por meio do diálogo. O diálogo favorece o ato de ensinar, complementando-se no ato de aprender, e ambos somente se tornam verdadeiramente possíveis quando o pensamento crítico e inquieto do

educador não freia a capacidade do educando de também pensar criticamente.⁵

A metodologia dialógica de Paulo Freire questiona a imposição do conhecimento pela metodologia tradicional. Para o autor, a narração de que o educador é o sujeito conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em ‘vasilhas’, em recipientes a serem ‘enchidos’ pelo educador. Quanto mais vão ‘enchendo’ os recipientes com seus ‘depósitos’, tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente “encher”, tanto melhores educandos serão. Nessa distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros.⁶

A aprendizagem deve ser centrada no educando, nas suas necessidades, em que ele é o sujeito transformador do conhecimento e é responsável pela sua própria saúde. A participação é um processo que implica conquista, compromisso, envolvimento e compartilhamento, possibilitando ao indivíduo formar uma consciência crítica sobre a realidade na qual está inserido e, dessa forma, tornar-se um ser autônomo e emancipado, podendo tomar decisões que afetem, não apenas sua vida, mas também da sua família e da coletividade.^{1:34}

O profissional de saúde no papel de educador deve fazer do momento de aprendizado um ambiente propício para a participação ativa dos usuários, dando abertura, realizando escuta ativa e valorizando o saber de cada um. O conhecimento é algo para ser construído coletivamente, e nenhum saber é completo, sempre existe algo a aprender e a ser valorizado.

O exercício da prática de educação popular em saúde pressupõe abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si, pois o ato participativo é humanizante. Nesse espaço de relações, quem educa é dialeticamente educado. Isso porque não existe um saber verdadeiro, todo saber é relativo, negado, superado ou complementado por outros saberes. Daí sua noção de inacabado, de incompletude, pois existe sempre algo mais a se saber ou a ser reformulado por outros saberes.^{7:319}

Diante dessa concepção de Educação em saúde, sentiu-se a necessidade de avaliar, por meio desta pesquisa a capacidade de participação dos usuários de forma conscientizada e libertadora nas práticas educativas que foram realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Nova Colina em Sobradinho-DF, tendo como referência os conceitos de Paulo Freire.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. As reflexões aqui construídas são resultados de um projeto intitulado “Avaliação das práticas educativas coletivas da Unidade Básica de Saúde Nova Colina e a sua percepção pelos usuários na construção do sujeito” desenvolvido pelo Programa de Educação para o Trabalho (PET) – Ministério da Saúde, da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), realizado com três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da UBS de Nova Colina, bairro de Sobradinho/DF.

A referida unidade de saúde situa-se no Condomínio Nova Digneia, conjunto C, Loja 02 e, seus usuários são distribuídos na área em um raio de até 30 km do posto de saúde. Nessa área, há localidades com características de aglomerados urbanos, outras essencialmente rurais, além de um acampamento do MST (Movimento dos Sem Terra).

As equipes estudadas foram a 4, 5 e 6 que têm cadastrados 8712 usuários, num total de 15 microáreas. Todas as três equipes são consideradas rurais. Além dos usuários cadastrados, outros de áreas adjacentes à unidade que ainda não possuem suas respectivas unidades da ESF, também utilizam essa UBS, num total estimado de 10.000 pessoas.

A coleta foi realizada por meio de entrevista com os usuários. A amostra foi escolhida por conveniência entre os usuários das três equipes. Foram sujeitos da pesquisa 20 usuários que participaram das práticas educativas da UBS Nova Colina.

Os sujeitos foram convidados a participarem, por meio de uma entrevista semiestruturada em visita domiciliar, baseada em um roteiro. Antes da entrevista, foi apresentado o objetivo da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O roteiro de entrevista versou sobre as práticas educativas; a percepção do entrevistado sobre as mesmas; assim como questões acerca dos sentimentos despertados no usuário durante as reuniões.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, literalmente, após permissão do sujeito, assegurado o direito ao anonimato e acesso às gravações e à análise. Os dados coletados foram analisados, de acordo com o referencial teórico de Bardin,⁸ que seguiu uma série de etapas: leitura flutuante e leitura exaustiva; levantamento de unidades de significação por pelo menos dois pesquisadores, separadamente, para posterior confrontação entre eles, com vista a aumentar a confiabilidade e, posteriormente, as unidades classificadas foram agrupadas em categorias. Para esse trabalho foram discutidos os resultados referentes à categoria Participação dos Usuários.

A pesquisa ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Distrito Federal, assim como da obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido dos usuários participantes em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos deste trabalho foram 20 usuários da UBS Nova Colina, com idades entre 20 e 50 anos, predominantemente do sexo feminino, que participavam dos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e cárie zero. Foram levantadas cinco categorias de acordo com os procedimentos de análise, tais como: a) forma de Participação do Usuário; b) avaliação das Práticas Educativas; c) descrição das Práticas Educativas; e) repercussão das Práticas Educativas nos Usuários; e f) passividade do Usuário.

A categoria Forma de Participação do Usuário é apresentada e discutida neste presente trabalho, a partir de quatro temas, segundo a percepção dos usuários: participação ativa ou passiva dos usuários; tipo de metodologia pedagógica utilizada pelos profissionais de saúde - tradicional ou dialógica; sentimentos despertados a partir do processo educativo; postura e grau de autonomia do usuário na construção do conhecimento.

Utilizaremos, para ilustrar os resultados, as falas dos sujeitos da pesquisa, conforme a transcrição literal do registro oral, mantendo a informalidade da língua falada, sem preocupação com as correções referentes a modalidade escrita padrão da língua portuguesa.

As falas das entrevistas nos reportam a um esforço, no sentido de buscar o diálogo entre os usuários e os profissionais. Os entrevistados reconhecem a sua participação apenas na forma de questionamentos, de opiniões, de contribuições, como citado nos trechos abaixo:

“Eu gostava de participar, de aprender, (...) gostava de prestar atenção. Eu gostava de perguntar.” (M.O.S.G.)

“Dando opiniões, às vezes indo lá na frente falando alguma coisa que a gente acha... É o que eles estão passando pra gente.” (V.V.F.)

No entanto, questiona-se se essa forma de diálogo, reconhecida pelos usuários, se realmente possibilita a construção conjunta do conhecimento, ou se é apenas uma participação passiva. Para que a participação ativa se concretize, é preciso que o saber seja reconstruído e reformulado coletivamente, que haja a valorização do saber popular e que seja articulado com o saber técnico-científico, que haja discussão de ideias, debates, e não meramente

uma exposição de expressões, opiniões e questionamentos.

O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços.⁹

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar os saberes existentes. A prática educativa, nessa perspectiva, visa ao desenvolvimento da 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 sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.¹⁰

O profissional de saúde deve despertar nos usuários a responsabilização pela sua própria saúde, discutindo com eles o que é melhor para cada um de acordo com as suas necessidades. Deve realizar escuta qualificada e estimular a verbalização dos saberes de cada indivíduo. Essa valorização do saber e dos valores do educando permite que ele se sintam "em casa" e mantenha suas iniciativas. Nesse sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Na Educação Popular, não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, mas que o processo de discussão não se coloque de cima para baixo.¹¹

A participação é aqui relatada como uma permissão dos profissionais dada aos usuários, evidenciando que a educação acontece de forma verticalizada; do profissional que é o soberano, detentor da verdade, para o indivíduo, obediente a comandos e imposições.

Os participantes relatam que se sentiam “à vontade” para opinar, questionar e tirar suas dúvidas.

“Eles fazem as perguntas, mas muita gente tem a vontade pra responder entendeu?! Eles não ficam muito... aquela pressão. Uma hora a gente sabe, [outra] não sabe, eles deixam a gente bem a vontade pra pode fazer as perguntas e se manter informado.” (M. J. X.)

“De vez em quando a gente vai fazer alguma pergunta pra eles a gente fica um pouco envergonhado, mas depois quando o tempo passa a gente vai acabando a vergonha pra poder fazer as perguntas que a gente precisa.” (M. J. X.)

Nota-se, nos trechos colocados anteriormente, que não existe um diálogo real entre os saberes, os usuários percebem os grupos como um local para se realizar perguntas e respostas limitadas aos valores de certo ou errado, dentro do referencial dos profissionais de saúde. Na primeira fala, o usuário relata que “muita gente tem a

vontade pra responder”, evidenciando que a participação dos usuários necessita de uma abertura dos profissionais para ocorrer. Ela surge como uma permissão dos profissionais, para que eles perguntem e tirem suas dúvidas, e não como um processo autônomo na construção do sujeito.

Ele também afirma que “*uma hora a gente sabe, [outra] não sabe*”, mostrando uma comparação do saber popular com o saber técnico-científico e se um condiz com o outro. O processo de aprendizado no Modelo Tradicional desvaloriza o conhecimento que as pessoas da comunidade têm sobre determinado assunto e aceita somente o saber científico como verdade. Aos participantes resta apenas a compreensão do que é exposto. Eles não escolhem o tema e não existe escuta para as experiências e as próprias concepções, mesmo que ingênuas e confusas.

Também é possível observar nas entrevistas que o usuário só realiza perguntas para o profissional, destacando uma passividade durante as práticas educativas, e um diálogo apenas entre cada usuário e o profissional. Não há uma dinâmica que permita que os participantes troquem seus saberes entre si mediados pelo profissional. Todos estão lá para aprender o que o profissional deve ensinar, deixando de lado todo o potencial que uma troca grupal poderia proporcionar para a construção do aprendizado.

Diferentemente, no Modelo Dialógico, a fala do usuário é sempre útil e valorizada, onde não há julgamento de certo ou errado, mas sim troca de experiências e articulação de saberes. A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Esse compromisso e vinculação com os usuários possibilita o fortalecimento da confiança nos serviços. Por essa circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado.⁹

Nota-se, porém, no decorrer da análise das entrevistas, que os sujeitos da pesquisa sentem-se acolhidos em suas questões. Evidencia-se que os usuários estão acostumados com o modelo tradicional de aprendizagem e quando tem um espaço pelo menos para os esclarecimentos das dúvidas, eles se sentem contemplados nas suas necessidades. A fala abaixo ilustra essa percepção:

“Eles dá espaço pra sua opinião né e tirar dúvida. Tem lugar que sua opinião não importa né, lá não, a opinião do paciente conta muito.” (V.V.F.)

Esses achados estão em acordo com outro estudo que, de modo geral, a participação da clientela nas ações educativas é passiva e as sessões são conduzidas pela mera transmissão de informações ditas por quem sabe (os profissionais de saúde) para quem não sabe (o cliente).¹²

Os usuários entrevistados acreditam e aceitam acriticamente que a Educação em Saúde deve se dar por um profissional que detém o saber e que eles, usuários, devem apenas observar, escutar e aprender o que é certo e errado. Não se percebe um questionamento sobre o modo como o processo educativo ocorre, mas sim um simples levantamento de dúvida.

Na fala a seguir podemos perceber que há uso de linguagem técnica, durante as práticas educativas, reforçando ainda mais o fato de não levarem em conta a cultura e as necessidades da população e que profissionais e usuários atuam como desiguais. Isso confronta o Modelo Dialógico e Participativo, que de acordo com Briceño-Léon, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.¹³

“Até porque quando eles falavam uma palavra, eles explicam, ou se eles não explicam eu pergunto o que significa.”
(M.O.S.G.)

Essa passividade do usuário levanta a hipótese de que o profissional é o “dono da verdade”, mostrado na frase “*eu pergunto o que significa*”. Isso possivelmente indica que a percepção do usuário é que se ele, “o leigo”, não sabe o que o profissional fala, ele deve apenas perguntar e obter uma resposta dita como verdadeira.

Nota-se também que a organização do processo pedagógico está centrada em um modelo de atenção biomédico, prescritivo, com enfoque nos procedimentos e na consulta médica. Como ensina Chiesa,¹⁴ essa é a dificuldade encontrada pelas equipes de saúde, pois a ênfase biológica da atenção, valorizada nas consultas médicas prescritivas, condiciona também a prática educativa a ações que visam apenas modificar comportamentos considerados inadequados. A atenção à saúde é pautada na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento e, por sua vez, a ação pedagógica, coerente com esse modelo, privilegia a transmissão de conhecimentos pontuais que reforcem as prescrições. Os temas, segundo a autora e que coincide com os achados dessa pesquisa, são previamente definidos pelos técnicos, sem a participação dos sujeitos participantes do processo educativo. E as técnicas pedagógicas utilizadas na maioria das vezes são palestras, o que também foi observado na presente pesquisa.

Esse modelo pedagógico tradicional impõe ao indivíduo a adoção de novos hábitos e modificação do seu

comportamento, de acordo com o que uma suposta ciência afirma ser correto, desconsiderando o sujeito na sua integralidade, que é dotado de valores, culturas, crenças e conhecimento que regem suas atitudes e que devem ser respeitados.

Outro aspecto importante que vale ressaltar é a visão estereotipada de que a ciência é o mesmo que “dizer a verdade”. Essa visão representa a ciência como um verdadeiro oráculo onde se revelaria a verdade do objeto estudado. Mas esse pensamento é um grande equívoco, pois se assim o fosse a ciência não seria ciência, mas um dogma, uma crença absoluta na verdade e não a criação de suportes de compreensão de realidades. A ciência tem um caráter reductor e, por isso, muitos aspectos do real ficam perdidos, incompletos e refletem apenas uma perspectiva.¹⁵

Dessa forma, quando os profissionais de saúde se pautam por essa visão não há espaço para a diversidade de pensamentos e de concepções, pois é por meio dessa crença que eles acreditam que podem ou mesmo devem exercer o poder de invadir a autonomia dos sujeitos para lhes impor a “verdade”.¹⁵ A educação em saúde tradicionalmente age nesse sentido, reduzindo o conhecimento e anulando os indivíduos a seres que devem se adaptar a essa pseudociência e às regras que ela impõe.¹⁶

Desse modo, o diálogo é essencial quando a mudança é necessária e o indivíduo necessita de autonomia durante a aprendizagem. Ele deve ser responsabilizado pela sua saúde e visto como alguém capaz de tomar decisões e decidir o que é melhor para si no processo saúde-doença. A educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades.¹⁷

Devido ao fato de os indivíduos encararem a ciência como verdade, estes se sentem oprimidos e envergonhados por não possuírem conhecimento técnico-científico. Os sentimentos dos usuários despertados, a partir do processo educativo, revelaram a dificuldade de participar por sentirem inibição e mostrarem sua ignorância para as outras pessoas:

“Teve uma coisa que ela falou que eu não entendi e que fico até hoje... eu tenho essa dúvida até hoje. (...) Mas eu não quis perguntar, porque eu fiquei com receio.” (P.O.R.)

“Na verdade, às vezes nem sabem, tem uma dúvida, mas não pergunta para que uma ou outra pessoa não pense que ela não sabe daquilo. Todo mundo fica calado para que a pessoa que está explicando pense que eles sabem daquilo.”
(P.O.R.)

Os trechos mostram claramente a passividade desses usuários que são reduzidos ao saber científico e condenados a seguir as prescrições dos profissionais de saúde. Porém quando não há diálogo, não há discussão, não se desperta no indivíduo o interesse em construir novos saberes. Consequentemente, a Educação em Saúde será pífia e não produzirá um processo autêntico de Promoção da Saúde.

Isso é corroborado por Chiesa,¹⁴ que relata que ao desencadear um diálogo com o usuário, o trabalhador da saúde deve certificar-se de que ele entenda o conteúdo que está sendo discutido ou informado, pois, caso isso não ocorra, a sua saúde pode estar sendo colocada em risco em razão do não estabelecimento do processo comunicativo.

Porém, notou-se que a interação com o profissional era deficiente e que havia dificuldade de se estabelecer um vínculo de confiança e descontração necessária para que os participantes da prática educativa pudessem falar livremente, sem serem cerceados por não terem um conhecimento específico.

Além disso, as entrevistas apontam para o desconhecimento do profissional sobre a realidade da população em que ele está inserido, demonstrando distanciamento das necessidades reais do indivíduo, caracterizando um modelo de educação rígido e centrado na doença e na mudança de comportamento.

Havia também um sentimento de acanhamento diante dos temas tratados na prática educativa, que era substituído por passividade, representada pela espera para que outros se posicionassem e se expusessem de modo que possíveis esclarecimentos fossem revelados de alguma forma:

“Porque eu não tinha dúvidas mesmo. Sempre tinha alguém que fazia a pergunta. Ai eu não precisava perguntar.”
(S.L.M.)

Conclui-se, portanto, que as práticas pedagógicas privilegiam apenas a transmissão de informações, não estimulam a autonomia e não centram a atenção às necessidades reais dos indivíduos. Igualmente, causam o distanciamento das pessoas e perdem a oportunidade para que os próprios participantes possam identificar seus problemas, refletir criticamente sobre suas causas e descobrir estratégias, superando os obstáculos na direção da promoção da saúde, através de mudanças na própria vida.¹⁸ A educação é um ato coletivo e solidário que não pode ser imposto, ou seja, é lado a lado que se aprende, e o educador não pode trazer pronto do seu mundo, o seu saber, o seu método.¹⁹

CONCLUSÃO

A Educação em Saúde é uma ferramenta de extrema importância para se promover saúde e por meio dela é possível haver transformação de comportamentos que trazem risco à saúde. Porém, é preciso que isso seja feito de forma dialógica e respeitando a autonomia de cada indivíduo. Percebe-se que, apesar de notável participação dos usuários nas ações educativas, ela ainda se processa de forma passiva, em que o indivíduo entende que o profissional de saúde é detentor do conhecimento e deve ensiná-lo o que fazer e como fazer. Nota-se que as contribuições dadas pelos participantes são destituídas de pensamento crítico e reflexivo e que esses são incapazes de escolher o que é melhor para si. A participação é relatada como uma permissão para que eles tirem dúvidas, e não como um espaço para construção do saber coletivo.

Os profissionais de saúde precisam reconhecer que nenhum saber deve ser mais ou menos valorizado do que o outro e que o educador na medida em que educa também é educado. A ação educativa precisa ser dialógica para ser efetiva e causar impacto, e o educando deve ser respeitado como um ser autônomo, livre, consciente e capaz de tomar decisões. A educação em saúde deve ser feita com os usuários, e não para os usuários, pois é junto que se constrói o conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em saúde: O olhar da equipe de Saúde da Família e a participação do usuário. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009 mar./abr.; 17(2):29-35.
2. WHO. Carta de Ottawa. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 1986.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil, Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde. Brasília: Funasa; 2007.
5. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
6. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
7. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizado-

ra da educação popular em saúde e a Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2007 abr./jun.; 16(2):315-9.

8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições Setenta; 2004.

9. Alves, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2004 set./ 2005 fev.; 9(16):39-52.

10. Chiesa AM, Veríssimo MDLOR. A educação em saúde na prática do PSF. *Manual de enfermagem*. 2001 [citado 2012 23 fev.]; [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf>.

11. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

12. Silva LF, Damasceno MMC, Moreira RVO. Contribuição dos estudos fenomenológicos para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2001 jul./set.; 54(3):475-81.

13. Briceño-léon, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad. Saúde Pública*. 1996 jan./mar.; 12(1):7-30.

14. Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate*. 1995; 46:19-22.

15. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2003 set./ 2004 fev.; 8(14):21-32.

16. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):319-325.

17. Rosa MS. *Educação em saúde nos serviços de saúde: falácia, realidade ou utopia?* [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação UFRGS; 1989.

18. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Educ Quarterly*. 1988; 15:379-393.

19. Brandão CR. *O que é método Paulo Freire*. 6ª ed. São

Paulo: Brasiliense; 1986.

Submissão: junho de 2014

Aprovação: setembro de 2014
