

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**

**MARCO AURELIO MARTINS**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPOS DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE AMPARADA PELA INTEGRALIDADE: REVISÃO SISTEMATIZADA.**

**URUGUAIANA**

**2015**

**MARCO AURÉLIO MARTINS**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPOS DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE AMPARADA PELA INTEGRALIDADE: REVISÃO SISTEMATIZADA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana/RS, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora MSc. Jenifer Härter

**Uruguaiana  
2015**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às pessoas que acreditaram em mim e me ajudaram a transformar os meus dias em conquistas.

“Todo mundo é capaz. Mas, se você julgar um peixe por sua capacidade de subir em uma árvore, ele vai gastar toda a sua energia acreditando que ele é medíocre.”

George Reavis

## RESUMO

A educação em saúde é um conjunto de práticas exercidas pelo profissional de saúde usando como alicerce todo conhecimento científico adquirido ao longo de sua trajetória, com o intuito de contribuir com uma determinada população, com o enfoque ao sujeito como um todo, levando em consideração seu conhecimento popular, o meio social e cultural que se está inserido. A integralidade é definida por um conjunto de ações direcionado as coletividades que estão inseridas na assistência a saúde. O presente estudo objetivou a análise dos estudos qualitativos brasileiros sobre educação em saúde como estratégia para a atenção integral para os usuários dos serviços de saúde, baseada na identificação dos conceitos de educação em saúde, utilizados pelos autores e a cronologia entre estes. Procedeu-se análise de conteúdo qualitativa descritiva da modalidade temática utilizando como fonte de dados à base de dados LILACS e a biblioteca SCIELO. Foram usados os descritores Educação em saúde e pesquisa qualitativa. Aos estudos selecionados após critérios de inclusão e exclusão foi aplicado um formulário representativo dos objetivos do estudo, posteriormente organizado em um quadro. Foram selecionados nove estudos para análise da introdução, metodologia e considerações finais. Quanto ao ano da publicação variaram de 2007 a 2014, e em sua maioria eram do tipo descritivo com entrevistas semi estruturadas. Com base nos achados realizou-se a construção das seguintes categorias analíticas: 1) Transmissão da Informação *versus* a troca de experiências: do conceito tradicional à sua superação; 2) Necessidades dos usuários: considerações sobre a integralidade; 3) Prática da Educação em Saúde: o que querem alcançar?; O presente estudo possibilitou uma melhor compreensão de como a educação em saúde vem sendo colocada em prática e qual a sua importância para a contribuição para uma atenção integral à saúde.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Integralidade; Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

The education in health is a set of practices exercised by the health professional using as the basis all scientific knowledge acquired over his career, in order to contribute to a defined population, with the focus to the subject as a whole, taking into account their popular knowledge, cultural and social environment that is inserted. The integrality is defined by a set of actions directed for the collectivities which are inserted on assisting of health. The present study aimed to analyze the Brazilian qualitative studies on education in health as a strategy for integral attention to users of health services, based on the identification of education in health concepts, used by the authors and the chronology between them. Proceeded to descriptive qualitative content analysis of the thematic modality using as a data source the database LILACS and SCIELO library. The descriptors used were Education in Health and Qualitative Research. To the studies selected after inclusion and exclusion criteria a representative guest card of the study's objectives was applied later organized in a frame. Were selected nine studies for analysis of introduction, methodology and closing remarks. Regarding the year of publication ranged from 2007 to 2014, and were mostly descriptive with semi structured interviews. Based on the findings was held the construction of the following analytical categories: 1) Transmission of information versus the exchange of experiences: the traditional concept of their overcoming; 2) user's needs: considerations on the integrality; 3) Education in Health Practice: what they want to achieve?; The present study enabled a better understanding of how the education in health has being placed into practice and what is its importance for the contribution to comprehensive health care.

**Keywords:** Education in Health; Integrality; Qualitative Research.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVOS.....	9
2.1	Geral.....	9
2.2	Específicos.....	9
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3.1	O movimento sanitário e a construção de um novo modelo de atenção à saúde.....	10
3.2	O novo modelo de atenção à saúde: a integralidade e a educação em saúde.....	13
4	METODOLOGIA.....	18
4.1	Critérios De Seleção Dos Estudos.....	18
4.2	Coleta de dados.....	19
4.3	Análise de dados.....	20
4.4	Aspectos éticos.....	20
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
5.1	Dados bibliométricos.....	21
5.2	Transmissão da informação <i>versus</i> a troca de experiências: do conceito tradicional à sua superação.....	21
5.3	Necessidades dos usuários: considerações sobre a integralidade.....	24
5.4	Prática da Educação em Saúde: onde estamos e o que queremos alcançar?.....	26
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30
	Apêndice 1.....	33
	Apêndice 2.....	35

## 1 INTRODUÇÃO

A educação em saúde é um conjunto de práticas exercidas pelo profissional de saúde usando como alicerce todo conhecimento científico adquirido ao longo de sua trajetória, com o intuito de educar uma determinada população, com o enfoque ao sujeito como um todo, levando em consideração seu conhecimento popular, o meio social e cultural que se está inserido (PEREIRA, VIEIRA 2011). Segundo Pinafo (2011) é um caminho construtivo entre profissionais da área e o usuário, visando sua autonomia em seu cuidado e atendendo suas necessidades de forma individual, trazendo resultados que garantam uma atenção integral á saúde. O autor refere ainda que a Educação em Saúde, para atingir o usuário de modo efetivo, deve considerar como um recurso indispensável à integralidade.

A integralidade é definida por um conjunto de ações direcionado as coletividades que estão inseridas na assistência a saúde. Essa coletividade deve ser enxergada por um conjunto de pessoas, cada uma com sua própria individualidade, levando em consideração fatores como o histórico de vida, o contexto familiar e o meio social que está inserido. Todos esses fatores precisam ser elencados para se obter êxito na prática da integralidade, a qual permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir se for do interesse deles próprio (MACHADO, 2007).

Nesse sentido, para o desenvolvimento da educação em saúde a enfermagem está comprometida com o cuidado não só voltado ao paciente enquanto doente, mas com um cuidado holístico que se baseia no cuidado preventivo e contextualizado ao sujeito. A relação de proximidade entre enfermeiro e usuários dos serviços de saúde, fez com que o enfermeiro entrasse em contato com situações que ultrapassam a doença em si, mas que a influenciam, surgindo assim à educação em saúde como um recurso potencial e necessário (SOUSA, 2010).

No entanto, muitos profissionais, entre eles enfermeiros, encontram dificuldades em utilizar a educação em saúde como recurso para se alcançar a integralidade. Isso decorre da falta de conhecimento da população e de sua área de abrangência, da carga de trabalho burocrático presente na saúde pública, da existência da grande demanda da população nas unidades. Nesse contexto, o

atendimento acaba voltando-se para o tratamento da doença, deixando em segundo plano a orientação sobre práticas preventivas (ROECKER, 2012) e o cuidado centrado nas necessidades do sujeito para além da enfermidade instalada.

Diante desse cenário, a vivência na prática acadêmica no decorrer da graduação de enfermagem permitiu identificar que a realização de ações de educação em saúde ainda é baseada em moldes tradicionais, onde a prioridade é atender a demanda, ou seja, a população como um todo e com isso, a falta de sensibilidade de enxergar o sujeito como um ser que possui necessidades individuais, educando de uma forma verticalizada, através de uma linguagem tecnicista e pouco usual, formando uma barreira entre o profissional de saúde e o usuário.

Assim, busca-se por meio deste estudo, realizando uma revisão sistemática da literatura recente brasileira, aprofundar o conhecimento acerca da concepção de educação em saúde adotada pelos autores nacionais proporcionando ao leitor encontrar alternativas para usar esse recurso, repensar seus modos práticos e adequá-los de acordo com as necessidades do sujeito.

Portanto, este estudo apresenta uma revisão sistematizada qualitativa da literatura nacional disponível *online* sobre a temática de educação em saúde direcionada a atenção integral.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Analisar os estudos qualitativos brasileiros sobre educação em saúde como estratégia para a atenção integral em grupos de usuários dos serviços de saúde.

### **2.2 Específicos:**

Caracterizar os manuscritos quanto a indicadores bibliométricos.

Identificar os conceitos de educação em saúde utilizados pelos autores.

Verificar a utilização do conceito de integralidade pelos estudos brasileiros na temática.

Descrever os principais resultados dos estudos brasileiros na realização da educação em saúde na perspectiva da integralidade.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 O movimento sanitário e a construção de um novo modelo de atenção à saúde.**

No Brasil, houve um período histórico significativo que resultou na realidade da saúde pública que encontramos nos dias de hoje. Esse período trouxe inúmeras mudanças, desde a organização institucional da assistência à saúde até o modo em que o cidadão é atendido, e a forma que essa assistência atinge todos os níveis populacionais, trazendo como proposta central, a construção de um atendimento integral à saúde (CONASS, 2007).

A abordagem desse momento histórico de mudanças começa com a criação do Ministério da Saúde durante o governo democrático de Getúlio Vargas, em 1953. Nesta época todas as atividades relacionadas à assistência médica eram de responsabilidade do governo federal, com objetivo de centralizar as políticas públicas de saúde. A assistência médico-hospitalar era oferecida em um sistema vertical, ou seja, o foco eram as ações em função das doenças específicas, o paciente era atendido se era vítima de doenças epidemiológicas da época, como tuberculose, lepra entre outras, o atendimento era realizado em sanatórios, leprosários e centros hospitalares construídos pelos antigos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões) com as contribuições dos trabalhadores assalariados. O acesso a esse atendimento era somente dos cidadãos contribuintes, aqueles desempregados, moradores de rua e trabalhadores informais e suas famílias eram acolhidos por instituições religiosas, como as Santas Casas de Caridade, ou instituições beneficentes (CONASS, 2007).

No período do governo militar, em meados da década de 60, a saúde pública passou por várias mudanças, apenas as políticas financeiras e estatais eram a prioridade e a saúde foi negligenciada por parte do governo federal. Os IAPs foram unificados e transformados em um único órgão denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O mesmo era responsável pelas pensões, aposentadorias e assistência médica da população brasileira. Para oferecer serviço médico para os contribuintes, o governo financiou a construção de inúmeros hospitais e clínicas privadas com o objetivo de aumentar o número de leitos e conseguir suprir a demanda de atendimentos dos trabalhadores formais (CONASS,

2007), porém os serviços médicos prestados pelas empresas privadas aos previdenciários eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (GIOVANELLA et al., 2008).

Nessa época surgiram os convênios médicos, pois muitos contribuintes estavam insatisfeitos pelo atendimento oferecido pelo INPS. Moradores de rua, trabalhadores informais e rurais continuavam sem atendimento e ainda eram acolhidos por hospitais religiosos. A construção de hospitais universitários foi incentivada pelo governo e as classes excluídas também recebiam atendimento médico por essas unidades educacionais. O sistema de saúde previdenciário começa a apresentar a suas primeiras falhas (GIOVANELLA et al., 2008).

O mau atendimento dos hospitais vinculados ao INAMPS, o não suprimento da demanda, os casos de corrupção de desvio de verba direcionada à saúde pública, a política de saúde curativa, que focava apenas na doença e não na prevenção, resultaram no aumento da marginalidade e das favelas, trazendo um aumento das taxas de mortalidade e mortalidade infantil. O problema da saúde pública atingiu também os setores econômicos do país, que já se encontravam em declínio, as taxas de desemprego aumentaram de maneira significativa e a qualidade de serviço prestado pelos trabalhadores diminuiu, pois houve um grande aumento nos impostos e na contribuição da população brasileira (BRASIL, 2007).

Para reverter esse quadro, em 1974, o governo militar cria o INAMPS sendo desvinculada a assistência médica da Previdência Social, porém ela ainda era administrada por esse órgão e os beneficiados ainda eram os trabalhadores com carteira assinada. O INAMPS foi fundado com o intuito de cobrir as falhas do INPS, algumas unidades próprias de saúde foram construídas, mas o atendimento especializado ainda era realizado pelos hospitais e clínicas particulares e a população carente ainda não tinha acesso ao atendimento médico público (CONASS, 2007).

A realidade social, na década de oitenta, não distava da anterior, havia uma exclusão total da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, quem assumia esses cuidados eram hospitais de caridade e universitários. As Santas Casas de Caridade eram mantidas por doações e os hospitais universitários não possuíam estrutura

adequada para atender a demanda da população carente. A população estava insatisfeita não só com saúde, mas com o sistema político militar. Foram criados os sindicatos, o movimento pela anistia e a reivindicação dos direitos do cidadão, surgindo as primeiras denúncias de descaso público pelo INAMPS e outros órgãos assistenciais públicos (CORDEIRO, 2004)

Todo esse cenário socioeconômico fez com que surgissem as primeiras discussões sobre o modelo atual de saúde pública do país, acadêmicos e profissionais da área de saúde debatiam em seminários e congressos sobre temas como as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo e a melhor maneira de melhorar essa realidade, através de uma proposta de medicina comunitária, atingindo todos os níveis sociais e focando na medicina preventiva e não na medicina curativa, surgindo o primeiro sinal sobre a visão integral a saúde (GIOVANELLA et al., 2008).

As discussões sobre a saúde pública, as greves instigadas pelos sindicatos e o surgimento dos primeiros protestos pela queda do regime militar foram cruciais para o surgimento do movimento da Reforma Sanitária. (CORDEIRO, 2004).

O movimento tinha como ideologia principal a conquista por direitos igualitários e a consolidação da cidadania no país através de um atendimento de saúde oferecido a toda população, sem discriminação, sendo focada a saúde preventiva e assistencial. Era fundamentado em três princípios básicos, o primeiro deles se baseava na saúde como direito à todos, independente de ser contribuinte do INAMPS, ser trabalhador rural ou desempregado, ou seja, não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. O segundo era a universalização da saúde pública, as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, proporcionando um controle social efetivo das ações de saúde (BISPO JUNIOR, 2009).

Em 1985, o regime militar chega ao fim. Com a redemocratização do país, os líderes do movimento sanitário assumem efetivamente posições de gerenciamento nas instituições responsáveis pela política de saúde no País e são convocados para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Nessa conferência,

houve uma forte participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral.

Esse modelo era baseado nos princípios da Reforma Sanitária, ele define a saúde como o resultado das condições de vida do sujeito, ou seja, que ela não se resume apenas no atendimento médico e sim ao acesso a educação, a uma habitação adequada e condições de saneamento básico, a nutrição e ao acesso a cultura e ao lazer, vertentes que englobam a qualidade de vida do cidadão e o somatório desses elementos define as condições de saúde do futuro usuário de um sistema público de saúde. É dever de o Estado possibilitar para população o acesso a todos esses elementos que fazem parte do estado de saúde, através de suas políticas econômicas e sociais. (RODRIGUEZ NETO, 1994). Desigualdades nela existentes, estabelecendo os princípios da reforma sanitária citados anteriormente e aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que se constituiu em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência, o antigo INANPS (BRASIL, 2007).

Destarte, esse processo de mudanças no setor saúde da década de 1950 até meados dos anos 1980 permite observar que o acesso à saúde foi modificando-se ao longo dos anos e ampliando-se progressivamente como resultado principalmente da mobilização social e dos impactos socioeconômicos da saúde populacional no período. Com isso, pode-se observar a necessidade da integralidade, já que havia segregação social no acesso aos serviços e ênfase curativista e hospitalar na saúde, contexto que ainda hoje impacta na atenção integral aos usuários do Sistema Único de Saúde.

### **3.2 O novo modelo de atenção à saúde: a integralidade e a educação em saúde**

Após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública sofreu uma mudança significativa, agora ela é formada por um conjunto de ações e de serviços de saúde atingindo todos os níveis sociais, os trabalhadores desde os de carteira assinada, os autônomos, os produtores rurais, a população carente isenta de renda até as classes providas de recursos financeiros. Todos os cidadãos

brasileiros, independente de sua situação social, passaram a ter o direito ao acesso igualitário à saúde que oferece desde a assistência ambulatorial até atendimentos especializados em hospitais públicos ou conveniados que prestam serviço ao SUS. (CONASS, 2007)

No início do funcionamento do SUS ele era organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas atuando em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Era dividida em três níveis de atenção, a atenção básica, a média e à alta complexidade. (CONASS, 2007). Nessa conjuntura, pode-se dizer que havia uma inversão na lógica de investimentos financeiros e hierarquia, uma vez que o ápice da hierarquia era a alta complexidade, ou seja, os centros especializados e hospitais, os quais recebiam muito investimento financeiro, porém eram utilizados por pequena parcela da população. Enquanto isso, à atenção básica de saúde, base da pirâmide hierárquica era responsável pela maior parcela da população e recebia menores investimentos financeiros. Isso decorria da errônea compreensão de complexidade, já que estava pautada na densidade tecnológica, obviamente maior nos serviços hospitalares. Além disso, a lógica curativa impunha uma relação de envio da demanda da base para o ápice, sem que o objeto fosse prevenir os adoecimentos e a promoção da saúde (MENDES, 2013).

Ao longo do tempo, essa estrutura organizacional de níveis de atenção caiu em desuso, pois não existe uma prioridade entre esses níveis, ou seja, todos são essenciais para atingir os objetivos do sistema em suas particularidades. Esse sistema passou por diversas reformas até chegar ao modelo atual, sendo organizadas em Redes de Atenção à Saúde. As redes de atenção à saúde são organizações de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si e que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, as redes são prioritariamente coordenadas pela atenção primária à saúde. As redes de atenção à saúde constituem-se basicamente de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

O primeiro elemento fundado é o da população. Pela visão integral, a população é organizada socialmente em famílias que habitam em territórios delimitados, dividida em subpopulações e classificada por fatores de risco sociosanitários, também chamadas de microáreas nas regiões das unidades. Essa

população deve ser conhecida de maneira aprofundada para estabelecer as necessidades de saúde de seus componentes e planejar intervenções sanitárias relativas atingindo a todos.

A estrutura operacional é formada por cinco componentes, o centro de comunicação e de atenção primária, o ponto de atenção terciária e secundária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Eles trabalham em congruência para atingirem os objetivos comuns das redes de atenção à saúde permitindo guiar os usuários pela rede em consonância à sua necessidade e possibilitando a comunicação entre os serviços pelos quais ele transita. (MENDES, 2011)

Os modelos de atenção à saúde são sistemas que tem como objetivo organizar as redes de atenção à saúde, através do planejamento participativo das intervenções sanitárias com base no conhecimento total do território. Existem dois modelos fundamentais, os modelos de atenção às condições e eventos agudos e o modelo de atenção às condições crônicas. (MENDES, 2011)

Então, por ter adotado essa nova estrutura organizacional, o SUS priva os três princípios básicos que são a universalidade, equidade e integralidade. De acordo com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica de Saúde, *“a integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (BRASIL, 2011).

A integralidade por fim se resulta em uma série de ações, que buscam a atenção do conjunto de necessidades dos sujeitos, com prioridade aos programas assistenciais propostos pelo SUS (SILVA, 2008). Essas ações estão direcionadas a um atendimento assistencial que inclui os quatro elementos fundamentais da saúde: a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (GIOVANELLA et al., 2008). Ou seja, o atendimento é direcionado a assegurar a saúde do paciente em todos os níveis, consolidando a saúde preventiva, que surgiu como proposta durante o movimento da Reforma Sanitária, na época de 80.

Em outros termos, podemos também definir a integralidade como a atenção e o cuidado direcionados as coletividades que estão inseridas na assistência a saúde

oferecida pelo SUS, porém essa coletividade deve ser enxergada por um conjunto de pessoas, cada uma com sua própria individualidade, levando em consideração fatores como o histórico de vida, o contexto familiar e o meio social que está inserido. Todos esses fatores precisam ser elencados para se obter êxito na prática da integralidade. (MACHADO, 2007)

Segundo Pinafo (2011), a educação em saúde é justamente o recurso principal da prática da integralidade, ou seja, é o conjunto de saberes e práticas que o profissional de saúde utiliza para atingir o sujeito de forma efetiva, através de conhecimentos cotidianos relacionados à saúde, bem como o conhecimento de meios dentro do Sistema Único de Saúde para ter acesso a essa assistência de forma plena. É um processo construtivo entre profissionais da área e o usuário, visando sua autonomia em seu cuidado e atendendo suas necessidades de forma individual, porém trazendo resultados em níveis sociais, bem como o controle social e populacional.

Segundo Sousa et al. (2010), o principal objetivo da prática de educação em saúde é garantir a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio de práticas educativas relacionadas a conhecimentos sobre a saúde em termos técnicos e populares, a utilização de recursos institucionais e comunitários de assistência à saúde, com o intuito de possibilitar ao sujeito autonomia em relação ao seu cuidado.

Essa prática ganhou força com a proposta de atenção integral a saúde, o processo saúde-doença começou a ser visto como um fator determinante que engloba vários fatores tais como a qualidade de vida, acesso à educação, saneamento básico, entre outros que nos permite enxergar o conceito de saúde além da ausência da doença. (SOUSA et al., 2010). Desta forma, entendendo o sujeito em todo seu contexto e complexidade, permitindo atuar na educação em saúde de modo construtivo e participativo visando contribuir para resolução das necessidades destes usuários individual e coletivamente.

Essa compreensão propõe superar a educação em saúde tradicionalmente autoritária, colocando o profissional de saúde como detentor do saber, como método de impor ao sujeito um conjunto de regras regidas sobre comportamentos “certos” e “errados” relacionados à problemática da doença, onde o saber teórico é apenas

acumulado. Nessa lógica, o educador é um ser superior que ensina ao leigo, sem levar em consideração o conhecimento desse sujeito e o contexto do mesmo. Nesse modelo tradicional a educação ainda permanece verticalizada, onde não há troca de conhecimento entre o educador e o ouvinte, e sim, uma imposição de conhecimentos científicos sendo focados na saúde curativa, onde é abordada a patologia em si com termos tecnicistas e desconsiderando a orientação sobre práticas preventivas de saúde (FIGUEIREDO et al., 2010).

## 4 METODOLOGIA

Estudo de revisão sistematizada da literatura qualitativa brasileira sobre educação em saúde disponibilizada aos sujeitos usuários de serviços de saúde. Utilizou-se como fonte de dados a base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e a biblioteca SCIELO (A Scientific Electronic Library Online), consultados no dia 26 de maio de 2015. Foram usados os descritores:

### **Educação em Saúde** definido como:

*A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente.* (DECS, consulta online)

### **Pesquisa Qualitativa** que se trata de:

*Qualquer tipo de pesquisa que empregue informação não numérica para explorar características individuais ou de grupo, que produzem achados não acessíveis por procedimentos estatísticos ou outro meio quantitativo. (Tradução livre do original: Qualitative Inquiry: A Dictionary of Terms Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997). .* (DECS, consulta online)

### 4.1 Critérios De seleção dos estudos

Visando atender o objetivo foram utilizados como critérios de inclusão dos estudos a população do estudo (adulto, adulto jovem, idoso, idoso de 80 anos ou mais), o país de publicação (Brasil), o idioma (português) e artigos originais.

Critério de exclusão, os que não apresentavam resumo disponível para consulta e não estivessem disponíveis *online*. Além disso, foram excluídos estudos que não abordaram a educação em saúde para grupos de usuários do serviço de saúde.

## 4.2 Coleta de dados

As informações encontradas nas referidas bases de dados, no mês de maio de 2015 estão descritas na tabela a seguir. Que ilustram a aplicação da busca com operador booleano para refinar os dados da seguinte forma: dos artigos encontrados com o descritor “educação em saúde” adicionou-se “and” a seleção do descritor “qualitativo” em ambas as bases consultadas.

**Quadro 1.** Tabela representativa da operacionalização dos descritores na busca dos artigos nas bases de dados

<b>Descritores</b>	<b>LILACS</b>	<b>SCIELO</b>
(1) Educação Em Saúde	5587	2.561
(2) Qualitativa	3627	2.322
(1) <i>And</i> (2)	<b>105</b>	<b>93</b>

A seleção dos manuscritos para análise seguiu os seguintes passos em ordem. Aplicação dos critérios: leitura de títulos e resumos, leitura na íntegra dos trabalhos selecionados, aplicação do formulário de coleta de dados (Apêndice 1). O formulário continha os seguintes aspectos, identificação, definição de educação em saúde, citação de termos (integralidade, promoção da saúde e autonomia e autocuidado), objetivo; tipo de estudo, tipo de análise; sujeitos e critérios de seleção; considerações finais. Após aplicação destes critérios chegou-se a um total de 9 artigos.

Além destes para análise bibliométrica foram usados os seguintes indicadores: Ano de publicação dos artigos, Qualis do periódico segundo a CAPES 2012; Número de autores; tipo de estudo; tipo de entrevista realizada; contabilizados por frequência absoluta.

Destaca-se que a coleta de dados enfatizou os itens introdução, metodologia e considerações finais. Esta ênfase justifica-se por ser na introdução que os autores apresentam as suas concepções conceituais e objetivos vislumbrados (eixo central deste estudo); na metodologia visto a descrição da operacionalização da pesquisa; e nas considerações finais buscando identificar se os autores alcançaram seus objetivos.

### 4.3 Análise de dados

Procedeu-se análise de conteúdo qualitativa descritiva da modalidade temática, por referência à Bardin (2009). Os dados coletados foram organizados em um quadro descritivo (Apêndice 2) com os elementos do formulário de coleta e posteriormente foi incluído um item de “resultados” onde apresentou-se os recortes de trechos já distribuídos nos eixos temáticos identificados no estudo, para fins de organização das informações.

Utilizou-se o agrupamento dos recortes dos trechos escritos pelo autor e suas citações, organizando-os pelo conteúdo descrito em eixos temáticos. Isso possibilitou a construção das seguintes categorias analíticas: 1) Transmissão da Informação *versus* a troca de experiências: do conceito tradicional à sua superação; 2) Necessidades dos usuários: considerações sobre a integralidade; 3) Prática da Educação em Saúde: o que querem alcançar?;

### 4.4 Aspectos Éticos

As questões éticas e os preceitos de autoria foram respeitados, na medida em que os autores consultados estão citados e referenciados ao longo deste trabalho, juntamente com o ano de publicação da obra, conforme previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que trata dos direitos autorais.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Dados bibliométricos

Foram analisados nove estudos ao total. Estes distribuídos segundo o ano de publicação em um estudo do ano 2007, dois do ano 2008, um do ano 2010, dois do ano 2011 e três do ano 2014. Com relação a análise qualitativa das revistas segundo os critérios da CAPES, uma revista apresentou nível de evidência A1; três com nível de evidência A2; um com o nível de evidência B1; três com nível de evidência B2; um com nível de evidência B3.

Os artigos analisados apresentam 2 artigos escrito por 2 autores; 3 artigos escrito por três autores, 3 artigos escrito por quatro autores e 1 artigo escrito por 6 autores.

No presente estudo, 4 artigos citaram o termo integralidade, 5 manuscritos a promoção da saúde, e 7 dos nove artigos citaram a autonomia e/ou autocuidado. Da totalidade de trabalhos avaliados, 6 apresentam o conceito tradicional de educação em saúde na introdução.

### 5.2 Transmissão da Informação *versus* a troca de experiências: do conceito tradicional à sua superação

Observou-se nos estudos que a maioria dos autores adota um posicionamento crítico às práticas de educação em saúde (ES) como meio de transmitir conhecimentos, independente do referencial teórico adotado pelos autores em suas produções. As falas a seguir representam esse posicionamento.

“(...) educação em saúde fora do padrão convencional” N° 1.

“A ES, baseada em modelo biomédico, conserva atitudes autoritárias e tem sido abordada como transmissão de conhecimento (...)” N°2.

“São frequentes as simplificações que equiparam a Educação em Saúde à transmissão de informação em saúde (...)”; “(...) presumem [profissionais em geral] que dizer às pessoas o que devem fazer para serem saudáveis é o mesmo que educar”; “(...) o ato educativo é postulado, de forma instrumental,

em função da mudança de comportamento obtida por meio do repasso de informação". Nº 4

"(...) um processo educativo não deve ser compreendido como algo fechado em que o conhecimento pode ser depositado no outro, como se observa na crítica de Paulo Freire à 'educação bancária'" Nº 5.

"No que tange as práticas educativas relacionadas ao processo saúde-doença em geral, estas tem sido pautadas por perspectivas pendulares: ora a partir de um eixo vertical-individual, ora por um horizontal-coletivo. Abordagens "verticalizadas" dão ênfase a eleição informada sobre riscos, mudanças de hábitos e comportamentos, persuasão clínica e prescrição de práticas, intervenção individual, responsabilização do sujeito com adaptação as condutas, uma educação em saúde baseada em informação." Nº 9.

Segundo Figueiredo et al (2010) os moldes tradicionais na prática da educação em saúde impossibilitam identificar a real necessidade do sujeito. Sem um parâmetro, o profissional se torna incapaz de direcionar seu conhecimento científico para orientar efetivamente o sujeito e transformá-lo em um ser autônomo em seu cuidado e responsável pela construção de hábitos preventivos que contribuem para a melhora da sua qualidade de vida.

A educação e saúde em sua forma verticalizada, tendo como base fornecer informações utilizando uma linguagem técnica sobre ações preventivas, acaba por não produzir impacto já que o sujeito apenas acumula informações, não conseguindo aplicá-las em sua realidade, já que o seu conhecimento popular não é levado em consideração. Esse sujeito precisa ser enxergado como um ser integral e como um membro de uma comunidade, tendo suas necessidades contempladas e não apenas como parte de uma determinada demanda (FIGUEIREDO et al, 2010).

Ainda, pode-se perceber que o principal "modo" apontado pelos autores como meio para educação em saúde fora do contexto verticalizado ou conservador dentro de grupos ou em coletivo é por meio da troca de experiências entre os participantes.

"O almoço em conjunto possibilitaria..., uma busca compartilhada, entre educadores e educandos, de novas formas e de novos sentidos para o ato de comer, que se processa em determinado tempo e local, através da interação e do diálogo..." Nº 1.

“a pessoa numa condição de portador crônico de alguma patologia necessita compartilhar este enfrentamento com sua família ou com outras pessoas próximas, buscando ajuda e apoio” Nº 2

“Educação, enquanto processo: se quaisquer combinações de experiências podem levar à aprendizagem, importante será identificar os múltiplos determinantes do comportamento saudável,” Nº 4

“Atividades em grupo propiciam encontros entre pessoas que compartilham situações comuns no cotidiano da vida.” (...) “desenvolvimento de grupos que estimulem discussão sobre problemas comuns, troca de experiências e incentivo ao aprendizado de questões sobre cuidados de si” (...) “Além de possibilitar acesso à informação e troca de experiências que contribuem para prevenção de morbidades e promoção da saúde” Nº 5.

“Mulheres e companheiros (...), necessitam compartilhar reflexões sobre as mudanças vividas, trocar experiências, bem como se preparar do ponto de vista corporal e emocional”. Nº 7

“(...) educação em saúde como o diálogo entre profissionais e usuários (...)” Nº 8.

Certamente as vivências e o compartilhamento das mesmas na interação dos grupos são relevantes no desenvolvimento da educação em saúde. A inserção coletiva pode proporcionar ao paciente a sensação de estar mais seguro para compartilhar suas experiências, seu conhecimento popular e suas dúvidas sobre o assunto, dando oportunidade para o profissional de saúde orientá-lo da melhor maneira possível, através de uma linguagem clara sobre práticas de autocuidado, educando o sujeito e alcançando a atenção integral. (PEREIRA, VIEIRA 2011)

“Além de possibilitar acesso à informação e troca de experiências que contribuem para prevenção de morbidades e promoção da saúde, os trabalhos em grupo também poderiam estimular espaços de humanização, inclusão social e participação cidadão.” Nº 5.

“(...) desenvolvimento de grupos que estimulem discussão sobre problemas comuns, troca de experiências e incentivo ao aprendizado de questões sobre cuidados de si.” Nº 5

Desta forma, Fernandes e Siqueira (2010) discorrem que se a troca de experiência é efetiva, é necessário ao profissional deslocar-se para espaços em que essa forma de interação seja possível. Isso exige do profissional a percepção das

necessidades dos sujeitos e utilizá-las de modo que apontem para modos de promover a saúde, indo além de identificá-las, mas aproveitando-as positivamente como elementos centrais na educação em saúde na perspectiva integral.

No entanto, é preciso que esta alternativa não se torne a única forma de abordagem na educação em saúde, ou seja, isso requer pensar em que espaço ambientou para essa interação, pois de nada adianta organizar um ambiente de sala de reuniões com um profissional de saúde em pé dizendo como tudo deve ocorrer sem dispor de acolhimento e receptividade aos participantes. Criar espaços educativos que possibilitem o uso de metodologias participativas e de interação dos sujeitos também representam estratégias interessantes para promover a saúde, sem necessariamente utilizar-se do vivido como um relato estático, mas construindo coletivamente reflexão a cerca da saúde e de tudo que a ela se relaciona. Assim alguns dos autores apontam aspectos importantes na busca do profissional por compreender os espaços que podem ser traduzidos como educativos.

“(…) entender a grande variedade de circunstâncias e de locais onde as influências sobre o comportamento individual e coletivo podem se dar” Nº 4.

“(…) pensou-se que o almoço poderia ser aproveitado como espaço terapêutico, através do “comer junto””. Nº 1

“A orientação à beira do leito é um momento em que os enfermeiros demonstram aos familiares, de forma prática, os cuidados visando a avaliar a compreensão e o esclarecimento de dúvidas.” Nº 3.

### **5.3 Necessidades dos usuários: considerações sobre a integralidade**

Em contrapartida aos “modos de educar” que descrevem como verticais, bancários, conservadores os autores optam por utilizar uma perspectiva que representa a integralidade ao passo que sugerem a necessidade de contextualizar o sujeito e enfatizar suas necessidades como cerne da educação em saúde.

“(…) é indispensável que os educadores em saúde conheçam a realidade, a visão de mundo e as expectativas de cada sujeito, para que possam priorizar as necessidades dos clientes e não apenas as exigências terapêuticas.” Nº 2.

“As orientações do grupo estão focadas nas necessidades dos familiares e pacientes (...)” N 3.

“A promoção avança (...) no entendimento de que ‘saúde’ é produto de uma extensa gama de fatores relacionados às ‘condições de vida’ do sujeito”. N° 4

“a importância de se trabalhar as situações conforme a realidade das pessoas, valorizando aspectos de sua cultura, as relações de gênero e os diferentes níveis socioeconômicos e políticos.” N° 5.

“O aconselhamento dietético (...) levando-se em consideração suas [do sujeito] características orgânicas, emocionais e socioculturais” N° 6.

“A abordagem educativa (...) facilitando a incorporação de ideias e práticas ao cotidiano das pessoas de forma a atender as suas reais necessidades” N° 7.

“uma educação em saúde baseada em formação, necessidades, expectativas, saberes e valores” N° 9.

No momento das práticas em educação em saúde o profissional precisa ter a sensibilidade de compreender a realidade em que o sujeito está inserido, a sua trajetória de vida e a forma em que ele enxerga a sua realidade para que o ensino sobre práticas preventivas esteja de acordo com suas necessidades. (GAZZINELLI, 2005).

Nesse sentido, identificou-se que há concordância na perspectiva de alguns autores no que respeita a coparticipação do sujeito como agente ativo, transformador de sua realidade, por meio do autocuidado na educação em saúde, promoção da autonomia na tomada de decisões.

“Esta proposta tem como enfoque a minimização dos prejuízos, o resgate dos direitos de cidadania, a melhora do Autocuidado” N° 1.

“atividades sócio-educativas com esses pacientes para que eles tenham maior conhecimento sobre a IRC e seu tratamento, adquiram segurança e maiores subsídios para o autocuidado” “(...) ação educativa como a alternativa que possibilita melhorar o conhecimento do paciente renal, no qual ele seja partícipe na elaboração deste saber” N° 2.

“incluem melhorar a mobilidade e prevenir deformidades, incentivar o autocuidado, ajudar nas dificuldades” N° 3.

“(...) um processo em que educando e educador, de modo bilateral, encontrem meios que promovam independência e capacidades de

questionamentos, críticas e reflexões, possíveis de promover uma ação educativa autêntica". Nº 5

"percebendo as ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência acerca da importância da corresponsabilização de todos os envolvidos". Nº 7

"(...) A educação promove mudanças de estilo de vida, possível pela reflexão acerca da doença e busca de um caminho terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, o que pode favorecer sua autonomia e a capacidade de cuidar de si...". Nº 8

"(...) torna-se interessante e necessário conhecer a realidade educativa a partir da visão dos usuários..." Nº 8.

"(...) Abordagens "horizontalizadas" valorizam o aumento das capacidades pessoais e a emancipação, a transformação da realidade, a intervenção coletiva, problematizadora e dialógica". Nº 9

O conhecimento adquirido pela prática de educação em saúde contribui para formação de um ser consciente, capaz de se responsabilizar pela sua própria saúde através de práticas de autocuidado. O processo educacional deve ser baseado em uma relação igualitária, onde o educador esteja pronto para escutar o educando e adequar o seu conhecimento de acordo com suas necessidades (SOUSA et al, 2010). Para tanto, explorar junto ao grupo de usuários dos serviços de saúde suas percepções e realidade vivenciada pode contribuir com a promoção de cuidados individuais e compartilhados decididos com os sujeitos como coparticipes e agentes transformadores da sua própria saúde.

A enfermagem é a profissão da saúde comprometida com o cuidado que também se baseia no cuidado preventivo. O enfermeiro como educador em saúde deve contribuir para a conscientização individual e coletiva, questionando as responsabilidades e os direitos à saúde, estimulando ações que alcancem a atenção integral à saúde (SOUSA et al, 2010).

#### **5.4 Prática da Educação em Saúde: onde estamos e o que queremos alcançar?**

Ao pensar os objetivos da educação em saúde voltados à integralidade, pode-se observar nos estudos que estes correspondem à lógica instituída para atenção

integral, ainda que muitas vezes pontualmente, já que mencionam elementos como a promoção da saúde e a qualidade de vida. .

“a educação é um instrumento para a construção da atenção integral à saúde, na medida em que se dedica à ampliação das relações entre as diversas profissões, serviços, usuários, familiares e organizações sociais locais” N°5.

“percebendo as ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência acerca da importância da corresponsabilização de todos os envolvidos”. N° 7

“Portanto, seja em seus espaços formais, como os diversos grupos educativos, ou na relação diária entre profissional de saúde e usuário, toda ação educativa expressa uma oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde das pessoas”. N° 8

De acordo com Machado (2007), a integralidade é o conjunto de ações voltadas para o cuidado da saúde de pessoas, grupos e coletividade. Enxergando o sujeito como agente ativo no seu cuidado. A educação em saúde promove um saber coletivo que traduz no sujeito sua autonomia e emancipação para o auto-cuidado. Com isso, visando alcançar a melhora da qualidade de vida do indivíduo (SOUSA et al., 2010).

A educação em saúde é um recurso para a construção da atenção integral à saúde, na medida em que se dedica à ampliação das relações entre as diversas profissões, serviços, usuários, familiares e organizações sociais locais (PEREIRA, VIEIRA 2011). No entanto, nesse ínterim a prática da educação em saúde baseada na integralidade não tem sido uma realidade no cotidiano dos serviços.

É possível perceber nas considerações finais dos estudos que apesar dos referenciais adotados pelos autores e da compreensão de educação em saúde que adotam alguns estudos apontam que no cotidiano dos serviços de saúde o desenvolvimento da educação em saúde se dá ainda numa perspectiva limitada e arraigada de premissas verticalizadas.

“muitas expressões educativas são incompreendidas pelos sujeitos, nas falas aparentemente sem sentido, pois muitos dos conteúdos emitidos pelos profissionais não se adequam à sua linguagem (cultura), aos interesses e às necessidades do cliente”. N° 2

“Assim, preocupamo-nos com a excessiva ênfase na ginástica como promotora de saúde, o que denuncia a perda da perspectiva da totalidade e da complexidade do ser humano e de todas as outras dimensões de saúde e de educação que deveriam estar sendo contempladas”. Nº 4

“A educação em saúde durante o pré-natal não pode consistir apenas em um repasse de informações à gestante, ou seja, uma reprodução do conhecimento apreendido pelo profissional durante a sua formação”. Nº 6

“os conteúdos das representações das mulheres anunciam que a educação em saúde objetivam-se nas palestras, campanhas educativas, e ainda nas atividades voltadas para a educação do filho, em espaços sócio-familiares como a casa ou a escola”. Nº 7

“Abordagens “verticalizadas” dão ênfase à eleição informada sobre riscos, mudanças de hábitos e comportamentos, persuasão clínica e prescrição de praticas, intervenção individual, responsabilização do sujeito com adaptação às condutas, uma educação em saúde baseada em informação”. Nº 9

Ao longo de sua formação o profissional de saúde é doutrinado a solucionar assuntos voltados á problemática saúde-doença e o atendimento da demanda. Além disso, os modos de olhar o sujeito são fragmentados, repercutindo em uma inabilidade da maioria dos profissionais de saúde de compreender a contextualização dos usuários dos serviços de saúde em sua totalidade. Isso é identificado nas falas a medida que os profissionais não adequam a linguagem científica à linguagem popular, a realização de palestras supostamente pouco dialogadas, ênfase na terapêutica e prescrição protocolar verticalizada de ações de saúde.

O desenvolvimento de práticas para educar o sujeito é pouco explorado durante a formação acadêmica e isso contribui para a prática da educação em saúde em seus moldes tradicionais que usa como base a educação verticalizada, onde o educador apenas passa a informação baseado em pensamento curativista, com foco nas patologias apresentando uma relação impositiva entre o profissional e o sujeito que está sendo educado. (FIGUEIREDO et al., 2010).

## 6 Considerações Finais

O presente estudo possibilitou uma melhor compreensão de como a educação em saúde vem sendo colocada em prática mostrando que necessitamos da participação do sujeito na construção do seu próprio saber em saúde. Aproveitando esse espaço para incentivá-lo a adotar como um hábito as práticas de autocuidado para atender suas necessidades de forma efetiva.

De acordo com os resultados obtidos é evidenciado que a compreensão dos autores acerca da educação em saúde é direcionada para a integralidade, porém os resultados identificados pelos autores apontam muitas barreiras encontradas pelos profissionais na implementação desses conceitos. É preciso investir em estratégias de educação em saúde construídas com os grupos a fim de construir esse conhecimento em saúde de uma maneira objetiva e baseada na necessidade dos sujeitos.

Os autores trabalham com a proposta da educação em saúde horizontalizada e construída coletivamente, utilizando o método dialógico. Entretanto, a prioridade ainda é voltada para o atendimento da demanda e das necessidades terapêuticas e não para orientação de práticas preventivas e emancipação desse sujeito.

Para a prática da educação em saúde atingir a atenção integral é necessário que o educador esteja preparado para poder ensinar e estar sempre informado, buscando novos conhecimentos através da educação permanente. É fundamental que o educador conheça de uma maneira aprofundada a problemática existente em que este sujeito está inserido, identificando suas necessidades através de diálogos e levando em consideração o seu conhecimento popular para educá-lo através do desenvolvimento de métodos de ensino didáticos durante o processo educacional.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. **A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos**. Saude em debate, v. 38, n. 101, p. 328-337, 2014.
- BISPO JUNIOR, José Patrício. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.8, pp. 1866-1867. ISSN 1678-4464.
- BOOG, Maria CF; SCHLICHTING, Silzeth. **Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas**. Nutrire, v. 30, n. Suplemento, p. 401-401, 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2007
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CORDEIRO, Hésio. **Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS**. Physis, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.
- FERNANDES, Wânia Ribeiro; DE SIQUEIRA, Vera Helena Ferraz. **Educação em saúde da pessoa idosa**. Proc. nº, v. 25, p. 08, 2010.
- FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maisa Tavares Souza. **Modelos aplicados às atividades de educação em saúde:[revisão]**. Rev. bras. enferm, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.
- GAZZINELLI, Maria Flávia et al. **Health education: knowledge, social representation, and illness**. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.
- GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008

GUERREIRO, Eryjocy Marculino et al. **Educação em saúde no ciclo gravídico- puerperal**: sentidos atribuídos por puérperas. Rev Bras Enferm, v. 67, n. 1, p. 13-21, 2014.

LÍBERA, Beatriz Della et al. **Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, v. 16, n. 12, p. 4855-4864, 2011.

MACHADO, M. F. A. S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS**: uma revisão conceitual. Ciências de saúde coletiva, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **25 anos do Sistema Único de Saúde**: resultados e desafios. estudos avançados, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.

PEREIRA, Audrey Vidal; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; AMÂNCIO FILHO, Antenor. **Grupos de educação em saúde**: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. Trab. educ. saúde, v. 9, n. 1, 2011.

PINAFO, Elisângela et al. **Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família**. Trab. educ. saúde, v. 9, n. 2, p. 201-221, 2011.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. **Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico**: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. Texto Contexto Enferm, v. 17, n. 1, p. 55-63, 2008.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **A reforma sanitária e o sistema único de saúde**: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Incentivo a participação popular e controle social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde. IEC, 1994. p. 7-17.

SCHROETER, Débora et al. **Grupo de orientações aos familiares de pacientes adultos com seqüelas neurológicas**: ausência nas reuniões. Revista HCPA. Porto Alegre, RS. Vol. 28, n. 1 (2008), p. 21-25, 2008.

ROECKER, Simone; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; MARCON, Sonia Silva. **Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**: dificuldades e perspectivas de mudanças. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

SILVA KL, Sena RR. **Integralidade do cuidado na saúde:** indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1): 48-56., 2008

SOUSA, Leilane Barbosa de et al. **Práticas de educação em saúde no Brasil:** a atuação da enfermagem. Rev. enferm. UERJ, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

TEIXEIRA, Elizabeth; DE OLIVEIRA, Denize Cristina. **Representações sociais de educação em saúde em tempos de AIDS.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 5, p. 810-817, 2014.

## APENDICE 1

### Formulário De Coleta De Dados

**TITULO DO ARTIGO:**

#### **1-CARACTERISTICAS GERAIS DO ARTIGO**

**1.1-Ano De Publicação Do Artigo**

**1.2. Revista**

**1.3-Autores**

#### **2-INTRODUÇÃO**

**2.1-Conceito de educação em saúde:** ( ) Sim ( ) Não

*2.1.2-Se sim. Trecho do autor?*

**2.1.1-Cita a educação em saúde tradicional?** ( ) Sim ( ) Não

*2.1.1. Trecho do autor?*

**2.2-Cita integralidade?** ( ) Sim ( ) Não

*2.2.1-Se Sim. Conceitua?* ( ) Sim ( ) Não

*2.2.2-Trecho do autor?*

**2.3-Cita promoção da saúde?** ( ) Sim ( ) Não

*2.2.1-Se Sim. Conceitua?* ( ) Sim ( ) Não

*2.2.2-Trecho do autor?*

**2.4-Cita autonomia ou autocuidado?** ( ) Sim ( ) Não

*2.2.1-Se Sim. Conceitua?* ( ) Sim ( ) Não

*2.2.2-trecho do autor?*

**2.5-Objetivo do estudo:**

**3-METODOLOGIA**

**3.1-Ano da coleta de dados**

**3.2-Critérios de exclusão e inclusão**

**3.3-Tipo de estudo qualitativo:** ( ) descritivo ( ) exploratório ( ) analítico ( ) outro.

3.2.1-Tipo de entrevista ( ) semi estruturada ( ) narrativa ( ) dados secundários

3.2.2-Modalidade Análise ( ) temática ( ) cita apenas análise de conteúdo ( ) de discurso ( ) discurso do sujeito coletivo ( ) Outras: \_\_\_\_\_

**3.4-Entrevistados:** ( ) Profissionais ( ) Usuários ( ) ambos

3.3.1-Se profissionais: ( ) Enfermeiros ( ) técnicos de enfermagem ( ) Médicos  
( ) Outros:

3.3.1-Características dos sujeitos: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**5-CONSIDERAÇÕES FINAIS DO  
AUTOR:**\_\_\_\_\_

---

---

## APÊNDICE 2

**Quadro 1.** Organização dos dados coletados dos artigos

Nº e Ano	(01) Identificação	(02) Terminologias usadas	(03) Autor referência para Educação em Saúde	(04) Objetivo	(05) Tipo de Estudo/Instrumento/ Análise	(06) Sujeito + Critério
Nº 1 2007	Autores, Total de 3: Silzeth Schlichting <sup>1</sup> , Maria Cristina Faber Boog <sup>2</sup> , Claudinei José Gomes Campos <sup>3</sup>  Almoço como momento terapêutico: uma abordagem  De educação em saúde com mulheres alcoolistas	Cita <b>integralidade</b> Sim ( x ); Não ( ) ;  Cita <b>promoção da saúde</b> Sim ( ) ; Não ( x ) ;  Cita <b>autonomia ou autocuidado</b> Sim ( x ); Não ( ) ;  Cita <b>conceito tradicional</b> Sim ( ) ; Não ( x ) ;	“Educação em saúde fora do padrão convencional. Para o educador, é importante perceber os espaços de que se pode lançar mão com o intuito de se ter um aprendizado que revolucione prazerosamente o pensar do educando, pois quando isso acontece, ocorre o estímulo para se aprender cada vez mais, ou seja, ocorre a reflexão e a construção de novos comportamentos, enfim, o processo da educação propriamente dita”. [ Alves R. Livro sem fim. São Paulo (SP): Loyola; 2002.]	“O objetivo da pesquisa foi estudar e discutir a experiência do almoço como momento terapêutico, explicitando os pressupostos teóricos, estratégias e resultados imediatos”.	“Como observadora participante, a pesquisadora fazia intervenções e questionamentos(...)”.  “Utilizou-se a investigação clínico-qualitativa, definida como método científico de investigação, que busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos pelos indivíduos em estudo(...)”.	“A amostra escolhida - aqui denominada grupo de estudo - era constituída de oito pacientes do sexo feminino, dependentes de álcool, em tratamento no CRIAD, local esse escolhido devido ao fato de a pesquisadora trabalhar nele há muitos anos”.
Nº 2 2008	Autores, Total de 4: Maria Veraci Oliveira Queiroz <sup>1</sup> , Maria Catarina de Queiroz Dantas <sup>2</sup> , Islane Costa	Cita <b>integralidade</b> Sim ( ) ; Não ( x ) ;	“É indispensável que os educadores em saúde conheçam a realidade, a visão de mundo e as	“Objetivos: identificar situações de aprendizagens que sirvam de base para a prática de	“descritivo”  “O estudo com o	“Dentre os seis participantes do estudo, três foram do sexo feminino e três do sexo masculino, na faixa etária de 30 a

	<p>Ramos<sup>3</sup>, Maria Salete Bessa Jorge<sup>4</sup></p> <p>Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico:</p> <p>Enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades</p> <p>Dos sujeitos</p>	<p>Cita <b>promoção da saúde</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( ) ;</p> <p>Cita <b>autonomia ou autocuidado</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( ) ;</p> <p>Cita <b>conceito tradicional</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( ) ;</p>	<p>expectativas de cada sujeito, para que possam priorizar as necessidades dos clientes e não apenas as exigências terapêuticas. Deve-se partir de seu conhecimento preexistente, pois desvalorizar suas experiências e expectativas desencadeia uma série de conseqüências, como a não-adesão(...)."</p>	<p>ES; descrever as etapas significativas de um instrumento didático facilitador para ES, com base nas necessidades apresentadas por sujeitos renais crônicos".</p>	<p>emprego da técnica de grupo focal, permite diversificação e aprofundamento dos conteúdos relacionados ao tema de interesse"</p> <p>"A análise dos dados foi conduzida pela análise de conteúdo, a qual é considerada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo a abstração das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos ao objeto em estudo e suas condições de produção."</p>	<p>47 anos."</p> <p>"Participaram da pesquisa seis pacientes portadores de IRC em hemodiálise, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico de insuficiência renal crônica há mais de um ano; estar submetido à terapia renal substitutiva do tipo hemodiálise; ambos os sexos; faixa etária igual ou superior a 18 anos; não apresentar nenhum problema funcional que impeça de falar; aceitar espontaneamente participar da pesquisa na qualidade de sujeito".</p>
<p><b>Nº 3</b> <b>2008</b></p>	<p>Autores, Total de 4: Débora Schroeter<sup>1</sup>, Isabel Cristina Echer<sup>2</sup>, Ariane Graciotto<sup>3</sup>, Caren Jaqueline Gomes<sup>3</sup>.</p>	<p>Cita <b>integralidade</b></p> <p>Sim ( ) ; Não ( x ) ;</p> <p>Cita <b>promoção da</b></p>	<p>"A orientação à beira do leito é um momento em que os enfermeiros demonstram aos familiares, de forma prática, os cuidados visando a avaliar a compreensão e o</p>	<p>"objetivos: identificar situações de aprendizagens que sirvam de base para a prática de ES; descrever as etapas significativas de um instrumento didático</p>	<p>"exploratório"</p> <p>"Com análise de conteúdo modalidade temática, segundo</p>	<p>"A pesquisa desenvolveu-se nas unidades de internação clínica do HCPA, em que os pacientes neurológicos adultos encontram-se internados, constituídas pelas unidades do 4º sul, 5º norte e sul, 6º norte e sul, e 7º norte, em setembro e outubro de</p>

	Grupo de orientações aos familiares de pacientes adultos Com seqüelas neurológicas: ausência nas reuniões	<p><b>saúde</b></p> <p>Sim ( ); Não ( x );</p> <p>Cita <b>autonomia ou autocuidado</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p> <p>Cita <b>conceito tradicional</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p>	esclarecimento de dúvidas.”	facilitador para ES, com base nas necessidades apresentadas por sujeitos renais crônicos”.	orientações de Badin”.  “Entrevista Semi-estruturada”.	2004.”  “Para ser incluído no estudo, os familiares dos pacientes deveriam ser maiores de 18 anos, estar presentes durante a internação junto ao paciente e ausentes nas reuniões do grupo, apesar de convidados.”
<b>Nº 4 2010</b>	Autores, Total de 2: Wânia Ribeiro Fernandes <sup>1</sup> , Vera Helena Ferraz de Siqueira <sup>2</sup>  Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde	<p>Cita <b>integralidade</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p> <p>Cita <b>promoção da saúde</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p> <p>Cita <b>autonomia ou autocuidado</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p>	<p>“A compreensão da Educação em Saúde como o conjunto de todas as ações que exterminam conhecimento, crenças e comportamentos dos indivíduos e da coletividade empresta maior produtividade a essa noção (...)”.</p> <p>“O mais importante é entender a grande variedade de circunstâncias e de locais onde as influências sobre o</p>	“Objetivo analisar os modos como os discursos são produzidos no âmbito político e como são subjetivados”.	<p>“Estudo analítico”</p> <p>“Análise de discurso”</p> <p>“Entrevista Semi-estruturada”.</p>	“(…) realizadas com idosos (as) e profissionais diretamente envolvidos na implementação das políticas públicas de saúde voltadas à população idosa”.

		<p>Cita <b>conceito tradicional</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( ) ;</p>	<p>comportamento individual e coletivo podem se dar, beneficiando-o ou não, mesmo que sem qualquer intenção específica para a saúde". (Downie, Tannahill, Tannahill, 1996).</p> <p>"Educação, enquanto processo: se quaisquer combinações de experiências podem levar à aprendizagem, importante será identificar os múltiplos determinantes do comportamento saudável, sejam eles programados ou acidentais (Buss, 1999).</p>			
<p><b>Nº 5</b></p> <p><b>2011</b></p>	<p>Autores, Total de 3: Audrey Vidal Pereira<sup>1</sup>, Ana Luiza Stiebler Vieira<sup>2</sup>, Antenor Amâncio Filho<sup>3</sup></p> <p>Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o hiv</p>	<p>Cita <b>integralidade, atenção integral</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( ) ;</p> <p>Cita <b>promoção da saúde</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( ) ;</p> <p>Cita <b>autonomia ou</b></p>	<p>"Freire".</p> <p>"Condutas ativas e participativas, valorizando encontros que primem pelo esforço em promover diálogos e troca de ideias e experiências, a fim de compartilhar momentos em que tanto educando quanto educador aprendam e</p>	<p>"Objetivo deste artigo é analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre as práticas de educação em saúde realizadas por meio de ações coletivas com pessoas soropositivas para o HIV".</p>	<p>"Descritivo".</p> <p>"Com análise de conteúdo modalidade temática, segundo orientações de Badin (2009)". [ BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Ed. revista e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.]</p>	<p>"35 profissionais que realizavam as atividades de grupo em 5 instituições de saúde de Niterói, que foram divididos entre os que participavam de modo efetivo (assistente social, enfermeiro, psicólogo, cirurgião dentista, nutricionista e biólogo) e os que apresentavam inserção pontual (médicos e coordenação municipal do programa de DST/Aids)".</p>

		<p><b>autocuidado</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p> <p>Cita <b>conceito tradicional</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p>	ensinem reciprocamente”.		“Entrevista Semi-estruturada”.	
<p><b>Nº 6</b></p> <p><b>2011</b></p>	<p>Autores, Total de 6: Beatriz Della Libera 1, Cláudia Saunders 1, Marta Maria Antonieta de Souza Santos 1, Karina Abibi Rimes 1, Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá Brito 1, Mirian Ribeiro Baião 1</p> <p>Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde</p>	<p>Cita <b>integralidade</b></p> <p>Sim ( ); Não ( x );</p> <p>Cita <b>promoção da saúde</b></p> <p>Sim ( ); Não ( x );</p> <p>Cita <b>autonomia ou autocuidado</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p> <p>Cita <b>conceito tradicional</b></p> <p>Sim ( ); Não ( x );</p>	“(…)o aconselhamento dietético, o qual inclui a dimensão alimentar e a nutricional, pode ser definido como uma forma de apoio dialógico que visa a tomada de decisões autônomas pelos indivíduos, levando-se em consideração suas características orgânicas, emocionais e socioculturais”.	“o objetivo do presente estudo foi avaliar a assistência pré-natal em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro segundo a perspectiva de puérperas e de profissionais de saúde”.	<p>“Análise de conteúdo modalidade temática, segundo orientações de Bardin (2009)”.</p> <p>“Entrevista Semi-estruturada”.</p>	“Para a análise das percepções das gestantes adultas (idade cronológica maior ou igual a 20 anos)”, “foram captadas mulheres no pós- parto (enfermaria) e nas consultas de revisão do pós-parto (ambulatório) da unidade em estudo. A escolha das participantes foi aleatória, sendo realizada apenas uma entrevista a cada dia, com duração aproximada de 30 – 40 minutos.”
<p><b>Nº 7</b></p>	<p>Autores, Total de 4: Eryjocy Marculino</p>	<p>Cita <b>integralidade</b></p>	“(…) educação em saúde e entendida neste estudo sob	“o estudo objetivou apreender os conteúdos	“Descritivo”.	“O estudo foi desenvolvido em nove

2014	<p>GuerreiroI, Dafne Paiva RodriguesI, Ana Beatriz Azevedo QueirozII, Marcia de Assuncao Ferreirall</p> <p>Educacao em saude no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuidos por puerperas</p>	<p>Sim ( ); Não ( x );</p> <p>Cita <b>promoção da saúde</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p> <p>Cita <b>autonomia ou autocuidado</b></p> <p>Sim ( ); Não ( x );</p> <p>Cita <b>conceito tradicional</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p>	<p>o olhar social dos significados, considerando os individuos como portadores de um saber construido e partilhado socialmente pela interação”. [Jodelet D. Representacoes sociais: um dominio em expansao. In: Jodelet D. As representacoes sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p.17-44.]</p>	<p>das representações sociais de puerperas sobre a pratica da educação em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal na atenção básica de saúde”.</p>	<p>“O corpus de analise e formado pelas unidades de contexto iniciais (UCI), unidades a partir do qual o programa efetuara a fragmentação inicial e que correspondem a cada entrevista realizada”. [Sousa ES, Rodrigues MAS, Rocha FEC, Martins CR. Guia de utilização do software ALCESTE: uma ferramenta de analise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina: Embrapa Cerrados; 2009]</p> <p>“Entrevista Semi-estruturada”.</p>	<p>“Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional (SER) IV, do município de Fortaleza, Ceara. Participaram da pesquisa 31 usuárias que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem cadastradas em um dos CSF da SER IV, estarem na fase do puerperio tardio ou remoto, maiores de 18 anos, terem realizado no mínimo seis consultas de pré-natal e uma consulta puerperal. O critério de exclusão eliminou as mulheres que saíram da área de abrangência do CSF da SER IV (por mudança de endereço) no período da coleta de dados.”</p>
Nº 8 2014	<p>Autores, Total de 3: Edmar Rocha Almeida1, Cinara Botelho Moutinho2, Maisa Tavares de Souza Leite3.</p> <p>A prática da educação em saúde na percepção dos</p>	<p>Cita <b>integralidade</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( );</p> <p>Cita <b>promoção da</b></p>	<p>“Conceitua-se a educação em saúde como o diálogo entre profissionais e usuários que permite construir saberes e aumentar a autonomia das</p>	<p>“O objetivo geral deste estudo é analisar, a partir da percepção do usuário, a prática de educação em saúde no contexto da ESF”.</p>	<p>“Descritivo”</p> <p>“Análise de discurso”</p>	<p>“Os seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado como hipertenso ou diabético em uma equipe da ESF de Montes Claros-MG; ter participado de cinco ou mais grupos educativos no período de um ano; ser maior de 18 anos e aceitar participar</p>

	usuários hipertensos e diabéticos	<p><b>saúde</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( ) ;</p> <p>Cita <b>autonomia ou autocuidado</b></p> <p>Sim ( x ); Não ( ) ;</p> <p>Cita <b>conceito tradicional</b></p> <p>Sim ( ) ; Não ( x ) ;</p>	<p>“pessoas no seu cuidado”</p>		<p>“Fundamenta-se em uma visão dialética da realidade ao levar em consideração as relações estreitas entre o mundo social e natural, entre a consciência e o suporte material e ao entender o homem em seu percurso histórico (MINAYO, 2010).”</p> <p>“Entrevista Não-estruturada”.</p>	<p>voluntariamente da pesquisa.”</p>
Nº 9 2014	<p>Autores, Total de 2: Elizabeth Teixeira, Denize Cristina de Oliveirall</p> <p>Representações sociais de educação em saúde em tempos de AIDS</p>	<p>Cita <b>integralidade</b></p> <p>Sim ( ) ; Não ( x ) ;</p> <p>Cita <b>promoção da saúde</b></p> <p>Sim ( ) ; Não ( x ) ;</p> <p>Cita <b>autonomia ou autocuidado</b></p> <p>Sim ( ) ; Não ( x ) ;</p>	<p>“Parte-se do pressuposto que a educação em saúde, aqui compreendida como agir educativo, no cotidiano do cuidado em HIVAids...”</p>	<p>“objetivo identificar e analisar as representações sociais de educação em saúde a pessoa vivendo com HIV entre profissionais de saúde”.</p>	<p>“Descritivo”.</p> <p>“Análise de unidades textuais”</p> <p>“Entrevista em profundidade”</p>	<p>“Os sujeitos, em sua maioria, são do sexo feminino, idade de 31 a 40 anos, com tempo de formação de 6 a 15 anos e tempo de atuação com pessoas vivendo com HIVAids menor ou igual a 5 anos. Quanto à área de formação são: 10 técnicos de enfermagem, 6 enfermeiras, 6 assistentes sociais, 6 médicos, 2 psicólogos, 2 nutricionistas, 2 farmacêuticos, 2 terapeutas ocupacionais e 1 fisioterapeuta”.</p>

		<b>Cita <i>conceito tradicional</i></b> Sim ( x ); Não ( ) ;				
--	--	---	--	--	--	--

**Continuação...** Quadro 1. Organização dos dados coletados dos artigos

	Resultados			Conclusão
Nº e Ano	(07) Troca de experiências x transmitir informação.	(08) Educação baseada nas necessidades do usuário	(09) Objetivo da educação em saúde na introdução	
Nº 1 2007	<p>“(…)pensou-se que o almoço poderia ser aproveitado como espaço terapêutico, através do “comer junto”...”</p> <p>“(…)que possibilitaria resgatar emoções e afetos que contribuiriam para o restabelecimento de vínculos e do autocuidado familiar”</p> <p>“O almoço em conjunto possibilitaria(…), “uma busca compartilhada, entre educadores e educandos, de novas formas e de novos sentidos para o ato de comer, que se processa em determinado tempo e local, através da interação e do diálogo, por meio da qual se almeja qualidade e plenitude do viver”</p> <p>[ Educação nutricional: orientação e o papel dos nutricionistas na mídia. [videocassete]. São Paulo (SP); 1998.]</p>	<p>“Esta proposta tem como enfoque a minimização dos prejuízos, o resgate dos direitos de cidadania, a melhora do autocuidado e qualidade de vida, reinserindo o usuário de drogas na sociedade e dando-lhe condição para que seja agente modificador de sua realidade.”</p>	<p>“Redução de danos”</p> <p>“Esta proposta tem como enfoque a minimização dos prejuízos, o resgate dos direitos de cidadania, a melhora do Autocuidado”</p>	<p>“As emoções são mobilizadas e reorganizadas em torno da mesa, criando e fortalecendo vínculos entre os pacientes, com o terapeuta e com o serviço, facilitando a adesão e motivando para o tratamento. O alimento pode ser considerado uma estratégia de redução de danos, uma vez que, ao se alimentar, o dependente químico minimiza os danos físicos da substância no organismo. A intervenção de educação em nutrição passa pelos componentes subjetivos da alimentação e pelos relacionamentos que se dão em torno dela.”</p> <p>“Considera-se interessante assinalar que a cumplicidade estabelecida, perceptível durante o almoço, tem no alimento o seu facilitador.”</p>
Nº 2 2008	<p>“a pessoa numa condição de portador crônico de alguma patologia necessita compartilhar este enfrentamento com sua família ou com outras</p>	<p>“torna-se necessário realizar terapêutica contínua, incluindo atividades sócio-educativas com esses pacientes para que eles tenham</p>	<p>“...com esses pacientes para que eles tenham maior conhecimento sobre a IRC e seu tratamento,</p>	<p>“Visualizamos na prática diária e confirmamos neste estudo o fato de que muitas expressões educativas são</p>

	<p>“Elas precisam do apoio dos profissionais de saúde, bem como de suporte e colaboração de outras pessoas da sua comunidade”</p> <p>A ES, baseada em modelo biomédico, conserva atitudes autoritárias e tem sido abordada como <b>Transmissão de conhecimento</b> e o meio efetivo de comunicação é o profissional da saúde.</p>	<p>maior conhecimento sobre a IRC e seu tratamento, adquiram segurança e maiores subsídios para o autocuidado”</p> <p>“pois entendemos a ação educativa como a alternativa que possibilita melhorar o conhecimento do paciente renal, no qual ele seja partícipe na elaboração deste saber”</p> <p>“...a ação educativa como a alternativa que possibilita melhorar o conhecimento do paciente renal, no qual ele seja partícipe na elaboração deste saber”.</p>	<p>adquiram segurança e maiores subsídios para o autocuidado e, assim, tenham melhor adesão ao tratamento...”</p>	<p>incompreendidas pelos sujeitos, nas falas aparentemente sem sentido, pois muitos dos conteúdos emitidos pelos profissionais não se adequam à sua linguagem (cultura), aos interesses e às necessidades do cliente. Foi evidenciado no estudo que os doentes renais crônicos em hemodiálise anseiam por participar de atividades educativas que lhes possibilitem aprender a fazer uma leitura adequada de sua realidade, até exprimem situações bem críticas em suas falas, que denunciam as atitudes mecânicas dos profissionais e anunciam o sentimento de sujeito passivo de sua história.”</p>
<p><b>Nº 3</b> <b>2008</b></p>	<p>“(...)a enfermagem contribui ao oferecer informações...”</p> <p>“orientação à beira do leito é um momento em que os enfermeiros demonstram aos familiares, de forma prática, os cuidados...”</p>	<p>“As orientações do grupo estão focadas nas necessidades dos familiares e pacientes e incluem melhorar a mobilidade e prevenir deformidades, incentivar o autocuidado, ajudar nas dificuldades”</p>	<p>“Entende-se que é indiscutível a importância do familiar para o cuidado de seu paciente. Ser responsável pelos cuidados requer receber orientações para estar capacitado para realizar o cuidado no domicílio...”</p>	<p>“A análise dos resultados da pesquisa evidenciou que os familiares de pacientes adultos com sequelas neurológicas não participam do grupo de orientações devido às dificuldades de ficar longe de seu paciente e da pouca disponibilidade de familiares. No entanto, reconhecem o quanto é importante e necessário adquirir informações para o melhor cuidado do paciente dependente”.</p> <p>“Uma das dificuldades apontada foi a de não conseguir deixar o paciente sozinho.”</p>

<p><b>Nº 4</b> <b>2010</b></p>	<p>“Destaca o “repasso de informação e a promoção do conhecimento” como “valiosos instrumentos” para a mudança de estilos de vida nas comunidades”.</p> <p>“Há um tensionamento neste discurso, na medida em que a autonomia dos sujeitos ganha centralidade e, ao mesmo tempo, o ato educativo é postulado, de forma instrumental, em função da mudança de comportamento obtida por meio do “repasso de informação””.</p> <p>“São frequentes as simplificações que equiparam a Educação em Saúde à transmissão de informação em saúde...”</p> <p>“presumem que dizer às pessoas o que devem fazer para serem saudáveis é o mesmo que educar”</p>	<p>“A compreensão da Educação em Saúde como o conjunto de todas as ações que determinam conhecimento, crenças e comportamentos dos indivíduos e da coletividade empresta maior produtividade a essa noção...”</p> <p>“O mais importante é entender a grande variedade de circunstâncias e de locais onde as influências sobre o comportamento individual e coletivo podem se dar, beneficiando-o ou não, mesmo que sem qualquer intenção específica para a saúde” (Downie, Tannahill, Tannahill, 1996)”.</p>	<p>“Promoção avança de uma abordagem inicialmente focada na transformação dos comportamentos dos indivíduos ou de seu “estilo de vida” para o entendimento de que “saúde” é produto de uma extensa gama de fatores relacionados às “condições de vida” do sujeito”.</p>	<p>“É importante esclarecer que reconhecemos a importância das ações que se destinam a estimular a prática de atividade física pela população idosa; entretanto, entendemos que devem vir junto a múltiplas outras dimensões essenciais para a vida plena e saudável – aspectos culturais, condições básicas de vida que dizem respeito à moradia, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde. Assim, preocupamo-nos com a excessiva ênfase na ginástica como promotora de saúde, o que denuncia a perda da perspectiva da totalidade e da complexidade do ser humano e de todas as outras dimensões de saúde e de educação que deveriam estar sendo contempladas”.</p> <p>“O que visamos evidenciar neste artigo, sobretudo, foi o caráter disciplinador dos discursos de “orientações para uma vida saudável” da pessoa idosa, que patologizam este momento de vida, individualizam a responsabilidade pela saúde e subjetivam os(as) idosos(as) para certas maneiras de ser que os(as) enquadram em uma perspectiva reducionista de vida. Tais discursos que</p>

				buscam apenas legitimar o que seria entendido como vida saudável ou sedentarismo, ou normal e anormal para a saúde, assujeitam-nos". (Foucault, 1987).
<b>Nº 5 2011</b>	<p>“Atividades em grupo propiciam encontros entre pessoas que <u>compartilham situações comuns no cotidiano da vida.</u>”</p> <p>“desenvolvimento de grupos que estimulem <u>discussão sobre problemas comuns</u>, troca de experiências e incentivo ao aprendizado de questões sobre cuidados de si”.</p> <p>“Além de possibilitar acesso à informação e troca de experiências que contribuem para prevenção de morbidades e promoção da saúde”</p> <p>“[SOBRE O TRABALHO EDUCATIVO]... valorização da diversidade e do envolvimento e criação de vínculo (...)”</p> <p>“No entanto, <b>no atual modelo de assistência à saúde ainda se verifica a prática de situações tradicionais</b>”</p>	<p>CRITICA: “um processo educativo não deve ser compreendido como algo fechado em que o conhecimento pode ser depositado no outro, como se observa na crítica de Paulo Freire à ‘educação bancária’. Mas, sim, que é um processo em que educando e educador, de modo bilateral, encontrem meios que promovam independência e capacidades de questionamentos, críticas e reflexões, possíveis de promover uma ação educativa autêntica”.</p> <p>“a importância de se trabalhar as situações <b>conforme a realidade das pessoas</b>, valorizando aspectos de sua cultura, as relações de gênero e os diferentes níveis socioeconômicos e políticos.”</p>	<p>[TROCAR EXPERIÊNCIAS] “auxiliando na convivência com a própria doença” / “que contribuem para prevenção de morbidades e promoção da saúde”</p> <p><u>Questiona</u>: “Fomentariam em proporções equitativas a operacionalização de atividades de cunho preventivo, também extremamente <b>importantes para o controle da epidemia.</b>”</p> <p><u>Objetivo</u>: “A educação no âmbito da saúde deve ter como princípio <b>estimular experiências que facilitem a realização de ações</b> que melhorem as condições de vida e promovam saúde”.</p> <p><u>Autonomia</u>: “Vasconcelos (2007) afirma que a educação é um <b>instrumento para a construção da</b></p>	<p>“A voz da educação em saúde, compartilhada entre profissionais de saúde e pessoas soropositivas para o HIV, contribui efetivamente para minimizar sofrimentos, aproximar e humanizar as relações interpessoais, <b>auxiliar na produção de cuidados integrais</b>, garantir o acesso aos serviços de saúde, operacionalizar medidas de prevenção e de reabilitação com fornecimento de insumos (preservativos e antirretrovirais) e <b>suscitar movimentos cotidianos que atendam aos princípios de universalidade e integralidade, responsáveis por promover saúde e qualidade de vida</b>”.</p>

			<b>atenção integral</b> à saúde, na medida em que se dedica à ampliação das relações entre as diversas profissões, serviços, usuários, familiares e organizações sociais locais”.	
<b>Nº 6 2011</b>	“(…)como aconselhador, desempenha um papel fundamental na relação com os usuários dos serviços, pois seus Conhecimentos e habilidades podem contribuir para a efetiva adesão ao protocolo assistencial”. [Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Rev. Nutr. 2005; 18(1):119-128.]	“o aconselhamento dietético, o qual inclui a dimensão alimentar e a nutricional, pode ser definido como uma forma de apoio dialógico que visa a tomada de decisões autônomas pelos indivíduos relacionadas ao comportamento e às práticas alimentares”. [Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J Pediatr 2004; 80(5):S126-S130.]	“...Aconselhamento dietético, como uma forma de apoio dialógico que visa a tomada de decisões autônomas pelos indivíduos relacionadas ao comportamento e às práticas alimentares”. [Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J Pediatr 2004; 80(5):S126-S130.]	“A educação em saúde durante o pré-natal não pode consistir apenas em um repasse de informações à gestante, ou seja, uma reprodução do conhecimento apreendido pelo profissional durante a sua formação. O cuidador deve levar em consideração que cada mulher é um sujeito único e que carrega consigo sua própria cultura, traduzida por meio de suas vivências, medos, dúvidas, crenças e expectativas.”  “O atendimento prestado pela equipe de Nutrição mostrou priorizar a comunicação entre ambas as partes, de modo a promover a escuta efetiva das necessidades das gestantes por parte da equipe, assim como estabelecer um relacionamento mais estreito com as mulheres. Desta forma, acredita-se que a formação do vínculo seja crucial para o maior envolvimento da gestante nas questões relacionadas à sua saúde, a atribuição da autonomia e definição de suas escolhas e, conseqüentemente, a percepção mais consciente do autocuidado.”

<p><b>Nº 7</b> <b>2014</b></p>	<p>“Associar o cuidado com as ações educativas visa compartilhar praticas e saberes em uma relação horizontalizada, em que o enfermeiro exerça seu papel de cuidador e educador”.</p> <p>“Mulheres e companheiros..., necessitam compartilhar reflexões sobre as mudanças vividas, trocar experiências, bem como se preparar do ponto de vista corporal e emocional”.</p>	<p>“A abordagem educativa deve estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças, facilitando a incorporação de ideias e praticas ao cotidiano das pessoas de forma a atender as suas reais necessidades”.</p>	<p>“percebendo as ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência acerca da importância da corresponsabilização de todos os envolvidos” [ Proganti JM, Costa RF. Praticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivencias de mulheres na gestação e no parto. Rev Bras Enferm. 2012;65(2):257-63.];[ Zampieri MFM, Gregorio VRP, Custodio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto &amp; Contexto Enferm. 2010;19(4):719-27.]</p>	<p>“No presente estudo, os conteúdos das representações das mulheres anunciam que a educação em saúde objetiva-se nas palestras, campanhas educativas, e ainda nas atividades voltadas para a educação do filho, em espaços socio-familiares como a casa ou a escola. As informações sobre saúde-doença são apreendidas tanto nos serviços de saúde como nas associações comunitárias, empresas e meios de comunicação”.</p> <p>“A concepção de que o sujeito é ativo e criativo na produção do conhecimento, inerente a TRS, pode ser evidenciada nos conteúdos que mostram que as usuárias não restringiram os sentidos da educação em saúde ao campo formal do atendimento profissional ou das campanhas do Ministério da Saúde, pois na produção dos sentidos sobre o objeto reconheceram a família como espaço legítimo de ação educativa, veiculada dos pais para os filhos, com um discurso fortemente marcado pela educação familiar”.</p>
<p><b>Nº 8</b> <b>2014</b></p>	<p>“O desenvolvimento da educação em saúde permite gerar transformações, entretanto essa possibilidade relaciona-se ao modo como tal ação está sendo desenvolvida pelos profissionais com a população (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).” [SILVA, C.P.;</p>	<p>“(…) torna-se interessante e necessário conhecer a realidade educativa a partir da visão dos usuários...”</p>	<p>“(…) a fim de estabelecer a troca de conhecimentos e a transformação da realidade”. (FERNANDES; BACKES, 2010; MENDES, 2012). [FERNANDES, M.C.P.; BACKES,</p>	<p>“Constatou-se a troca de experiências entre os usuários, demonstrando que eles não estão sozinhos no enfrentamento do adoecimento crônico. Também, é perceptível que a educação</p>

	<p>DIAS, M.S.A.; RODRIGUES, A.B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 1453-1462, set./out. 2009.]</p>		<p>V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.]</p> <p>“Portanto, seja em seus espaços formais, como os diversos grupos educativos, ou na relação diária entre profissional de saúde e usuário, toda ação educativa expressa uma oportunidade de desenvolver cuidado integral à saúde das pessoas (ALVES, 2005). [ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. <i>Interface – Comunicação, Saúde e Educação</i>, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, jul./set. 2005]</p>	<p>promove mudanças de estilo de vida, possível pela reflexão acerca da doença e busca de um caminho terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, o que pode favorecer sua autonomia e a capacidade de cuidar de si (...).”</p>
<p><b>Nº 9</b> <b>2014</b></p>	<p>“No que tange as praticas educativas relacionadas ao processo saude-doenca em geral, estas tem sido pautadas por perspectivas pendulares: ora a partir de um eixo vertical-individual, ora por um horizontal-coletivo. Abordagens “verticalizadas” dão ênfase a eleição informada sobre riscos, mudanças de hábitos e comportamentos, persuasão clinica e prescrição de praticas, intervenção individual, responsabilização do sujeito com adaptação as condutas, uma educação</p>	<p>“Nos diferentes contextos de atuação profissional, se forjam enquanto saberes práticos, e os sujeitos sociais ai inseridos configuram-na a partir das experiências vivenciadas nas unidades, contexto histórico, cultural e espacial”[ Oliveira DC. Construção e transformação das representações sociais da Aids e implicações para os cuidados de enfermagem. <i>Rev Latinoam Enferm</i> [Internet].</p>	<p>“compreendida como agir educativo, pode se desdobrar em diferentes tipologias e modelos, e anunciar (ou não) as transformações e transições apontadas”.</p>	<p>“Enfim, as representações sociais dos profissionais justificam o modo de agir educativo (no passado, presente e futuro), e assim tanto poderá haver persistência de condutas como transição e ate transformação das mesmas (função justificadora).”</p>

	<p>em saúde baseada em informação. Abordagens “horizontalizadas” valorizam o aumento das capacidades pessoais e a emancipação, a transformação da realidade, a intervenção coletiva, problematiza Dora e dialógica, uma educação em saúde baseada em formação, necessidades, expectativas, saberes e valores(2). [Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comum Saúde Educ. [Internet]. 2005 [acesso em 04 de junho de 2014];9(16):39-52. Disponível em:<a href="http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf">http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf</a>]</p>	<p>2013 [acesso em 04 de junho de 2014];21(n.o esp.):[10 telas].Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_34.pdf">http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_34.pdf</a>]</p>		
--	--	---	--	--