

## Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão

*Contributions of health education groups to the knowledge of people with hypertension*  
*Contribuciones de grupos de educación en salud para el saber de las personas con hipertensión*

**Fernanda Machado da Silva<sup>1</sup>, Maria de Lourdes Denardin Budó<sup>1</sup>, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini<sup>1</sup>, Raquel Pötter Garcia<sup>1</sup>, Graciela Dutra Sehnem<sup>1</sup>, Dalva Cezar da Silva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal do Pampa, Curso de Enfermagem. Uruguaiana-RS, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria-RS, Brasil.

**Submissão:** 29-12-2012    **Aprovação:** 20-03-2014

### RESUMO

Este estudo objetivou conhecer como o saber em saúde é construído por pessoas com hipertensão acompanhadas por uma equipe de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, realizada com nove pessoas, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação. Os dados foram trabalhados com análise temática. A construção do saber em saúde é influenciada por diversos elementos do cotidiano dos sujeitos. O diálogo e a convivência com outras pessoas são elementos de maior impacto na construção desse saber. Assim, o grupo de educação em saúde foi apontado como espaço relevante, tanto pelas explicações disponibilizadas pelos profissionais, quanto pela troca de conhecimentos e experiências com os demais participantes. Conclui-se que, embora vivenciando as mesmas atividades pedagógicas, as repercussões das ações de educação em saúde serão efetivadas e percebidas diferentemente pelos sujeitos.

**Descritores:** Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Hipertensão; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem.

### ABSTRACT

This study investigated how the health knowledge is constructed by individuals with hypertension, accompanied by a team of family health. This is a qualitative descriptive study, conducted with nine individuals whose data were collected through semi-structured interviews and observation. The data was analyzed through thematic analysis. The construction of knowledge in health is influenced by many elements in the everyday life of the subjects. The dialogue and interaction with others are elements of greatest impact to build such knowledge. Thus, the health education group was pointed out as a relevant activity, both due to the explanations presented by the professionals, as well as the Exchange of knowledge and experiences with the other participants. It is concluded that although living the same pedagogical activities, the repercussions of the health education actions will take effect and will be noticed differently by the subjects.

**Key words:** Health Education; Health Promotion; Hypertension; Community Health Nursing; Nursing.

### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo conocer cómo el conocimiento en salud se construye por personas con hipertensión acompañadas por un equipo de salud de la familia. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva realizada con nueve personas cuyos datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y observación. Los datos fueron trabajados con análisis temático. La construcción del saber en salud es influenciada por diversos elementos del cotidiano de los sujetos. El diálogo y la convivencia con otras personas son elementos de mayor impacto en la construcción de este saber. Así, el grupo de educación en salud fue apuntado como espacio relevante, tanto por las explicaciones dadas por los profesionales, cuanto por el cambio de conocimientos y experiencias con los demás participantes. Se concluye que a pesar de vivenciar las mismas actividades pedagógicas, las repercusiones de las acciones de educación en salud sean efectivas y percibidas diferentemente por los sujetos.

**Palabras clave:** Educación en Salud; Promoción de la Salud; Hipertensión; Enfermería en Salud Comunitaria; Enfermería.

**AUTOR CORRESPONDENTE**

**Fernanda Machado da Silva**

E-mail: fernandasilva@unipampa.edu.br

## INTRODUÇÃO

Desde sua proposta inicial, o movimento da promoção da saúde, em sua base conceitual e ideológica, vem investindo na autonomia dos sujeitos em relação ao seu processo saúde/doença. O rumo tomado por esse movimento aponta para a necessidade de reorientar as práticas sanitárias, na tentativa de enfrentar as desigualdades sociais, estimular a participação da comunidade nas decisões e planejamento da saúde, envolvendo vários segmentos da sociedade.

A promoção da saúde, sob essa ótica, representa preparar as pessoas para cuidar de si, por meio de ações educativas, que articulem os significados de saúde e autonomia. Dessa forma, a educação representa estratégia de excelência para promover saúde, alcançada a partir da autonomia dos sujeitos para o autocuidado<sup>(1)</sup>.

A educação encontra-se condensada, basicamente, em duas principais vertentes de pensamento e ação: Modelo Tradicional e Modelo Dialógico ou Radical<sup>(2-3)</sup>. O modelo tradicional de educação baseia-se na concepção de saúde do modelo biomédico e objetiva a prevenção de doenças. As ações educativas são promovidas numa perspectiva individualista e autoritária, objetivando mudanças comportamentais por meio de prescrição de condutas saudáveis aos sujeitos<sup>(1-3)</sup>. Esse modelo pedagógico é definido<sup>(4)</sup> como ensino bancário, no sentido de que o “educando recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se um depósito do educador”. A eficácia dessa abordagem de educação estaria na quantidade de informação adquirida pelo educando e não em promover um momento de reflexão sobre seu contexto de vida.

Já o modelo dialógico<sup>(4)</sup> ou radical vem ao encontro do movimento da promoção da saúde<sup>(2)</sup>, cujo ponto de partida é o indivíduo e sua realidade. Sua proposta de ação baseia-se no desenvolvimento da consciência crítica das pessoas em relação a seu contexto de vida, a partir de uma relação dialógica entre educador e educando<sup>(4-5)</sup>, com objetivo de promover a saúde, como subsídio para uma vida com qualidade. Aposta no trabalho em grupo, na perspectiva de que o ambiente coletivo facilita a construção de conhecimento, devido ao seu potencial para promover o diálogo, reflexão e troca de ideias entre os participantes<sup>(2,6)</sup>. Baseia-se, ainda, no encontro democrático, onde todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferentes. Pressupõe-se que o diálogo possibilita tanto o reconhecimento do saber do outro, quanto a compreensão de seu ponto de vista e, por isso, resulta em saberes produzidos a partir da (re)leitura da realidade dos envolvidos<sup>(4-5)</sup>.

Embora seja possível agrupar as abordagens de educação nessas duas vertentes teóricas, as diferenças existentes entre elas, em seu campo prático, ainda não estão claramente definidas. Muitas vezes, os objetivos de uma se sobrepõem aos da outra<sup>(2)</sup>, pois esse processo é influenciado pelas concepções de saúde e educação dos envolvidos, e, ainda, pelas práticas pedagógicas utilizadas. A principal diferença entre os modelos tradicional e dialógico reside no fato de que este último objetiva mais a transformação social do que a mudança pessoal propriamente dita. A partir dessas reflexões, entende-se que

a educação em saúde acontece em um processo complexo que inclui fatores subjetivos e objetivos, que compõe a realidade sociocultural dos indivíduos.

No contexto da atenção básica, a educação em saúde representa uma das principais atribuições dos profissionais das equipes de saúde, com destaque ao processo de trabalho da enfermagem. Justifica-se essa afirmação, uma vez que “as próprias bases conceituais da enfermagem preconizam a função do enfermeiro como um educador, afinal não há cuidar sem educar e vice-versa”<sup>(7)</sup>. Nesse entendimento, o enfermeiro deve ser capaz de analisar criticamente seu papel como educador, no sentido de identificar se sua ação contribui para a promoção da consciência crítica dos diferentes grupos socioculturais, no que tange às potencialidades e fragilidades de seu contexto de vida. Para tanto, essas ações devem privilegiar a complementaridade dos saberes científico e popular, na tentativa de construir, coletivamente, um conhecimento contextualizado com a realidade.

Diante do exposto, objetivou-se conhecer como o saber em saúde é construído por pessoas com hipertensão acompanhadas por uma equipe de saúde da família.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva. Visualizou-se como adequada ao objetivo da pesquisa, pois representa a abordagem para analisar a realidade dos sujeitos, a partir deles mesmos, e compreender as diversas maneiras com que interpretam suas experiências de vida<sup>(8)</sup>.

Participaram da pesquisa nove pessoas moradoras de uma comunidade assistida por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um município do sul do Brasil. Definiram-se como critérios de inclusão: pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial isolada (que não apresentassem cardiopatias ou outra doença crônica associada), maiores de 18 anos e em acompanhamento com a equipe da ESF. Foram consideradas pessoas em acompanhamento com a equipe aquelas que frequentassem o Grupo de Hipertensos e Diabéticos realizado pela equipe da ESF, e também que mantivessem um controle clínico na unidade, com pelo menos duas consultas médicas e/ou de enfermagem ao ano, conforme protocolo do Ministério da Saúde<sup>(9)</sup>. Os sujeitos foram incluídos na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados se realizou por meio de entrevista semiestruturada e observação<sup>(8)</sup>. O trabalho de campo foi desenvolvido em três cenários do local de estudo. O primeiro foram as reuniões do Grupo de Hipertensos e Diabéticos da ESF, nas quais, por meio da observação, foram selecionados os possíveis sujeitos da pesquisa. Outro cenário foi a unidade de saúde, que disponibilizou documentos para a confirmação dos critérios de inclusão dos sujeitos. E o terceiro cenário foi o domicílio dos sujeitos, onde se realizaram as entrevistas semiestruturadas e a observação do cotidiano desses usuários e suas famílias.

A análise dos dados sustentou-se na análise temática, a qual está sistematizada em três etapas<sup>(8)</sup>: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos, inferência

e interpretação. Nas etapas de pré-análise e exploração do material, foi utilizado o *software* Atlas Ti 5.0 (*Qualitative Research and Solutions*), para auxiliar na codificação das entrevistas. No intuito de preservar o anonimato dos sujeitos, adotou-se a denominação S (forma abreviada de “sujeito”) seguida da numeração que correspondia à ordem de realização das entrevistas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade à qual estava vinculado, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 0306.0.243.000-08.

## RESULTADOS

As definições sobre saúde e doença são construídas ao longo da vida das pessoas e mediadas por seus saberes e experiências relacionadas a esses constructos. Dessa forma, a construção desses saberes será influenciada por diversos elementos presentes no cotidiano das pessoas. Apoiando-se nessa reflexão, ao serem questionados sobre os elementos presentes na construção do saber em saúde, todos os sujeitos desta pesquisa indicaram os grupos de educação em saúde como o espaço mais relevante. Dentro do grupo, apontaram atividades expositivas/dialogadas, lúdicas e de descontração, como metodologias eficazes para o processo de ensino-aprendizagem.

*Quem me ajudou a entender foi o médico, as enfermeiras ali, a agente de saúde, que faziam essas reuniões. Ali eu aprendi muitas coisas. E outras pessoas. Que a gente vai falando, um diz uma coisa, outro diz outra, e a gente vai racionando! Então ajudam a gente a entender. (S 9, 68 anos)*

*O grupo foi importante! Tem as explicações, as orientações, tudo para o bem da pessoa. No grupo a gente se informava como tinha que se alimentar, ensinavam o que a gente devia comer e o que não devia comer. Foi muito bom. Boas palestras! [...] Eu fiquei muito bem informada! (S 8, 65 anos)*

O aprendizado sobre saúde foi considerado pelos sujeitos como produto das explicações e orientações oferecidas pelos profissionais, principalmente, no Grupo de Hipertensos e Diabéticos realizado pela equipe da ESF. A educação em saúde é favorecida pelas atividades em grupo, na medida em que essa modalidade promove o aprofundamento das discussões referentes às questões de saúde, facilitando a construção coletiva de saberes<sup>(10)</sup>.

No grupo, os sujeitos destacaram como pessoas importantes para a construção do saber em saúde tanto os profissionais da ESF, pelas explicações disponibilizadas, quanto os demais participantes, pelas trocas de conhecimentos e experiências durante as atividades. Essa troca entre os pares reflete a importância do saber popular no processo de educar em saúde, na medida em que promove a contextualização da realidade, pautada na valorização das histórias e das vivências de cada participante<sup>(11)</sup>. Assim, a construção do saber, nessa

perspectiva, se estabelece por meio da interação e comunicação sobre as diversas experiências e saberes, entre os participantes do grupo, promovendo a coparticipação de todos no processo de ensino-aprendizagem<sup>(12)</sup>.

As crenças culturais em torno da saúde e doença são elementos integrantes da capacidade do indivíduo de compreender e atuar sobre sua saúde. O entendimento dessas questões, por parte da equipe de saúde que desenvolve ações de educação em saúde, se faz necessária para que as reais necessidades das pessoas sejam observadas e atendidas por esses profissionais<sup>(13)</sup>.

Assim, o grupo se configura em um espaço de comunhão entre diferentes culturas, conhecimentos e visões de mundo, no qual cada pessoa se diferencia e se reconhece no outro, por meio de uma relação dialógica que lhes possibilita falar, escutar, refletir, questionar e aprender mutuamente. Essa modalidade de educação em saúde deve superar a simples função de difundir conceitos e comportamentos considerados *corretos*, possibilitando problematizar, em uma discussão horizontal, as situações concretas vivenciadas pelos sujeitos. Como resultado esperado, essa ação promove o desenvolvimento da conscientização crítica dos usuários a respeito das potencialidades e fragilidades de sua realidade, estimulando um posicionamento autônomo na busca por soluções para os problemas de saúde em âmbito individual e coletivo<sup>(4-5,11,14)</sup>.

A metodologia expositiva, desenvolvida por meio de palestras, foi visualizada pelos participantes, como estratégia pedagógica eficaz na construção do saber em saúde. Para a maioria dos sujeitos, representou um fator positivo, senão determinante para o seu entendimento acerca da hipertensão e demais assuntos relacionados à saúde.

No entanto, na análise das falas, constataram-se visões e posicionamentos divergentes sobre a forma com que essa atividade foi efetivada nos encontros do grupo. Essa divergência referia-se, principalmente, à concepção sobre os papéis assumidos pelos usuários nesse espaço de educação em saúde:

*Fui muitos anos [no grupo] [...] o Dr. V. dava explicação para a gente. Mostrava as figuras do coração, da circulação passando, do sangue grosso! Tudo nos slides e nos cartazes [...] Dava os livros para gente trazer para casa, para olhar, para ler. Muitas senhoras perguntavam e ele explicava. [...] Bem explicado! Que eu entendi tudo da hipertensão, foi assim. E a gente aprende tanta coisa mais [...] Eu gostava de ouvir, de assistir aquelas conversas, de falar. Até para vocês novinhas, muitas coisas que não sabem, que não passaram, que não viram. Com as conversas que entende outras coisas diferentes. (S 6, 78 anos)*

A fala acima sugere uma concepção participativa sobre a prática de educação em saúde, pois se constata a relação estabelecida entre os envolvidos, em que tanto o profissional como os usuários assumiram posicionamentos ativos no processo. Predominou o entendimento dos sujeitos de que a proposta dessa atividade realizada pelo profissional foi estimular a participação deles, para adotarem papéis de sujeitos na construção dos seus conhecimentos. Ainda, a metodologia

utilizada permitiu envolver os educandos na explicação, por meio dos recursos empregados, facilitando que os mesmos entrassem na dinâmica de pensamento do educador. Assim, percebeu-se que o conteúdo parece ter sido apreendido e compreendido pelos usuários, e não apenas memorizado, como tradicionalmente acontece.

Nesse contexto, observa-se que, quando o usuário se reconhece como sujeito da própria educação, o papel do profissional é reconhecido como facilitador do processo educativo, fato que se torna importante para o posicionamento de autonomia do sujeito na transformação da sua realidade. O usuário, ao assumir a construção de seu saber, sente-se mais capacitado para cuidar da sua saúde, reconhecendo sua responsabilidade frente ao processo saúde/doença. Com isso, seu objetivo torna-se a busca pela promoção da saúde, descentralizando sua atenção da doença<sup>(11)</sup>.

A educação em saúde pautada em uma perspectiva dialógica não nega a validade de momentos explicativos, em que o educador expõe ou fala sobre o objeto. No entanto, é necessário que os envolvidos mantenham uma postura aberta, curiosa, indagadora, e não apassivada, enquanto falam ou ouvem. O bom educador é o que consegue, enquanto explica, envolver o educando no movimento de idas e vindas de seu pensamento, incitando para que ele compreenda o conteúdo, ao invés de recebê-lo na íntegra. Então, o processo de ensino-aprendizagem relaciona-se com o esforço crítico do educador de desvelar a compreensão de algo, e, por parte do educando, de atuar como sujeito de sua aprendizagem, no desvelamento que o professor deseja causar<sup>(5)</sup>.

Nesse entendimento, o fato de representar uma atividade predominantemente expositiva não a descaracteriza de uma ação educativa dialógica. Entende-se que, mesmo a atividade sendo desenvolvida mais ativamente pelo profissional que conduziu a explanação, o diálogo entre os envolvidos não foi silenciado por sua fala. Ao integrar um grupo, os participantes devem ter assegurado seu direito de expressar sua opinião, seu ponto de vista, ou de manter-se em silêncio. Cada membro exerce um papel, pois possui uma identidade diferente dos outros, mesmo com um objetivo grupal comum<sup>(6)</sup>.

Ao contrário da discussão anterior, constatou-se que uma pequena parcela dos sujeitos demonstrou uma concepção menos participativa sobre as ações de educação em saúde realizadas no grupo. Mesmo reiterando as palestras como práticas eficazes de ensino-aprendizagem, esses sujeitos indicaram uma atuação menos ativa durante o desenvolvimento de atividades dessa natureza.

*Olha, essas palestras, como nós temos aqui, é bom que uma ensina muitas coisas boas para outra. Aquela que sabe explica a verdade e aquela que está aprendendo, se ela [quem aprende] erra alguma coisa, ela [quem ensina] tem que chamar a atenção, dizendo "Não é assim!" [...] Falava mais o doutor. A gente, às vezes, falava uma coisinha, às vezes não falava nada. Ficava na da gente.[Eu] Ficava só guardando aquilo que saiu ali, no pensamento e no coração. E alguma coisa que eu errei, a gente erra às vezes, é humano. Que a gente não sabe tudo. (S 8, 65 anos)*

Os elementos que compõem esse discurso denotam que esse sujeito apresentou um entendimento de educação em saúde numa perspectiva tradicional, na qual o profissional, munido do conhecimento científico, prescreve práticas de vida corretas a serem seguidas<sup>(2-3)</sup>. A educação, sob essa ótica, é uma doação de saberes dos que se assumem sábios àqueles que julgam nada saber. Os conteúdos transmitidos são recortes de uma realidade descontextualizada, muitas vezes, alheios às experiências dos educandos. Essa educação está esvaziada da realidade, impedindo que o educando receba a experiência do fazer, necessária para o desenvolvimento da consciência crítica e de autonomia frente às suas escolhas<sup>(15)</sup>.

Dessa forma, se estabelece uma relação de opressão, em que os profissionais assumem papéis de opressores e os usuários, de oprimidos. É por essa razão que a explanação do conteúdo a ser ensinado pelo educador se desenvolve numa relação prescritiva, pois impõe a opção da consciência opressora à oprimida. O produto dessa ação será um comportamento também prescritivo, em que o indivíduo seguirá as pautas estabelecidas pelo profissional<sup>(15)</sup>. Nessa ação, os indivíduos memorizam os conteúdos transferidos, reproduzindo os discursos dos profissionais e caracterizando um *falso saber*.

Entre os participantes do presente estudo, pôde-se perceber que a concepção de educação em saúde implícita em alguns discursos, relacionava-se à reprodução dos conteúdos memorizados, principalmente, nas discussões que envolviam os cuidados que deveriam seguir, diante da condição de indivíduos com hipertensão. Evidenciou-se uma percepção de menos valia desses participantes, em relação ao seu conhecimento, frente à legitimidade do conhecimento científico apresentado pelo profissional. A esse respeito, estudo<sup>(7)</sup> realizado com profissionais de uma equipe da ESF revelou que a crença sobre o profissional ser o detentor do saber e a população vazia de conhecimento ainda é observada no cotidiano dos serviços de saúde, o que se torna um obstáculo para a realização de ações educativas numa perspectiva dialógica e problematizadora. Essa percepção dificulta o desenvolvimento de um processo educativo em que se possibilite a participação espontânea, autônoma, e a valorização dos diferentes saberes dos sujeitos envolvidos.

No contexto do Grupo de Hipertensos e Diabéticos, alguns sujeitos citaram também os momentos de descontração entre os participantes e atividades lúdicas promovidas pelos profissionais da equipe, como atividades eficazes para a construção do saber em saúde, e, ainda, que motivam a participação nos encontros.

*É bom a gente sair, ter contato com outras pessoas, conversar, ver coisas diferentes. Ir aos encontros [...] as reuniões ali, as aulas, a gente conversa com as enfermeiras. [...] eu gosto é quando sai as festas do grupo. [...] as jantãs, baile. Fomos a Gramado, Canela. [cidades turísticas no sul do Brasil] [...] Que eu gosto mais! Da dança do ventre, também. Eu gostei! [...] Não falho uma reunião. (S 5, 73 anos)*

*[...] esses tempos, elas [enfermeiras] fizeram um bingo. Tinha uns envelopes, a gente dizia um número e a enfermeira tirava uma pergunta. Aí a gente ia respondendo o que*

*sabia, e o que a gente não sabia ela explicava. Eu acho que é uma boa maneira da gente aprender. [...] Aquela dança do ventre, também, eu achei legal! [...] eu fico em casa o dia todo, então, me sinto sozinha. Daí, quando tem essas coisas, eu aproveito para sair. (S 4, 47 anos)*

As falas apresentadas reiteram o grupo como espaço de aprendizado e, também, um meio de lazer e convivência entre os envolvidos. São atividades que promovem o entretenimento e interação, as quais grande parte dos usuários valorizou como forma de motivar sua participação nos encontros. Assim, compartilhar ideias, experiências e aprender mais a respeito de sua condição de saúde são características fundamentais que estimulam os sujeitos à participação no grupo<sup>(10)</sup>.

A valorização de ações que promovam recreação e socialização contribui para a promoção da autoestima e do aprendizado dos sujeitos, mediante o desenvolvimento das relações sociais. Essas atividades oportunizam, ainda, compartilhar momentos de lazer, descontração e alegria, valorizando atividades culturais e potencializando talentos entre os envolvidos<sup>(16)</sup>. Nesse entendimento, os grupos representam, além de um espaço de educação em saúde, também uma possibilidade de convívio social entre os participantes.

Como dispositivo de ensino, alguns entrevistados destacaram atividades lúdicas, exemplificadas pelo “bingo”, como método para promover a aprendizagem de uma forma descontraída. Estas foram visualizadas por eles como atividades que, além de proporcionar participação ativa dos sujeitos, são mais produtivas em relação à compreensão dos assuntos abordados. Entende-se que isso ocorre pelo fato de que a própria metodologia depende do envolvimento dos integrantes. Além disso, as discussões partem da reflexão e dos conhecimentos dos indivíduos sobre as temáticas propostas e, por essa razão, estimulam a criatividade e o posicionamento crítico, pois oportunizam o compartilhar de diferentes opiniões e visões sobre o mesmo assunto.

A educação é mais autêntica quanto mais desenvolver nos homens sua função criativa e criadora. Por isso, deve ser “desinibidora” e possibilitar que os “educandos sejam eles mesmos”<sup>(4)</sup>. Nesse pressuposto, o lúdico atua como um recurso privilegiado para explorar os significados culturais reconhecidos e valorizados no contexto dos usuários e, por isso, constitui-se como importante dispositivo para o desenvolvimento da consciência crítica e da autonomia dos envolvidos<sup>(17)</sup>.

Os jogos educativos coletivos caracterizam-se como instrumentos de comunicação, expressão e aprendizado, que favorecem a troca de saberes entre os participantes, construindo o conhecimento coletivamente. Essas atividades possibilitam estreitar as relações entre os envolvidos, o que torna o ambiente mais descontraído, espontâneo e menos normatizado<sup>(18)</sup>. Assim, por preservar comportamentos espontâneos, dinamizam o diálogo, permitindo aos envolvidos expressar dúvidas, expectativas e posicionamentos, criando um espaço de aprendizado agradável e prazeroso.

Cabe destacar que as atividades lúdicas e de descontração desenvolvidas no grupo foram associadas pelos participantes à figura das enfermeiras da ESF. Percebeu-se, nos relatos e na

observação dos encontros, que essas atividades oportunizaram a construção de uma relação menos formal entre os usuários e as enfermeiras, contribuindo para o estabelecimento de vínculo entre os mesmos. Entende-se que o lúdico situa-se nesse contexto, na medida em que pauta-se na intencionalidade de produzir relação de reciprocidade, interação e solidariedade, no qual ambos, enfermeira e usuários, são sujeitos criadores, capazes de reinventar formas de cuidado<sup>(19)</sup>, portanto, produtores de novos conhecimentos.

Alguns participantes citaram as conversas informais com pessoas de seu convívio, como amigos, vizinhos e pessoas da família, como elementos importantes para a construção do saber em saúde. Percebeu-se que esses entrevistados associaram essas conversas às informações obtidas nos meios de comunicação, como espaços complementares de aprendizado, conforme apresentado nos relatos a seguir:

*[...] a gente ouve falar, no próprio grupo, ouve na televisão, pessoas mesmo conversando. Ouve comentários de pessoa normal mesmo. Pessoas da família às vezes conversando. [...] Todas as conversas que a gente tem com as pessoas, sempre aproveita alguma coisa! E saber e aprender e ter amizade nunca é demais! (S 7, 48 anos)*

*Com a agente [agente comunitária de saúde], nas visitas e no grupo. [...] E na televisão ajuda também, que dá [sobre] tratamento, alimentação. Eu gosto de olhar [programa de televisão], para ver quais são os alimentos que são bons para quem tem hipertensão [...] Com as vizinhas, de ouvir falar que é bom... [...] é curiosidade! A pessoa curiosa tem mais facilidade de aprender as coisas, não é? (S 5, 73 anos)*

Ficou explícito, na análise das falas, o posicionamento de curiosidade e busca por novos conhecimentos, como características comuns a grande parte dos sujeitos desta pesquisa. É por esse estímulo e disponibilidade para aprender que esses sujeitos se lançam na busca para transformar antigos saberes, reconhecendo, na relação dialógica, um espaço de construção de conhecimento. Esta disponibilidade de buscar novos saberes só é possível quando o homem se reconhece como um “ser inacabado”, que está em “constante busca de ser mais”<sup>(4)</sup>. É nessa consciência de si como ser inacabado que reside a capacidade, no indivíduo, de aprender e de não acomodar-se na sua inconclusão<sup>(5)</sup>.

As conversas com pessoas de seu convívio foram apontadas como elemento importante na busca pelo conhecimento. Nesse sentido, o diálogo refere-se ao encontro em que se solidarizam o refletir e o agir dos sujeitos, dirigidos à realidade a ser transformada e humanizada. Por essa razão, não se pode reduzi-lo a um ato de depositar ideias de uma pessoa para outra, mas trata-se de um ato de criação, no qual “não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão buscam saber mais”. Além disso, no diálogo, para ser consolidado como tal, há de se ter a confiança entre os sujeitos e a esperança nesse encontro. Se esses indivíduos nada esperam do encontro, já não há diálogo. Torna-se um encontro vazio, improdutivo e normativo<sup>(15)</sup>. A análise

das falas conduz à interpretação de que nessas “conversas” consolidou-se um encontro dialógico, pois, segundo os participantes, foram produzidos novos conhecimentos, novas experiências e novos ângulos de olhar aquela realidade.

Ao mesmo tempo, percebeu-se que esse diálogo, por ser efetivado entre *iguais* no que se refere ao conhecimento prévio, ou seja, pautado no saber popular adquirido naquele contexto sociocultural, proporcionava um aprendizado mais aproximado com a realidade vivenciada por eles, do que quando elaborado com base em informações descontextualizadas e generalizáveis.

Já os meios de comunicação foram apontados pelos participantes de maneira conjugada com outros meio de educação em saúde, como se, isolados, não fossem suficientes para mover um processo de ensino-aprendizagem. Isso se deve ao fato de que as ações educativas veiculadas nesse espaço são construídas com pouca articulação com o cotidiano de seus espectadores e dos serviços de saúde. Por essa razão, há de se considerar a importância de articular as mensagens desse meio de educação com os conhecimentos construídos em experiências localizadas, como no cotidiano dos serviços de saúde<sup>(14)</sup>.

A influência do saber popular também foi observada como elemento importante na construção do saber em saúde dos entrevistados. Alguns sujeitos apontaram, como metodologias de aprendizado, a observação do cotidiano e a sua própria história de vida.

*Eu sei que tem que fazer caminhada, andar. Eu viajo de ônibus e vejo as pessoas caminhando nas ruas, fazendo caminhada. É muito bom para saúde isso aí. [...] Se cuidar com alimento, no sal, não exagerar em alimento, nem em coisa nenhuma. [...] isso eu sei desde criança. Porque, onde eu me criei, o sal não é alimento, é um tempero. Quanto menos, melhor! [...] chazinho, também. Aprendi quando era pequenininho, lá onde me criei. (S 2, 80 anos)*

Os elementos apreendidos nesse relato suscitam a valorização, por parte desse sujeito, de sua experiência de vida na construção do saber em saúde. Na sua visão, a educação em saúde iniciou-se nos contextos social e familiar, influenciados tanto pela relação entre seus membros, quanto pelos valores, crenças e práticas de vida assumidas e reportadas entre eles. Logo, é um processo iniciado na infância, que acompanha a história dos indivíduos. Como ferramenta de aprendizagem, os entrevistados apontaram a observação do contexto sociocultural, destacando a dinâmica de vida das pessoas, ou seja, a forma como interagem entre si e com o meio em que estão inseridas.

Entende-se que “a leitura do mundo” revela a tarefa assumida pelo indivíduo como “sujeito no próprio processo de assimilação da inteligência do mundo”. Essa interpretação deve ser considerada como “um ponto de partida para a compreensão do papel da curiosidade, como um dos impulsos da produção de conhecimento”<sup>(15)</sup>. Isso representa dizer que a construção do conhecimento dos sujeitos deve partir da interpretação crítica que eles fazem do seu contexto de vida.

Nesse caso, constatou-se a atuação desses participantes como autores de seus conhecimentos, no momento em que

conseguiram refletir a sua realidade e, pela interpretação dos elementos captados nela, construíram o saber em saúde. Não se pode negar, também, uma sutil influência do saber científico, advindo da participação nos grupos de educação em saúde, no posicionamento desses participantes, ao apontarem especificamente tais informações (atividade física e restrição do sal). Entende-se que a construção do saber partiu da observação e reflexão crítica da realidade sociocultural – dos conteúdos práticos do saber popular que esses sujeitos conseguiram associar aos conteúdos científicos explicados a eles, de forma teórica, nos grupos de educação em saúde. Assim, tratava-se de um saber prático construído socioculturalmente, sob a influência de informações científicas, teoricamente ensinadas.

## CONCLUSÕES

Constatou-se que a educação em saúde é um processo que se inicia desde a infância, momento em que são estabelecidas as primeiras concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado, a partir da observação e reflexão sobre as práticas cotidianas e no contexto familiar. No entanto, é no diálogo e na convivência com pessoas de seu convívio – familiares, amigos, vizinhos e profissionais da saúde – que adquire impacto na vida dos indivíduos.

Os grupos de educação em saúde representam um dos principais meios para construção do saber em saúde, já que permitem a complementaridade dos saberes científico, do profissional e o saber popular, advindo da experiência cotidiana dos sujeitos, apreendido no seu contexto sociocultural.

De maneira geral, o aprendizado em saúde foi considerado como resultante da participação no grupo, sendo as palestras uma metodologia eficaz para o processo ensino-aprendizagem, na visão dos participantes. No entanto, identificaram-se divergências em relação às concepções desses sujeitos sobre essa ação pedagógica, a qual estava articulada com os papéis assumidos pelos usuários nesse espaço, ou seja, a forma com que se reconhecem como sujeitos ou objetos da educação em saúde. O grupo foi visualizado também com meio de convivência e descontração, sendo as atividades lúdicas consideradas ações que motivam a participação nos encontros e o aprendizado. Por priorizar o diálogo, essas ações possibilitam partilhar ideias e experiências e, por essa razão, foram entendidas como ações privilegiadas para a construção do saber em saúde.

Destaca-se que essas atividades foram relacionadas diretamente às enfermeiras da equipe. Tais ações estreitaram o vínculo entre os participantes do grupo e as enfermeiras, o que gerou o reconhecimento sobre o trabalho desenvolvido por elas. As enfermeiras foram visualizadas como profissionais comprometidas em promover atividades diferenciadas, criativas e, ao mesmo tempo, acolhedoras, que permitiam romper com uma visão tradicional sobre as ações educativas em saúde. Isso facilitou a atuação dos participantes como protagonistas dessas ações.

Frente ao apresentado, pode-se mencionar que a construção do saber em saúde é influenciada pelas informações científicas acessadas pelos sujeitos, principalmente em grupos de

educação em saúde. No entanto, é no retorno à realidade socio-cultural que tais informações são reinterpretadas, com base no saber popular, tendo relação com suas experiências de vida e com suas percepções sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Nessa discussão, se fundamenta a constatação de que, embora vivenciando as mesmas atividades pedagógicas, as repercussões dessas ações serão efetivadas e percebidas diferentemente pelos participantes.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm.* 2011 Jan-Fev;64(1):185-8.
- Oliveira DLC. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latinoam Enferm.* 2005 Maio-Jun;13(3):423-31.
- Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010 Jan-Fev;63(1):117-21.
- Freire P. Educação e mudança. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
- Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS.* 2009 Abr-Jun;12(2):221-7.
- Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia de saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm.* 2010 Jul-Ago;63(4):567-73.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Cadernos de atenção básica n° 15. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- Soares LC, Santana MG, Thofehrn MB, Dias DG. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. *Ciênc Cuid Saúde.* 2009 Jan-Mar;8(1):118-23.
- Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Health education in the context of family health from the user's perspective. *Interface Comun Saúde Educ.* 2012 Apr-Jun;16(41):315-29.
- Dall'Agnol CM, Resta DG, Zanattac E, Schrank G, Maffaccioli R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Rev Gaúch Enferm.* 2007;28(1):21-6.
- Shaw SJ, Huebner C, Armin J, Orzech K, Vivian J. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *J Immigr Minor Health.* 2009 Dec;11(6):460-7.
- Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Caderno de educação popular e saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 18-29.
- Freire P. Pedagogia do oprimido. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Rev Bras Enferm.* 2010 Maio-Jun;63(3):397-403.
- Martins AKL, Nunes JM, Nóbrega MFB, Pinheiro PNC, Souza AMA, Vieira NFC, et al. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2011 Abr-Jun;19(2):324-9.
- Torres HC, Hortale VA, Shall VA. Experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Pública [Internet].* 2003 [acesso em 01 ago 2009];19(4):1039-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16853.pdf>.
- Beuter M, Alvim NAT. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica de enfermeiras. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010 Jul-Sep;14(3):567-74.