

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**YURI BEATRIZ SEVERO CARDOSO**

**VIVENCIANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**YURI BEATRIZ SEVERO CARDOSO**

**VIVENCIANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Tânia Silva Gomes Carneiro**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **VIVENCIANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO** de autoria da aluna **YURI BEATRIZ SEVERO CARDOSO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

---

**Profa. Tânia Silva Gomes Carneiro**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

A minha mãe, Angila, que me deu os fundamentos da minha existência.

## **AGRADECIMENTOS**

Início agradecendo a Deus, que iluminou e orientou minha caminhada, ajudando-me a perseverar nos momentos difíceis.

Porém, neste momento em que chego ao final desta etapa penso em todas aquelas pessoas que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho. Gostaria de agradecer a cada um que, a sua forma, auxiliou-me nesta caminhada. Ainda que não seja possível nominar, neste espaço, todos àqueles que compartilharam este desafio comigo, estarão todos em um lugar especial, em minha vida.

Dentre as pessoas que tiveram um envolvimento maior com este estudo, destaco algumas que contribuíram para a sua realização.

Aos meus pais, que sempre estimularam meus projetos de vida.

Ao Elder, meu amado, que sempre esta auxiliando a realizar meus sonhos.

A meus irmãos, Ana, Rossângila, e Olmiro Cristiano, que me deram sobrinhos maravilhosos, a fonte de inspiração de meus estudos.

Orientadora Tânia, emprestando-me a luz do seu conhecimento. Ter sua contribuição nesta trajetória foi um privilégio, tanto pela sensibilidade, receptividade, quanto pela amplitude com que debruçou seu olhar a este estudo. Obrigada por acreditar nas minhas potencialidades, no meu tempo, e pelas importantes contribuições.

Aos usuários, seus familiares e profissionais participantes deste trabalho, em especial aos do CRAS que abriram as portas de suas vidas para que eu pudesse me aproximar de seus mundos e, conhecê-los melhor.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>04</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>08</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>10</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são uma das principais causas de mortes no mundo e causam um grande número de mortes prematuras, assim como a perda de qualidade de vida e alto grau de limitação nas atividades das pessoas. Assim, o objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada ao desenvolver atividades de educação em saúde, prática esta desenvolvida por uma equipe de Saúde da Família em parceria com o Centro de Referência de Assistência Social do interior do RS. Os sujeitos do estudo foram pessoas com DCNT, e seus familiares que participavam dos encontros. Utilizamos a tecnologia da educação para caracterizar o produto deste estudo, ou seja, o produto é uma forma de conscientizar os participantes do grupo para uma vida mais saudável. O Plano de Ação foi realizado nos meses de março a maio de 2013, sendo descrito três encontros, os temas foram definidos conforme o desejo e as necessidades do grupo. Ressaltamos que muito mais que o expresso em palavras foi o que sentimos, além da troca de informações houve o envolvimento, a conquista da confiança mútua, o crescimento pessoal. Assim a atualidade exige uma educação em saúde de caráter abrangente, permanente que estimule a capacidade das pessoas de analisar, de pensar estrategicamente, de planejar e de responder de forma criativa. Contudo enfatizamos que o sistema de saúde necessita se reestruturar constantemente, para alcançar práticas onde o conhecimento seja compartilhado e a saúde e felicidade conjugadas, a favor das realizações de cada um e para todos.

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT), de acordo com o Ministério da Saúde (2011), são as principais causas de mortes no mundo, além de causar um grande número de mortes prematuras, assim como a perda de qualidade de vida e alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer, agravando os impactos econômicos para a sociedade, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes. Apesar de na última década, ter se observado uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros (Brasil, 2011).

No parecer de Mendes (2012) os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas conforme as necessidades da população. Devendo haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e a forma como se estrutura o sistema de atenção à saúde, sendo que o tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, deve ser diferente do dispensado a problemas agudos.

Para o referido autor conhecer a população usuária de um sistema de atenção à saúde é elemento básico para mudar a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou seja, gestão de base populacional. Assim, baseamos em uma breve análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e do nosso conhecimento e vivências no que refere-se ao modo de vida da população da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família onde atuamos para desenvolver os encontros de educação em saúde.

O município de Encruzilhada do Sul/RS possui, segundo o Censo Demográfico de 2010 do IBGE, 24.534 habitantes, sendo destes a população rural de 7.415 habitantes, ou seja, 30,2% dos habitantes residem na área rural do município. O sistema municipal de saúde do município tem cinco Unidades de Saúde da Família, uma Unidade Básica de Saúde, um Centro de

Referencia Materno Infantil, um Centro de Apoio Psicossocial e uma Unidade de Pronto Atendimento.

As principais causas de óbito no município são devidas as doenças do aparelho circulatório, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, ou seja, as complicações das doenças crônicas não transmissíveis (Censo Demográfico do IBGE, 2010). A população da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família onde foram desenvolvidas as atividades de educação em saúde tem uma prevalência de hipertensos e diabéticos de 12,61%, de acordo com dados (SIAB, 2013).

O tema deste estudo surgiu após algumas vivências profissionais em Saúde Pública e atuando como enfermeira no município de Encruzilhada do Sul no interior do Rio Grande do Sul. A trajetória profissional despertou-me para o compromisso com as transformações necessárias para o desenvolvimento de ações de educação em saúde aderentes às necessidades da população.

Comungo com a ideia de que saúde é um direito universal e que a assistência à população dever ser feita através de serviços públicos organizados de modo articulado e que prestem assistência integral e igualitária a todos, como um direito básico de cidadania. E acredito que as pessoas sentem-se cidadãos a partir do momento que vêem seus direitos garantidos, não somente com Lei, mas sim assegurados na prática cotidiana.

Enquanto enfermeira, os aspectos relacionados com a saúde da população me remetem a ideia que a qualidade assistencial perpassa por uma mudança de atitude, que por sua vez, implica em uma vontade consciente dos profissionais de saúde em recodificar o saber cientificamente aprendido, para implementação de ações assistenciais que possam contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde.

E como afirma Vasconcelos (2001), a educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde, ela é em sua totalidade, um processo que se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas.

Neste sentido, a educação em saúde tem um papel importante na transformação pessoal e social. Sendo um processo dinâmico e flexível, que possibilita ao ser humano interagir diretamente com a sociedade, desenvolver suas potencialidades, decidir sobre seus objetivos e ações.

Todavia, concordo com Freire (2004, p.22) quando afirma: "Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção". A minha

concepção sobre educação apoia-se em algumas ideias das descritas por este autor, pois para ele, a educação tem um papel significativo na transformação pessoal e social.

Estas peculiaridades do tema suscitam alguns questionamentos, como por exemplo: Como desenvolver ações de educação em saúde que respondam aos problemas identificados dos portadores de DCNT, da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família?

Neste sentido, acreditamos que apesar do crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Devido à inquietação gerada pela percepção desta complexa situação, realizou-se este estudo, que consiste no Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Doenças Crônicas Não Transmissíveis da UFSC/UNASUS e relatar a experiência vivenciada ao desenvolver atividades de educação em saúde com pessoas com DCNT, prática esta desenvolvida por uma equipe de Saúde da Família do interior do Rio Grande do Sul. Todavia procuramos relatar as facilidades e dificuldades encontradas para desenvolver atividades de educação em saúde, assim como contribuir com subsídios teóricos para os profissionais em saúde no enfrentamento e encaminhamento das dificuldades encontradas no desenvolvimento do processo educativo em saúde.

Acreditamos que as reflexões deste estudo contribuirão para fomentar o debate sobre o tema e instigar outros profissionais a continuarem nessa jornada. Pois na atualidade identificamos inúmeras referências à educação em saúde e que vêm fomentando no contexto das políticas públicas recentes uma necessidade de aprofundamento sobre estes assuntos. Com isso, pode haver possibilidades dos profissionais de construir novos e efetivos caminhos que possibilitem à promoção a saúde.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **AS DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Saliento que este estudo não tem a intenção de esgotar esta temática, mas propiciar uma reflexão inicial à cerca de um saber já expressado, e contribuir para clarificar o fenômeno que está sendo estudado.

A crescente evolução tecnológica na assistência à saúde, bem como o processo de transição demográfico-epidemiológica que vem ocorrendo no país nas últimas décadas, tem influenciado de maneira significativa o perfil de doença da população brasileira – identificando-se cada vez mais um aumento de pessoas envelhecendo e também, maior número de pessoas convivendo com alguma condição crônica.

Reforçando essa ideia, a Organização Mundial da Saúde – OMS, (2003) relata que, atualmente, as condições crônicas são responsáveis por cerca de 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que as projeções indicam que em 2020 aproximadamente 80% das doenças dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos abrange apenas 20% da população doente, conseqüentemente, os resultados são negativos na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, para o governo e para os familiares (OMS, 2003).

No parecer de Mendes (2012) os sistemas de atenção à saúde da atualidade refletem um desencontro entre uma situação epidemiológica onde há predominância das condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, preparado para responder às condições agudas e aos eventos agudos, mesmo que esses sejam derivados de situação agudas devido às doenças crônicas.

Neste sentido, o referido autor, salienta que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma grande sintonia entre essas necessidades de saúde e a forma como os serviços de saúde se organizam para respondê-las socialmente.

Todavia, o sistema de saúde apresenta dificuldade no direcionamento de ações que contemplem o controle das doenças transmissíveis (DT) e crônicas não transmissíveis (DCNT). Sendo que muitas vezes também acontece da população estar tão voltada para a luta pela

sobrevivência imediata, e os profissionais tão envolvidos no atendimento a demanda e às vezes de maneira tão limitada, que a promoção e prevenção são muitas vezes encaradas como obstáculos.

Estas afirmativas possibilitam aos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, refletir sobre seu cotidiano, pois a natureza multidimensional da saúde exige profissionais que sejam competentes, não somente nos aspectos técnicos específicos do seu fazer, mas também na capacidade de apropriação e reelaboração de conhecimentos, que lhes capacitem interferir na realidade com a compreensão das várias possibilidades disponíveis.

Salienta Starfield (2002) que a atenção básica tem uma importante função na coordenação e a integração da atenção fornecida em algum outro lugar do sistema, permitindo racionalização do uso de todos os recursos, tanto básica como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Assim a atenção primária é um local que possibilita a interação entre a população e o sistema de saúde, além de cuidar dos problemas e agravos de saúde mais frequentes, sendo uma estratégia de organização da atenção à saúde onde há a união de ações assistenciais e não assistenciais.

As condições crônicas representam o grande desafio do século XXI em todo o mundo, como as pessoas estão vivendo mais tempo, a maior probabilidade de na vida adulta e na velhice conviverem com uma doença crônica. E o envelhecimento da população é uma realidade atual brasileira, e as doenças crônicas mais propícias nesse grupo de pessoas passaram a exigir uma expressiva e crescente demanda dos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de se conhecer sua prevalência e modos de enfrentamento no cuidado e no controle (OMS, 2003).

Freitas e Mendes (2007) descrevem as doenças crônicas como uma condição incapacitante que necessita muito tempo de cuidado, conjuntamente com ações de prevenção além de cuidados de reabilitação. Sendo o processo de cura muitas vezes lento, e na maioria das vezes não ocorre, o que depende também da idade o que gera incapacidades e algumas situações, frequentes recorrências da doença.

Neste sentido, para os autores referidos anteriormente, doença Não Infecciosa, Doenças Crônicas Não Transmissíveis ou Doença Crônico-Degenerativa são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizadas pela ausência de microrganismo no modelo

epidemiológico, pela não transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade, ou seja, como sinônimo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Salientam Malta, Morais Neto e Silva Junior (2011), o tabaco, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o consumo nocivo de álcool são os principais responsáveis pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto. Estes, por sua vez, são determinantes para o desenvolvimento das DCNT e, também, para os seus agravos.

No parecer de Vasconcelos (2001), no Brasil o processo da Reforma Sanitária superou a etapa em que a prioridade era a criação de um arcabouço de normas jurídicas e administrativas para o sistema de saúde, bem como a multiplicação dos serviços básicos, assistindo-se na atualidade a ampliação do espaço para a discussão e experimentação de propostas que reorientem o atendimento no dia-a-dia dos serviços, ganhando a educação em saúde um lugar especial.

Desta forma, considera a educação em saúde como uma atividade que reorienta a integração entre o saber técnico e popular, mudando as práticas realizadas nos serviços. Sendo um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade (VASCONCELOS, 2001).

Ao longo do tempo, podemos observar diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam também a forma de se estruturar as intervenções no âmbito da educação em saúde.

Educar para a saúde é possibilitar a população a compreensão de soluções que os profissionais juntamente com a comunidade compartilhem de uma forma consciente o conhecimento para melhoria da saúde. Pois, quanto mais estudamos a realidade de vida da população mais percebemos como que o saber popular, antes de ser um saber atrasado, é um saber bastante elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade (Vasconcelos, 2001).

Assim, entendemos educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender. A educação, como um processo de diálogo, indagação, reflexão, questionamento e ação partilhada, propõe, como objetivo principal, tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar e de encontrar formas alternativas de resolver seus problemas, entre eles

o de saúde-doença, controle social, e não apenas de seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças.

Brandão (2001) sugere que as ações educativas não sejam elaboradas fora de uma situação real da vida, de uma visão desveladora das relações do processo saúde-doença com as condições de trabalho, de alimentação, de lazer, de relação do homem com o meio ambiente que o cerca, de educação e de participação social.

Na prática educativa deve-se considerar a totalidade e a complexidade da função educadora, bem como a existência das diversas formas de saber e o sujeito da ação pedagógica. Os profissionais de saúde devem enxergar as diferenças étnico-culturais existentes e respeitar politicamente estas diferenças, para então formular estratégias de valorização dos seres humanos, respeitando política e ideologicamente as diferenças entre os membros da sociedade.

Portanto, os processos educativos são espaços de relações interativas, de trocas e mudanças que acontecem nos diversos níveis do saber e com as pessoas entre si, sejam elas educadoras ou educandas. E o sentir-se aprendiz, não é somente atitude de alguns momentos em nossas vidas, mas deve ser uma conquista constante no desenrolar do nosso cotidiano.

Alves (1984) destaca a ideia de que “ser educado é saber pensar”, não bastando apenas o aprendizado da leitura e escrita, mas a compreensão crítica da realidade. E como afirma Morim (2000): “O problema da compreensão é crucial para o ser humano e por este motivo, deve ser uma das missões da educação: ensinar a compreensão entre as pessoas como condição e garantia da solidariedade intelectual e moral da humanidade”.

Por isso, as ações de educação em saúde deve fazer com que os educandos/usuários sintam-se importantes, úteis e responsáveis. Respeitando e identificando a contribuição e forma de aprender de cada um, proporcionando meios pelos quais os torne efetivamente aptos a escolher de forma consciente e crítica.

Neste contexto, acredito que a educação em saúde busca estimular as pessoas a participar ativamente buscando uma melhor qualidade de vida, onde eles próprios delineiam seu universo temático e suas etapas de desenvolvimento. Portanto, busca-se uma prática educativa a caminho de maior liberdade que defenda o diálogo, crítico e libertador.

### **3 MÉTODO**

Para responder os objetivos e desenvolver este relato, escolhemos a opção I, fundamentada no Módulo X do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Desenvolvimento do Processo de Cuidar, este considera que o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido (REIBNITZ et al, 2013). Todavia consideramos a tecnologia da educação para caracterizar o produto deste estudo, ou seja, o produto é uma forma de conscientizar os participantes do grupo para uma vida mais saudável.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), tecnologias em saúde são os medicamentos; produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas; equipamentos; procedimentos técnicos; sistemas organizacionais; informacionais; educacionais e de suporte; bem como os programas e protocolos assistenciais. Contudo consideramos a educação como tecnologia e sendo esta muitas vezes utilizada nos serviços de saúde no desenvolvimento do processo de cuidar, iremos relatar como ocorreu sua aplicação nos encontros educativos que realizamos com pessoas com DCNT, destacamos neste relato as atividades com hipertensos e seus familiares para promover a saúde.

#### **3.1 Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos do estudo, isto é, os atores sociais foram as pessoas com DCNT, e seus familiares que participavam dos encontros mensais com a equipe de Saúde da Família e do CRAS. Salientamos que a grande maioria de participantes eram idosos e portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, especialmente hipertensão arterial sistêmica.

#### **3.2 Local de Estudo**

Este trabalho foi desenvolvido no município de Encruzilhada do Sul/RS na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Alto Alegre, em parceria com a equipe do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e com os Agentes Comunitários de Saúde. O cenário

escolhido para o desenvolvimento deste trabalho foi um salão pertencente à comunidade da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família onde atuamos e onde já ocorriam encontros mensais de moradores com a equipe do CRAS.

### **3.3 Plano de Ação**

As atividades do Plano de Ação foram realizadas nos meses de março a maio de 2013. O plano de ação utilizado foi a descrição dos três encontros de educação em saúde, que realizamos com pessoas com usuários e seus familiares para promover a saúde, os temas foram definidos conforme o desejo e as necessidades do grupo.

No primeiro encontro foi utilizada uma dinâmica de apresentação, formando duplas que, após se conhecerem, apresentavam o colega para todos os outros participantes. Após, foi discutidos os temas dos encontros seguintes e a importância da prevenção e promoção à saúde, sendo que a partir deste momento também foi definido a dinâmica dos próximos encontros de educação em saúde com o grupo de portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, salientamos que a grande maioria dos usuários participantes apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica, por isto este foi o principal tema discutido.

O registro das informações da pesquisa ocorreu através de um diário de campo, junto a coleta de dados, estes foram analisados através da leitura e releitura do diário de campo.

Destaco que por não se tratar de pesquisa, apenas o relato de experiência da utilização da tecnologia de cuidado, educação em saúde, este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

#### **4 RESULTADO E ANÁLISE**

As doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a hipertensão arterial sistêmica, apresentam um aumento considerável nos últimos anos, o que também ocorre no município onde desenvolvemos nossas atividades profissionais como enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção da Básica (SIAB) em 2013 a população cadastrada era de 4521 pessoas, uma prevalência de 10,21% de hipertensos e diabéticos de 2,4%. Todavia ressaltamos uma das dificuldades enfrentadas foi por esta equipe de Saúde da Família estar provavelmente com dados subestimados devido a desatualização dos cadastros das famílias no SIAB.

Foram realizados três encontros educativos, sendo que realizamos reuniões com as equipes de profissionais onde discutimos os motivos e importância de integrar as ações da assistência social com a saúde. Também eram realizadas antes de cada encontro educativo com os usuários planejamento das ações com a equipe do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que desenvolvia anteriormente atividades com este grupo de pessoas.

Antes do início de cada encontro como os usuários arrumávamos a disposição das cadeiras no salão comunitário de forma circular, para que quando os participantes chegassem fossem sentando em círculo, isto facilitaria a proximidade física dos mesmos, não permitindo que procurassem lugar afastados, evitando assim sua auto exclusão, pois não havia cadeiras fora do círculo. Nos encontros educativos geralmente participaram cerca de vinte usuários e seus familiares, dois profissionais integrantes do CRAS e dois Agentes Comunitários de Saúde.

Assim, no primeiro encontro iniciamos com a apresentação dos profissionais e objetivos da integração de atividades das equipes do CRAS e da ESF. Após foi realizada uma dinâmica de apresentação dos integrantes do grupo, onde foram formadas duplas que, após se conhecerem, apresentavam o colega para todos os outros participantes. Nesta apresentação incluíam, além de nome e idade, os interesses, preferências e expectativas de cada um, inclusive as minhas. Sendo que no final apresentei a proposta de trabalho, que teve grande aceitação.

Devido conhecermos os usuário integrantes deste grupos e sabermos que a grande maioria era portador de DCNT, especialmente hipertensos e também devido a necessidade levantada anteriormente pelos participantes junto com a equipe do CRAS, começamos um debate sobre o

que é ter HAS, o que isto significa, e discutimos brevemente alguns cuidados. Durante este debate houve participação ativa dos participantes, que questionaram sobre o que era hipertensão arterial, suas consequências e cuidados, inclusive alguns relataram suas experiências com esta doença crônica.

De acordo com Morim (2000), a informação se for bem transmitida é compreendida, traz inteligibilidade, condição primeira necessária, mas não suficiente para a compreensão. Compreender significa aprender em conjunto, e para isto é necessário perceber o outro não apenas objetivamente, mas como um sujeito com o qual nos identificamos. Enfatiza o referido autor: “Compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade” (p.95).

No segundo encontro o tema foi como viver com HAS. A dinâmica escolhida foi a apresentação de uma música para um exercício de relaxamento e alongamento. Após houve um debate sobre HAS e quais estratégias utilizadas pelos membros do grupo para terem qualidade de vida e promover a saúde.

Como animadora me surpreendia a cada atuação dos integrantes deste processo educativo, pois discutiam o assunto e participavam, não havendo conversas paralelas. Neste sentido, enfatiza Gouveia (2000) a metodologia de Freire permite um desenvolvimento de trabalhos em grupos, onde é possibilitada a troca de experiências, sendo que o indivíduo se nutre do grupo e o grupo cresce pela participação de cada elemento do grupo.

Geralmente no final de cada encontro, de acordo com a solicitação dos usuários feita no primeiro encontro, era realizada a aferição de sua pressão arterial, orientando sobre os limites de normalidade e uso também de medicação. Assim que após a verificação da pressão arterial iniciamos um “baile” onde os integrantes dançaram, esta atividade já era realizada pelos profissionais do CRAS, sendo considerado um momento muito especial pelos usuários e seus familiares.

Cabe ressaltar que muito mais que o expresso em palavras foi aquilo que sentimos. Acredito que houve além, da troca de informações dos envolvidos neste processo o envolvimento, a conquista da confiança mútua, o crescimento pessoal.

Neste sentido, a atualidade exige uma educação em saúde de caráter abrangente, geral, e permanente que estimule a capacidade das pessoas de analisar, de pensar estrategicamente, de planejar e de responder de forma criativa.

Contudo verificamos a necessidade de trocarmos orientações também sobre alimentação, assim que discutimos esta necessidade com os demais profissionais e decidimos juntamente com os demais profissionais abordamos o tema “alimentação saudável”. Assim na terceira vez que o grupo se reuniu, adaptamos a dinâmica do Programa Fantástico da Rede Globo, onde colocamos três mesas com toalhas de cores amarelo, vermelho e verde. Após solicitamos que os participantes do encontro colocassem em cada mesa os alimentos conforme sua opinião de indicação para alimentação saudável. Na mesa verde os mais indicados, na amarela os alimentos que poderiam ingerir, mas com atenção e na vermelha os não indicados.

Sendo que para o encontro levamos diversos alimentos usados pelos integrantes do grupo naquela região do país. Após fizemos um debate sobre suas escolhas explicando os motivos de serem ou não indicados. Contudo, acredito que a dinamicidade dos encontros permitiu a troca de ideias e conhecimentos de forma autêntica, permitindo a expressão de questões pessoais e grupais que condiziam com as reais necessidades dos envolvidos neste processo educativo.

Freire (2004) salienta que educar não é a mera transferência de conhecimentos, mas sim conscientização e testemunho de vida, senão não terá eficácia. Sendo consideradas as práticas e vivências o melhor caminho, já que a educação dificilmente dará conta das múltiplas dimensões envolvidas no ato de participar.

No desenvolvimento destas atividades percebemos que a tecnologia da educação deve fazer com que os educandos, os seres humanos, sintam-se importantes, úteis e responsáveis. E percebemos que respeitando e identificando a contribuição e forma de aprender de cada um, proporcionamos meios que possibilitaram aos usuários e seus familiares realizarem suas escolhas de forma consciente e crítica.

No encerramento das atividades fizemos uma avaliação através de nota de um a dez e papéis para os que quisessem escrever avaliando e sugerindo mudanças, muitos não quiseram escrever e falaram o que acharam das atividades. Através das falas percebeu-se que a participação nestes encontros educativos propiciou o enriquecimento de todos os envolvidos, favorecendo a transformação pessoal e profissional dos mesmos. Colaborou para perceber que os temas selecionados relacionavam-se uns com os outros, de tal maneira que pareciam imbricados, estavam presentes nas várias etapas do processo educativo e no dia-a-dia de todos envolvidos no

processo educativo o que também percebemos através da assiduidade dos usuários que mantiveram-se os mesmos, além de convidarem outros usuários e familiares.

Os depoimentos ratificaram a necessidade de existir um espaço para compartilhar suas ideias sobre as DCNT e momentos de prevenção e promoção da saúde. Esta estratégia de atendimento estabelece a interação entre usuários/famílias/profissionais, através de um ambiente de respeito mútuo e confiança, onde as famílias tem espaço para expressar seus sentimentos e suas dúvidas, solicitando orientações e auxílio.

Verifica-se através deste estudo que é imperativo que os objetivos da educação em saúde sejam formulados a partir do conhecimento da realidade da comunidade. Dessas considerações, pode-se inferir que não existe prática educacional consciente sem a definição clara de objetivos educacionais e que se relacionam com as intenções educativas próprias dos envolvidos neste processo.

Ainda, entende-se que a educação em saúde exige envolvimento por parte dos educadores e as dificuldades devem ser enfrentadas pela equipe em conjunto com a comunidade para que o desafio seja vencido satisfatoriamente, isto é, a educação em saúde para alcançar êxito, precisa envolver o trabalho integrado e em rede.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo oportunizou realizar uma reflexão sobre as transformações que estão ocorrendo na prática dos enfermeiros. Desta maneira, a tecnologia da educação passou a ser um importante objeto da prática na atenção primária de saúde, modificando o modo de atuação dos profissionais.

O estudo possibilitou o meu crescimento pessoal e profissional, principalmente pelo contato com os usuários e seus familiares da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, no sentido que houve um espaço para compartilhar conhecimentos e experiências com as famílias e também com equipe de profissionais do CRAS. Contribuiu também para aprofundar conhecimentos na tecnologia da educação como uma estratégia capaz de provocar mudanças no modelo de atenção à saúde.

Percebermos a realidade vivenciada por alguns usuários e seus familiares, além da satisfação de contarmos com a colaboração e sugestões da equipe do CRAS. Algumas dificuldades foram sentidas através da incompreensão de algumas pessoas e pela falta de recursos financeiros para a aquisição do material para viabilizado da recreação. Frente a esta realidade tivemos que exercitar a imaginação e nos aliar com a literatura específica.

As falas e depoimentos dos entrevistados confirmaram a necessidade de existir um espaço para compartilhar ideias, trocar conhecimento profissional e o conhecimento popular sobre saúde. Neste sentido, percebo que a estratégia Saúde da Família é importante para a implementação da tecnologia da educação, esta propõe uma diferente dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde brasileiros, assim como sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de rede de assistência. Assumindo o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo, resolutiva à população, de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela esta exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Nesta perspectiva, o cotidiano dos indivíduos deve ser pautado como ponto de partida nas ações educativas. Este pensamento é elucidado na visão de Freire (2004) ao considerar que a reflexão do homem face à realidade é fundamental no processo educativo, pois é através da

compreensão da realidade que o homem pode transformá-la e com seu trabalho criar um mundo próprio.

Portanto, os processos educativos são espaços de relações interativas, de trocas e mudanças que acontecem em diversos níveis do saber e com as pessoas entre si, sejam elas educadoras ou educandas. E o sentir-se aprendiz, não é somente atitude de alguns momentos em nossas vidas, mas deve ser uma conquista constante no desenrolar do nosso cotidiano.

Todavia, um dos caminhos para que isso ocorra é os profissionais de saúde propiciar aos educandos recursos necessários à compreensão e à intervenção de sua prática cotidiana, local e global. No interior dessa concepção, o ser humano emerge como fonte de iniciativa (na medida em que é dele que parte a ação), de liberdade (uma vez que na raiz de suas ações está uma decisão consciente) e de compromisso (manifesto em sua disposição de responder por seus atos).

## REFERÊNCIAS

ALVES, Rubens. Estórias de quem gosta de ensinar. São Paulo: Cortez, 1984.

BRANDÃO, Carlos Eduardo. A educação popular na área da saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. A saúde na palavra e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Avaliação de tecnologias em saúde: seleção de estudos apoiados pelo Decit. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 116 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_tecnologias\\_saude\\_decit.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_decit.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2012.

Censo Demográfico de 2010 do IBGE. Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat) Acesso em 07/08/2013.

FREIRE, Paulo Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. Rev. Latino-am Enfermagem. v. 15, n. 4, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692007000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 27 jun. 2013.

GOUVEIA, Regina Maria Cortez. Os enfermeiros dos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde construindo o ser mais por meio dos círculos de cultura. Orientadora Maria de Lourdes Centa. (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curitiba: UFPR/UFSC, 2000.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol. Serv. Saúde. v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Trad. Catarina Eleonora F. Da Silva e Jeane Sawaya. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000 – 93p.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

REIBNITZ, Kenia Schimdt; Amante, Lucia Nazareth; Ramos, Flavia Regina Souza et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado de Enfermagem: Desenvolvimento do Processo de Cuidar. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 49p.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2001 - 336p.