

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do pet - vigilância em saúde

Patients' perception of groups on health education of pet health surveillance

Percepción de usuarios sobre grupos de educación para la salud pet - vigilancia en salud

Bruna Riechel Strehlow ¹, Letícia Dahmer ², Tiago Bittencourt de Oliveira ³, Rosane Teresinha Fontana ⁴

ABSTRACT

Objective: to describe the perceptions of patients about groups of health education PET - Health Surveillance. **Method:** data were collected during the first half of 2014, through interviews with hypertensive and/or diabetics patients from the groups of health education conducted in a municipality in the northwest of the state of Rio Grande do Sul. Data were analyzed using analysis technique of the content of the interventions, by thematic analysis. The results were grouped into categories for analysis. **Results:** it was found that participants assess the activities as good or excellent. **Conclusion:** health education for the prevention of the complications of these disorders, as well as investments in the health sector actions toward these users, are strategies for achieving a better quality of life. **Descriptors:** Health education, Hypertension, Diabetes mellitus, Primary health care, Qualitative research.

RESUMO

Objetivo: descrever as percepções dos usuários acerca dos grupos de educação em saúde do PET - Vigilância em Saúde. **Método:** os dados foram coletados, durante o primeiro semestre de 2014, mediante entrevistas com usuários hipertensos e/ou diabéticos dos grupos de educação em saúde realizados em um município no Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram analisados por meio de técnica de análise do conteúdo das falas, na modalidade de análise de temática. Os resultados foram agrupados em categorias de análise. **Resultados:** constatou-se que os participantes avaliam as atividades como boas ou muito boas. **Conclusão:** a educação em saúde para a prevenção das complicações destas patologias assim como investimentos do setor da saúde em ações para estes usuários são estratégias para alcançar uma melhor qualidade de vida. **Descritores:** Educação em saúde, Hipertensão, Diabetes mellitus, Atenção primária à saúde, Pesquisa qualitativa.

RESUMEN

Objetivo: describir las percepciones de los usuarios acerca de los grupos de PET educación para la salud. **Método:** los datos fueron recolectados durante el primer semestre de 2014, a través de entrevistas con los usuarios hipertensos y/o diabéticos de grupos de educación para la salud llevado a cabo en un municipio en el noroeste del estado de Rio Grande do Sul. Los datos fueron analizados utilizando la técnica de análisis del contenido de las intervenciones, en forma de análisis temático. Los resultados se agruparon en categorías para el análisis. **Resultados:** se encontró que los participantes evalúan las actividades como buenas o muy buenas. **Conclusión:** la educación sanitaria para la prevención de las complicaciones de estos trastornos, así como las inversiones en las acciones del sector de la salud hacia estos usuarios son las estrategias para lograr una mejor calidad de vida. **Descriptor:** Educación para la salud, Hipertensión, Diabetes mellitus, Atención primaria de la salud, Investigación cualitativa.

1 Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- campus Santo Ângelo/RS. E-mail: brunariechel@hotmail.com 2 Graduada em Farmácia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- campus Santo Ângelo/RS. E-mail: leticia.dahmer@hotmail.com 3 Farmacêutico. Mestre em Farmácia. Departamento Ciências da Saúde. Professor nos cursos de Farmácia e Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS. E-mail: tiagofarm@gmail.com 4 Doutora em Enfermagem. Professora dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e Educação - URISAN/RS. E-mail: rfontana@santoangelo.uri.br

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, o modelo de educação em saúde alicerça-se no modelo biomédico, ou seja, focado no conceito de saúde como ausência de doença.¹ A atividade educativa, historicamente, se notabilizou como uma prática normalizadora, com um discurso higienista e com a finalidade de controlar e prevenir doenças, contexto inspirado por uma concepção de educação baseada na transmissão e reprodução de conhecimentos, sem uma reflexão crítica, em uma condição de passividade do educando, o qual tinha pensamento e ação controlados pelo educador.² Mas a educação em saúde contemporânea envolve mais do que a mera informação, é um instrumento de promoção da saúde,³ alicerçada no empoderamento, no protagonismo, na cogestão como meios para o alcance de melhores condições de vida e bem-estar, com foco nos determinantes e condicionantes de saúde.

Sendo assim, é necessário advertir que as atividades de educação em saúde devem ser dialéticas e ir ao encontro das necessidades dos usuários. O modelo dialógico recomenda “a construção do conhecimento pela conversação, pelo respeito às ideias e saberes, no qual o educador e o educando assumem papel ativo no processo de aprendizagem”, fortalecendo a cidadania deste, na medida em que o considera como ser singular, livre e participante de suas aprendizagens. As classes populares têm um saber próprio acerca das doenças e seus processos de cura. Este saber é respeitado, na medida em que é congregado de forma horizontal entre profissionais de saúde, os mediadores ou facilitadores, por meio de um colóquio educativo.⁴

Neste contexto, podemos destacar as ações de educação em saúde prestadas aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* de uma comunidade, visto que são doenças limitantes e até incapacitantes, de morbimortalidade significativa. Conforme dados não publicados da Secretaria de Saúde do município em estudo, existem em torno de 4000 usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados.

Na América Central e do Sul, a prevalência de diabetes *mellitus* é de aproximadamente 26,4 milhões de pessoas e, para o ano de 2030, estima-se que a diabetes *mellitus* alcance 40 milhões de indivíduos.⁵ Neste panorama, podemos ressaltar que, a taxa de mortalidade de diabetes *mellitus* no estado do Rio Grande do Sul aumentou no período de 1996 a 2009.⁶ Dados de 2010 apontam que a hipertensão arterial sistêmica apresenta prevalência de 22% a 44% em adultos, 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e de 75% nos usuários acima de 70 anos de idade.⁷

Assim, é importante lembrar que a educação em saúde realizada nos grupos destinados a orientar e socializar saberes para a promoção da saúde e a prevenção de agravos, aliada à alimentação saudável, à prática de exercícios físicos e ao uso correto dos medicamentos,

ajuda a manter em equilíbrio os níveis pressóricos e de glicemia, dos usuários hipertensos e diabéticos. O caderno de Atenção Básica sobre Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Hipertensão ressalta que a assistência ao portador desta patologia aborde o processo de envelhecimento, a mudança dos hábitos de vida, como o uso de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas e a inatividade física, as complicações da doença e os medicamentos em uso.⁸ Assim, o grande desafio é realizar a sensibilização destas pessoas, para que participem efetivamente de atividades de educação em saúde.

Não podemos negligenciar que as atividades de educação em saúde são integrantes das políticas públicas na Atenção Básica em Saúde, pois os poderes públicos, em todas suas três instâncias, preconizam a Educação em Saúde e a Promoção da Saúde nos diversos documentos por eles elaborados.⁹

De encontro a isso, a proposta dos grupos de educação em saúde realizados pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Vigilância em Saúde (PET/VS) - visa à interdisciplinaridade dos saberes, ou seja, cursos da área da saúde trabalhando juntos para alcançar a integralidade do cuidado ao usuário portador de diabetes e/ou hipertensão. O eixo trabalhado pelo PET/VS foi a 'Educação em saúde interdisciplinar: uma proposta de redução da morbimortalidade nas doenças crônicas não transmissíveis'.

O referido programa tem como objetivo principal a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho por meio de uma reorientação da formação profissional dos acadêmicos dos cursos da área da saúde. O PET constitui-se como um "instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS)".¹⁰ Assim, o objetivo geral desta pesquisa foi descrever as percepções dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do PET/VS. O estudo se justifica na medida em que contribui para refletir sobre as ações que estão sendo desenvolvidas nos grupos de hipertensos e diabéticos, de modo a qualificar o cuidado em saúde aos usuários, oportunizando meios para a melhoria da qualidade de vida destes sujeitos. Além disso, favorecendo experiências inovadoras aos acadêmicos, tem-se a perspectiva de melhoria da formação, do fortalecimento da cidadania, contribuindo para a transformação das práticas com ênfase na promoção da saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, pois aborda as características de pessoas, situações ou grupos¹¹, e de abordagem qualitativa, visto que se aplica ao estudo de representações sociais, crenças, frutos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam.¹²

O estudo foi realizado com usuários dos grupos de educação em saúde realizados pelo PET/VS em um município situado no noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A população deste município, de acordo com o censo 2010, totaliza 76.275 habitantes.¹³ O critério de inclusão da pesquisa era participar dos grupos desde o primeiro encontro. Os critérios de exclusão era não participar do grupo frequentemente ou se a inclusão era recente. Os grupos começaram a ser desenvolvidos no mês de agosto de 2013, com periodicidade semanal.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os participantes, realizadas nos meses de junho e julho de 2014. O formulário utilizado para a entrevista era composto por perguntas abertas para que o entrevistado tivesse a possibilidade de falar sobre o tema.¹² Foi utilizado um gravador para registrar as falas dos participantes, possibilitando, assim, o registro fidedigno das informações.

As perguntas que nortearam o estudo foram: (1) Para o senhor (a), como foi participar de um grupo de educação em saúde?; (2) Como os grupos aconteciam?; (3) O que mudou na sua vida após participar do grupo de educação em saúde? Houve benefícios para a sua vida? Quais?; (4) Como o(a) senhor(a) avalia esse tipo de atividade?

Os dados das entrevistas foram analisados mediante análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de significado de uma comunicação. Foram percorridas as três etapas da análise temática: na pré-análise, o pesquisador teve “contato direto” com o material de campo, mediante leitura exaustiva e organização dos dados. Na segunda etapa, com a exploração do material, buscou-se codificar e elaborar categorias sobre expressões ou palavras significativas sobre as quais o conteúdo de uma fala será organizado. E, por fim, o pesquisador realizou “interpretações”, fundamentando-as com leitura científica.¹²

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai, campus de Santo Ângelo/RS, sob parecer nº 445.493, de novembro de 2013. Aos sujeitos que aceitaram participar, foi solicitado que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Preservou-se a identidade e o anonimato dos sujeitos, adotando-se os codinomes P1, P2, P3 e assim sucessivamente para identificá-los.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com oito participantes dos grupos de educação em saúde, sendo cinco homens e três mulheres. A faixa etária dos participantes era de 55 aos 80 anos de idade. O nível de escolaridade predominante era ensino fundamental incompleto.

Diante da análise, foram elencados os seguintes temas: A dinâmica dos grupos e a satisfação dos usuários e Avaliação da vivência na percepção do usuário.

A dinâmica dos grupos e a satisfação dos usuários

Os grupos foram realizados semanalmente e tinham duração de uma hora, com a participação integrada de acadêmicas dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Educação Física e Psicologia. Os assuntos abordados nos grupos versavam sobre diabetes e hipertensão, alimentação saudável, exercício físico, uso de medicamentos, autoestima, entre outros.

Os encontros foram baseados na metodologia de rodas de conversa ou “círculos de cultura” em que foi instigada a participação dos integrantes no grupo. Os participantes eram convidados a participar do diálogo proposto sempre organizado por regras que foram estabelecidas, coletivamente, nos encontros iniciais. As bolsistas do projeto davam início ao encontro com um questionamento, notícias, situações do cotidiano que tinham o intuito de inserir o assunto que seria abordado naquele momento. Os assuntos deveriam ser abordados dentro do tempo estimado, porém de forma abrangente e esclarecedora em que todos tivessem a oportunidade de fala, questionamentos e esclarecimentos pertinentes.¹⁴ Esta maneira de trabalhar os grupos foi escolhida para que fosse possível a participação ativa dos usuários nos encontros, bem como a troca de experiências e saberes entre os mesmos. Brandão¹⁵ refere que “no círculo de cultura” o diálogo deixa de ser uma simples metodologia ou uma técnica de ação grupal e passa a ser a própria diretriz de uma experiência didática centrada no suposto de que aprender é aprender a “dizer a sua palavra”. Ele se alicerça em relações dialógicas, abordagens e concepções ainda tímidas em alguns cenários de produção em saúde.

Nas atividades dos grupos, também eram aferidos a pressão arterial e a glicemia de todos os pacientes e uma vez por mês os pacientes eram pesados. As aferições foram uma referência para os participantes e auxiliaram na concretização da coparticipação dos usuários no monitoramento de sua pressão e glicemia, atribuindo ao usuário protagonismo e cogestão das suas necessidades de saúde, além de que serviu como estímulo para a presença no encontro.

As aferições foram uma espécie de ‘barganha’, ou seja, o usuário participava de alguma atividade para obter ‘recompensas’. Assim, os pacientes que participavam do grupo recebiam os exames, porém, destaca-se que, diferente de algumas práticas tradicionais de cunho biomédico, apenas informativo, foi uma estratégia pensada para a redução de consultas e medicamentos, vislumbrando-se a prevenção de agravos, a partir da troca de saberes entre equipe e usuários do serviço, discutindo-se, coletivamente, o cotidiano destes sujeitos e a associação com a maximização ou minimização de sinais e sintomas.

Acredita-se, também, que esta atividade favoreceu a consciência crítica dos participantes, na medida em que oportunizou manifestar omissões, dificuldades de acesso e resolutividade no processo de produção de saúde do serviço. Para que anseios por transformação se tornem aplicáveis à realidade, é imprescindível harmonizar espaços de reflexão, individual e coletiva “a partir de questionamentos e planejamento estratégico, resgate de valores, busca por conhecimentos, trabalho, emancipação ideológica e determinação profissional”.¹⁶

Horário também é uma variável que não pode ser negligenciada. Em uma experiência realizada com a participação popular na gestão da ESF, em duas comunidades do município de Campina Grande, Paraíba, foi observado, na percepção dos profissionais de saúde, que o

horário e a periodicidade dos grupos educativos eram fatores que inibiam ou dificultavam a participação dos usuários nas atividades educativas.¹⁷ A participação ativa no grupo contribuiu no planejamento e desenvolvimento das atividades visando atender permanentemente as necessidades e perspectivas nos participantes desse tipo de atividade.¹⁸

Vale ressaltar que os grupos não trazem benefícios somente para os usuários portadores das doenças crônicas mas também para os bolsistas, que desempenhando atividades extracurriculares têm a possibilidade de crescimento pessoal e uma visão mais abrangente da sua futura profissão, pois aprimora suas habilidades técnicas, desenvolve valores, facilita suas relações interpessoais e auxilia no desenvolvimento de profissionais mais completos.¹⁹ Citando como exemplo os hábitos dos usuários, identificou-se que os cuidados com a alimentação e a prática de exercícios físicos, fatores determinantes para o controle da doença, não são praticados pela maioria dos participantes dos grupos, semelhante ao outro estudo.²⁰ Neste sentido, emergem possibilidades para que os estudantes busquem conhecimentos para alicerçar as rodas de conversas, exercitem a interdisciplinaridade, fortalecendo seu crescimento enquanto acadêmico. Pelas falas, depreende-se que o campo é fértil para a construção do conhecimento, também, do estudante.

A reunião é semanal, sempre com os estudantes trazendo as informações, tanto a parte de enfermagem como farmácia e educação física. Então é importante que pra nos dessa maneira e importante para os profissionais terem um primeiro contato com as pessoas com problemas de saúde, como esta doença, o diabetes. Desta maneira que eu vejo, que é importante para o universitário, que amanhã ou depois está formado, ele já tem um contato, já tem uma ideia de como que é isto. Já vai pra farmácia, já sabe um monte de coisas. O teste da glicemia é feito todo o dia que tem reunião, medido a pressão arterial. Também é feito outros procedimentos como medida de peso, altura, para ver a questão de que estão cuidando bem de cada caso da diabetes, alimentação e o físico. (P7)

O meu problema é a diabetes. Acredito que junto com o acerto da medicação pelo médico e esse auxílio que com certeza, eu consegui finalmente ficar dentro das medidas que precisa ser e ainda que não 'to' 100% disciplinado para tudo né. Não faço a educação física que tem que fazer né. Que ainda faz parte de atingir as metas, que eu não fiz isso. Muita gente hoje sabe que tá com o problema de diabetes, as vez quando dá um infarto, as vezes nem sobra nada né, nem tem chance de tratar, porque não sabe. Se cada cidade fizesse isso, pra medir do povo em geral. Porque alguns vão descobrindo nesse processo. E o pior de tudo é que a diabetes é uma doença silenciosa e que quando percebe já deu, né. (P7)

As falas permitem inferir que os participantes ficaram plenamente satisfeitos com os grupos de educação em saúde realizados pelo PET/VS. Citaram os benefícios de seguir as orientações dos acadêmicos.

'Pra' mim foi muito bom, me ajudou bastante assim. Na minha saúde mesmo, eu emagreci bastante, porque a gente tem o controle da alimentação. Sempre pesavam e mediam a cintura. Num ano eu perdi 10 kg, de abril do ano passado até este. E estou procurando perder mais peso. (P2)

Ah foi bom, esclarecedor, a gente tira muita dúvida, coisas que jamais imaginei. Muitas vezes a gente ocorre um problema de saúde porque a gente não tem uma orientação. Ai eu esclareci muitas dúvidas. 'To' seguindo as orientações de vocês". (P5)

Antes não existia, agora tá acontecendo e tá bom. Muita atenção das gurias. E eu gosto muito, não venho só quando não posso. 'To' gostando, tá muito bom. Os assuntos são sobre alimentação, saúde, remédios, essas coisas. (P6)

Os participantes relataram que, após participarem dos grupos, começaram a cuidar mais de sua saúde. Infere-se que os participantes dos grupos de educação sentem-se mais capacitados para cuidarem de sua saúde, uma vez que já conhecem as complicações e os riscos das doenças, estando aptos, portanto, à promoção de sua própria saúde.² Grupos de promoção à saúde são concebidos como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida da população.²¹

O que mudou é que eu me controlei e melhorei da diabetes, podia tá muito pior, melhorei grande coisa. Benefícios? Ih, ai eu me cuidei. Quando eu cheguei aqui, eu 'tava' com 330 de diabetes e agora 'to' com 108. É uma grande coisa. A pressão tá boa. A gente aproveitou e se cuidou. A gente 'tava' meio sem se cuidar das coisa, né. (P3)

Os grupos de educação em saúde beneficiam a saúde dos participantes, visto que as dinâmicas dos encontros transformam o conhecimento das pessoas, incentivam a adoção de novos hábitos de vida que auxiliam no controle das patologias crônicas, atuando como um instrumento capaz de desenvolver o juízo crítico e a capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas.^{9,20,21}

Apesar de alguns estudos demonstrarem que o aumento do conhecimento e a modificação de atitudes não são suficientes para a melhora da glicemia e/ou redução do peso, é de extrema importância que ocorra a adesão à dieta, à atividade física, entre outros hábitos, para que esses índices realmente sejam melhorados. Assim, os grupos contribuem

para que os usuários sejam encorajados a seguir as orientações socializadas nos encontros educativos a fim de que, desta forma, o controle terapêutico seja satisfatório.²⁰

Pode-se argumentar que uma pedagogia de transmissão, utilizada em muitas atividades educativas, pode proporcionar à população o conhecimento produzido cientificamente, podendo ampliar informações e conhecimentos já existentes; no entanto, a aplicação prática do conhecimento a sua realidade pode ser dificultada pela sua postura passiva durante o processo de aprendizagem. Neste contexto, pode-se perder uma das principais finalidades da educação em saúde, a de possibilitar a aplicação desses conhecimentos ao cotidiano dos participantes.^{2,22} Pensando nisso, o presente trabalho tentou atuar de maneira mais inclusiva, colocando o usuário no centro das ações.

O uso da concepção pedagógica participativa e dialógica foi fundamental para o perfil dos participantes deste estudo, visto que, por muito tempo, assumiram uma condição de sujeito passivo. Por meio da prática educativa “problematizadora”, intentou-se à promoção do diálogo entre estudantes e usuários, à autonomia cidadã e ao estímulo a estes sujeitos para a adoção de uma postura ativa em seus ambientes políticos e sociais. Desafiadores, o diálogo e a problematização incitam a reflexão crítica dos sujeitos, fortalecendo as práticas educacionais em saúde.¹⁶ Diante da imersão no diálogo, como fenômeno humano, depara-se com palavra e, ao transformá-la como algo mais do que um meio para o diálogo, extrai-se dela duas dimensões: ação e reflexão. “Não há palavra verdadeira que não seja práxis”.²³

É importante considerar certos princípios defendidos por Paulo Freire, como a crítica à educação simplesmente depositária ou bancária. A problematização utilizada na educação popular em saúde como forma de incitar para a discussão e apreensão de saberes, situação que empodera os sujeitos por meio do conhecimento e torna-os cidadãos livres para escolher, deliberar, tornando-se coprodutores de sua saúde, evoluindo da posição de “paciente” para a posição de sujeito crítico e copartícipe de sua saúde.²⁴

Vale lembrar que grande parte dos participantes dos grupos de educação desenvolvidos pelo PET/VS e os participantes deste estudo são idosos. Alguns deles relataram que os grupos são um motivo para sair de seus lares. Outra pesquisa corrobora com este dado, visto que fica evidente nas falas que a participação no grupo é vista com uma atividade de lazer, pois eles mantêm contato com os outros participantes.²⁵

Olha mudou na minha vida, que eu tenho uma coisa para me distrair quarta-feira que 'to' sempre aqui. Eu gosto de vir, já que eu moro sozinho né e aqui é um entretenimento pra mim. Vê tudo e explicarem tudo pra mim. Eu vejo que pra mim é um passatempo. Gostei de todas que vieram aqui, tem umas que não vem mais e outras que vieram. Benefícios: 'to' mais alegre, mais vivido, mais melhor. (P4)

Os participantes dos grupos de educação para diabéticos e hipertensos de um estudo relataram que os grupos não focavam somente nas patologias, e sim em questionamentos diversos.²⁶ Os grupos de promoção a saúde devem atuar no campo comunitário abrindo possibilidades para as ciências da saúde e do homem, ações que vão além do simples objetivo de combater as doenças dos indivíduos. Estes deverão ser somadas à tarefa da preocupação

com a própria identidade da pessoa humana na busca do grau mais elevado possível de saúde física, mental e social para si e para a sociedade em que vivem.²¹

Ah eu ficava muito em casa, não tinha muito de sair. E agora pra mim é muito bom, porque além de eu estar aprendendo, eu 'to' me comunicando com as pessoas, bem melhor né. Benefícios: 'to' me desenvolvendo mais, a gente fica muito sozinha, assim a gente vai no grupo para conversar e ainda aprender as coisas. (P6)

Os relatos dos participantes do estudo evidenciam que os grupos coletivos podem intervir positivamente na vida dos indivíduos, uma vez que estão se socializando e participando ativamente de um processo de aprendizagem, como é caso dos grupos de educação em saúde, o que contribui para um envelhecimento que preserve o desenvolvimento do idoso.¹⁸

Avaliação da vivência na percepção do usuário

O grupo é visto como um importante instrumento na formação de vínculo com os usuários.²⁷ E o vínculo permite que o usuário tenha confiança no profissional compartilhando seus sentimentos com este. As tecnologias leves, tais como acolhimento, escuta, vínculo, são fundamentais para o sucesso das práticas de saúde, considerando que favorecem a interação entre os sujeitos.

Eu acho que é muito bom né, porque a gente tem mais conhecimento das coisas, como é. Porque antes a gente muitas vezes não valorizava muito né assim, como que é tal coisa, como tu pode se cuidar, o que tu pode usar para melhorar na tua saúde. Os exercícios também né. Então tudo isso foi muito proveitoso. O conteúdo era muito bem passado. Eu tenho agradecer a vocês, porque é mais conhecimento para as pessoas que a gente tem. Porque a gente chega aqui é sempre muito bem recebido da parte de vocês. (P2)

Tal discurso identifica a importância do acolhimento realizado entre as acadêmicas bolsistas e os participantes dos grupos de educação em saúde. O acolhimento visa garantir o acesso a todos os usuários, garantindo a resolução de problemas e a referência, se necessário.²⁷ Os grupos colaboram para a autonomia e independência de seus participantes, assim como no seu bem-estar físico e mental.²⁵

Acho muito bom, a gente está se desenvolvendo, aprendendo muita coisa na saúde pra tudo né desenvolvendo até na memória, eu tenho problema na memória né. (P6)

Boa, como excelente. Vocês já estão fazendo um trabalho acadêmico e ao mesmo tempo prestando um serviço à sociedade. Esse programa

tem que intensificar, é muito bom. E vocês vêm fazendo isso bem, com sucesso, tranquilo, tendo paciência, as vezes tem uns mais devagar. Vocês têm tido a paciência necessária. Às vezes vocês trazem um tema para desenvolver e nos falamos demais, às vezes não dá pra passar o conteúdo. (P7)

Cabe destacar que alguns autores têm relatado a baixa frequência das atividades de educação em Saúde desenvolvidas nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e, quando trabalhadas, tem sido de maneira verticalizada, com temas prontos, permitindo pouco ou nenhuma interação com os usuários. Possivelmente, isto não ocorre na prática devido ao despreparo e desmotivação dos profissionais de saúde perante as exigências de mudança do paradigma hegemônico.^{2,9} A presente experiência estimulou a quebra desse paradigma e foi feita a partir das reflexões e construções coletivas, de acadêmicos, professores dos cursos da saúde e usuários. Certamente, o principal entrave para o desenvolvimento de uma educação em saúde de forma dialógica/problematizadora é a deficiência na formação do profissional da saúde acerca desta prática.

É possível praticar educação em saúde por meio da dialogicidade, do lúdico, da livre expressão, do respeito pela diversidade, mesmo sob 'oposição' de muitos profissionais. Esse modelo dialógico recomenda a construção do conhecimento pela conversação, pelo respeito às ideias e saberes, em um movimento de protagonismo do educador e do educando, ambos utilizando sua bagagem crítico-reflexiva da realidade. Embora ainda constitua um grande desafio à área da saúde, tendo em vista que nem todos os profissionais de saúde foram educados/formados para exercê-la na sua prática,^{4,24} acredita-se na possibilidade da evolução. Das práticas, da hegemonia do saber, do processo de educar para a saúde.

CONCLUSÃO

Constatou-se que os participantes avaliam as atividades como boas ou muito boas. Identificou-se, também, que os participantes estão conseguindo modificar seus hábitos de vida diários. Porém, sabe-se que há muitos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* neste município, por isso é necessário realizar uma sensibilização para estimular a participação nos grupos de educação em saúde.

Portanto, a educação em saúde, assim como investimentos no setor em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde dos usuários são estratégias para alcançar uma melhor qualidade de vida. O PET/VS tem buscado promover ações interdisciplinares no intuito de contribuir para sua efetivação de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Colome JS, Oliveira DLLC. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2012; 21(1):177-84.
2. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface comun.saúde educ.* 2012; 16(41):315-32.
3. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc. saúde Coletiva.* 2011; 16(1):1547-54.
4. Fontana RT, Brum ZP, Santos AV. Health education as a strategy for healthy sexuality. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (online).* 2013; 5(4):529-36.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em 8 mai. 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Rio Grande do Sul / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. - 5. ed. - Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2011.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Rev. bras. hipertens.* 2010. 17(1): 1-64.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>.
9. Rodrigues D, Dos Santos VE. A educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. *J. Health Sci. Inst.* 2010. 28 (4): 321-24.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>.
11. Polit D, Beck CT, Sales DR. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2011.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>.
14. Rena LCCB. Educação em saúde: construindo uma pedagogia do cuidado na escola pública. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. In: I Congresso Internacional de Pedagogia Social. 2006. Mar. Universidade de São Paulo; São Paulo (SP), Brasil. Disponível em: <

http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000092006000100029&script=sci_abstract >.

15. Brandão CR, Círculo de Cultura. In: Streck RD, Redin E, Zitkoski JJ, editores. Dicionário Paulo Freire. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2010.
16. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Rev. bras. enferm. 2010. 63(4): 567-73.
17. Lacerda WA, Santiago IMFL. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. Rev. Katálysis. 2007. 10 (2): 197-205.
18. Tavares DMS, Dias FA, Munari DB. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. Acta paul. enferm. 2012. 25 (4): 601-06.
19. Fior CA, Mercuri E. Formação universitária e flexibilidade curricular: importância das atividades obrigatórias e não obrigatórias. Psicol. educ. 2009. 29: 191-215.
20. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. Rev. Saúde Pública, 2009. 43 (2): 291-98.
21. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev. Saúde Pública. 2006. 40 (2): 346-52.
22. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev. bras. enferm. 2010. 63 (1): 117-21.
23. Freire P. Pedagogia do oprimido. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
24. Brum ZP, Fontana RTF. A educação em saúde fundamentada em Paulo Freire: uma reflexão sobre as práticas do enfermeiro. In Anais do XVI Fórum de Estudos: Leituras de Paulo Freire. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, 2014 mai 22-24; Santo Ângelo (RS), Brasil. Rio Grande do Sul; 2014. p. 130-138.
25. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. Saúde Soc. 2010. 19 (4): 878-88.
26. Fernandes MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2011. 16 (1): 1331-40.
27. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. Rev. esc. enferm. USP. 2009. 43 (2): 358-64.

Recebido em: 13/11/2016
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 08/01/2016
Publicado em: 03/04/2016

Endereço de contato dos autores:
Tiago Bittencourt de Oliveira, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI, Campus de Santo Ângelo, Departamento de Ciências da Saúde, Av. Universidade das Missões, nº 464, CEP 98802-000, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: tiagofarm@gmail.com