

de Freitas Mendonça, Fernanda; de Fátima Polo de Almeida Nenes, Elisabete
AVALIAÇÃO DE GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS COM
DOENÇAS CRÔNICAS

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 13, núm. 2, mayo-agosto, 2015, pp. 397-409
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756980005>

AVALIAÇÃO DE GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

EVALUATION OF EDUCATION IN HEALTH GROUPS FOR PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES

EVALUACIÓN DE GRUPOS DE EDUCACIÓN EN SALUD PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Fernanda de Freitas Mendonça¹Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes²

Resumo O objetivo do estudo foi caracterizar os grupos de educação em saúde realizados para hipertensos e diabéticos de Campo Mourão, no Paraná. Trata-se de um estudo quantitativo realizado com 121 profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se um formulário com variáveis de caracterização e de avaliação, como a realização de grupos com a comunidade, os assuntos discutidos, os profissionais participantes, sugestões e dificuldades. Os resultados revelaram que 70% das unidades oferecem grupos de educação em saúde, contudo estão focados em temas curativistas. Os profissionais que se mostraram mais envolvidos foram os agentes comunitários de saúde e os enfermeiros. Apesar de os grupos apresentarem uma configuração que necessita de mudanças para melhor promover a educação em saúde, foram poucos os profissionais que reconheceram a importância de se promoverem alterações nos grupos. É fundamental que os profissionais da equipe de saúde da família sejam capacitados para perceberem que o processo de educação em saúde não se limita à transferência de informações, mas inclui a construção compartilhada de saberes entre o usuário e o profissional de saúde.

Palavras-chave educação em saúde; diabetes *mellitus*; hipertensão arterial.

Abstract The study aimed to characterize health education groups conducted for hypertension and diabetes patients in Campo Mourão, Paraná, Brazil. This is a quantitative study conducted among 121 professionals with ties to the Family Health Strategy. The researchers used a form containing descriptive and evaluation variables, like the holding of groups with the community, issues discussed, professionals participating, suggestions, and issues. The results showed that 70 percent of the units offer health education groups; however, such groups are focused on curative themes. Professionals who were involved most were community health workers and nurses. Although group setup should be changed in order to better promote health education, few professionals recognized the importance of making such changes. It is essential that family health team professionals are trained to realize that the health education process is not limited to the transfer of information, rather that it includes the shared construction of knowledge between the user and the health provider.

Keywords health education; diabetes *mellitus*; hypertension.

Introdução

No Brasil, atualmente as doenças crônicas que merecem mais destaque são a hipertensão arterial (HA) e o diabetes *mellitus* (DM), por constituírem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que representam a principal causa de óbitos no país. Além disso, a possibilidade de associação das duas doenças já supera 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias numa mesma pessoa (Brasil, 2001).

Nesse sentido, no campo da atenção básica é preciso inovar e não se restringir a intervenções tradicionais, sobretudo pelo fato de que o modelo de prática clínica centrada na dimensão biomédica e com olhar dirigido apenas para a doença é pouco eficiente (Brasil, 2001; Bury, 2001). Assim, para maior efetividade da atenção às pessoas com HA e DM, torna-se fundamental que a prática clínica assuma uma dimensão dialógica, interativa e cuidadora (Kleinman, 1988). É nesse contexto que os serviços de saúde têm enfatizado o trabalho com grupos como uma estratégia de educação em saúde (Soares e Ferraz, 2007). A educação em saúde neste artigo é entendida como um processo dinâmico que propõe a reflexão crítica de indivíduos ou comunidade sobre seus problemas de saúde, a fim de se constituírem como sujeitos ativos, ou seja, desenvolverem sua capacidade de serem corresponsáveis pelo processo saúde-doença, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população, e não somente o conhecimento científico (Falkenberg et al., 2014; Besen et al., 2007).

É exatamente em razão dessa concepção de educação em saúde que o grupo se torna uma ação estratégica, pois trabalhar em grupo implica a existência de vínculos entre os membros, comunicação, objetivo comum, relações de interdependência e existência de afetos entre os participantes. Há abertura para processos criativos, pois permite a interação com os outros, é uma tendência que combina a hierarquia com a totalidade dos diferentes membros do grupo (Guattari, 1981).

Na literatura atual, vários estudos relatam os benefícios a partir da introdução dos grupos no projeto terapêutico de pessoas com HA e DM (Favoreto e Cabral, 2009; Silva et al., 2006; Paulo Silva, Rotemberg e Vianna, 2004; Torres, Hortale e Schall, 2003). Entre os benefícios mencionados por tais estudos, destacam-se a construção de conhecimentos de forma inovadora, a maior relação com o usuário e a troca de experiências comuns, o desenvolvimento de diálogos entre os portadores de doenças crônicas e a diminuição dos índices de glicemia capilar, níveis pressóricos e demanda pelas consultas médicas.

Contudo, nem todos os serviços de saúde se encontram preparados para atuar nessa lógica. O estudo de Pereira e colaboradores (2007) revela o insucesso de uma atividade de grupo em decorrência de se basear na concepção

bancária de educação em saúde, isto é, de transmissão de conhecimento técnico, sem interagir com o saber popular, em que as demandas eram geradas pelos profissionais e não pelos participantes. Da mesma forma, no estudo de Sales (2008) é revelado que há entre a população e os profissionais uma falta de diálogo, que acaba por criar um desgaste, gerando um sentimento de negatividade tanto entre os profissionais quanto entre os usuários dos grupos.

Diante dessa dualidade, é fundamental conhecer a forma como os grupos se organizam e quais seus propósitos, no intuito de construir caminhos que contribuam para a efetivação dos grupos como espaço de construção de corresponsabilidades. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi avaliar as atividades de grupo de educação em saúde para pessoas com HA e DM.

Material e métodos

Este artigo é resultado de uma tese de doutorado cujo objetivo foi analisar o grupo de educação em saúde desenvolvido pelas equipes de saúde da família (ESFs) como espaço de constituição de sujeitos corresponsáveis. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: a primeira utilizou a abordagem quantitativa, e a segunda, uma abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado no município de Campo Mourão, localizado na região centro-oeste do Paraná, com uma população de 87.194 habitantes (IBGE, 2010). Nessa localidade, a rede de serviços de atenção básica contava com dez unidades básicas de saúde (UBSs). Essas dez UBSs totalizavam 16 equipes: sete de saúde da família (ESFs) e nove de saúde da família e saúde bucal (ESFSBs). As ESFs eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs). Já as ESFSBs contavam com o auxiliar de saúde bucal e o cirurgião-dentista, além dos profissionais que compõem a equipe mínima de ESF. Havia também outras categorias profissionais que apoiavam as equipes de saúde da família, tais como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e educador físico. Os sujeitos da pesquisa foram todos profissionais que atuavam nas 16 equipes de saúde da família distribuídas nas unidades básicas de saúde presentes no município.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário com variáveis de caracterização. Questionou-se se na UBS havia a organização de grupos; caso não houvesse, perguntava-se sobre os motivos. Indagou-se também sobre os assuntos discutidos, os profissionais que participavam dos grupos, se possuíam sugestões de melhora e se tinham dificuldades de trabalhar daquela forma. Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2010. Para análise dos resultados, utilizou-se o programa EPI Info versão 3.5.2, para Windows. Os dados foram apresentados por meio de medidas de frequência.

O trabalho respeitou os aspectos éticos contemplados na resolução n. 196/96 (Brasil, 1996). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A Secretaria Municipal de Saúde do município autorizou a execução do projeto, que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Integrada de Campo Mourão, conforme o parecer de número 68/10.

Resultados

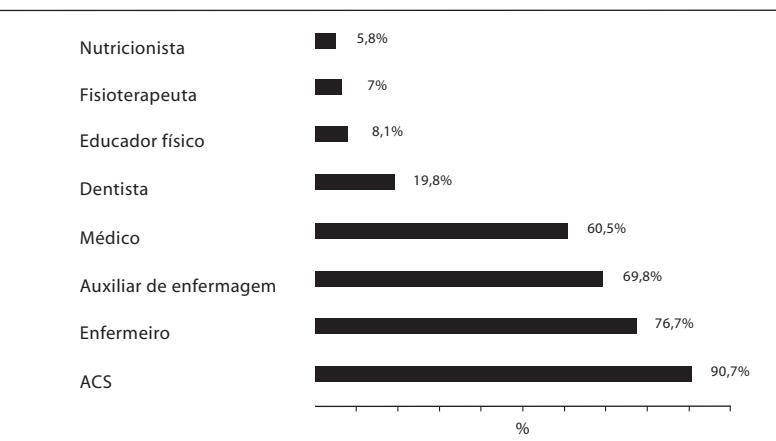
Dos 145 profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família no município de Campo Mourão, foram entrevistados 121, pois 12 trabalhadores de saúde se recusaram, cinco estavam de férias e sete afastados por licença-maternidade ou médica.

Os resultados revelaram que sete das dez UBSs organizavam grupos de educação em saúde para portadores de HA e DM. Entre os motivos relatados pelos profissionais de saúde para justificar a não realização das atividades de grupo, destacaram-se a baixa adesão da população aos grupos organizados e a falta de capacitação da equipe para desenvolver trabalhos desse tipo.

O gráfico 1 mostra que os profissionais de saúde que mais estavam envolvidos com os trabalhos de educação em saúde eram ACSs, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os médicos, exatamente aqueles que compõem a equipe mínima da ESF.

Gráfico 1

Frequência das categorias profissionais de saúde mais relatadas no envolvimento com os grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão (PR), 2010.



Fonte: Os autores.

A tabela 1 mostra que, apesar de haver uma parcela significativa de assuntos voltados para prevenção e promoção à saúde, tais como atividade física (76,7%) e alimentação (73,3%), os assuntos que apresentam relação direta com a doença – medicação (82,6%) e a HA e DM (75,6%) – ainda predominam.

Tabela 1

Assuntos discutidos durante a realização de atividades de grupo de educação em saúde para hipertensos e diabéticos no município de Campo Mourão (PR), 2010.

Variáveis	n	%
Assuntos		
Tratamento medicamentoso	71	82,6
Atividade física	66	76,7
HA e DM	65	75,6
Alimentação	63	73,3
Serviço de saúde	49	57,0
Prevenção	3	3,5
Espiritualidade	1	1,2
Doenças sexualmente transmissíveis	1	1,2
Ética	1	1,2

Fonte: Os autores.

Em relação às sugestões, chama a atenção o fato de 23 (19,3%) profissionais de saúde não terem explicitado nenhuma. Os demais participantes expressaram algumas. As principais foram: melhorar a estrutura (12); inovar nas metodologias (12); motivar mais o usuário (9); participação de mais categorias profissionais (8); e capacitação da equipe (4).

Também se indagou aos profissionais de saúde se eles tinham alguma dificuldade para desenvolver trabalhos em grupo. A maioria, 72 (59,5%), mencionou que não apresentava dificuldades.

Discussão

Das sete UBSs presentes no município de estudo, três não desenvolviam atividades de grupo para pessoas com HA e DM. Um dos motivos citados para a não realização dos grupos foi a baixa adesão da população, também relatado no estudo de Moutinho e colaboradores (2014) e Machado e Vieira (2009), ambos realizados com profissionais da ESF. Isso ocorre porque a população em geral interessa-se mais pelas consultas médicas, o que promove um aumento da demanda nas unidades e impossibilita o desenvolvimento de ações educativas, e também pelo fato de se desconhecer a

importância desse tipo de estratégia (Mello, Santos e Trezza, 2005; Moura e Sousa, 2002).

Vale ressaltar que esse comportamento dos usuários é fruto da prática médica do século XX, que apesar das muitas conquistas – tais como os antimicrobianos, as cirurgias cada vez menos invasivas, os avanços nos diagnósticos por imagens, a precisão de informações recolhidas por exames de amostras de sangue e outros órgãos, entre tantos êxitos – esqueceu-se do objetivo finalístico de seu trabalho, que é produzir saúde (Campos, 2003).

Os médicos do século XX desaprenderam sobre as tecnologias das inter-relações, também denominadas por Merhy (2006) de tecnologias leves, uma vez que quase não se percebe na prática clínica a valorização das emoções, do subjetivo, do familiar, do cultural e do social. Nessa mesma época também se notou a fragmentação do trabalho médico, caracterizado pelas especializações, que reduziram consideravelmente a capacidade clínica de cada especialista.

Com base nesse panorama, verifica-se que o usuário foi ao longo dos anos acostumado a uma prática restritiva, baseada na realização de consultas, solicitação de exames e dispensação de medicamentos. Por isso, é comum perceber na população atitudes de resistência diante de práticas que fujam daquilo a que está adaptada.

A postura do profissional de saúde nesse contexto não deve ser de desistência, pois mesmo que o usuário não tenha consciência da importância das atividades de grupo, ele pode – como afirma Freire (1980) – ser auxiliado a se conscientizar acerca da realidade e de sua capacidade de transformação. Logo, é fundamental que o profissional de saúde trabalhe no sentido de ampliar seu campo de saberes e responsabilidades, tornando sua ação mais humana e integral e inovando na forma de produzir saúde.

Outra razão apontada para justificar a não realização dos grupos foi a falta de capacitação dos profissionais, corroborando diversas pesquisas que também apontam para tal necessidade (Sales, 2008; Wendhausen e Saupe, 2003; Moura e Sousa, 2002).

De fato, a capacitação do profissional de saúde apresenta-se como uma necessidade importante no desenvolvimento dos trabalhos de grupo, pois além de haver uma imensa carência de profissionais capazes de uma relação participativa com a população e seus movimentos, sem a formação devida o profissional corre o risco de cometer erros durante o processo e prejudicar a assistência oferecida aos usuários (Vasconcelos, 2004; Moura e Sousa, 2002). Contudo, quando se fala em capacitação, fala-se em uma capacitação que estimule o profissional a desenvolver atividades participativas, que priorizem a ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, do pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde (Vasconcelos, 2004).

A capacitação profissional aqui referida não diz respeito apenas aos treinamentos típicos dos processos de educação continuada, mas também à

educação permanente em saúde, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho e propõem que o conhecimento seja construído com base nas experiências dos trabalhadores e na realidade local, contribuindo para superar a perspectiva biológica e para a manifestação das capacidades dos trabalhadores (Brasil, 2005).

Também se destaca o papel primordial do processo de formação dos profissionais de saúde no ensino superior. As instituições de ensino utilizam predominantemente métodos de transmissão de conhecimento, basicamente verticalizados, negligenciando o processo de ensino-aprendizagem e a interação que deve haver entre os profissionais e os usuários de saúde (Gazzinelli et al., 2013; Besen et al., 2007). Desse modo, a maioria dos profissionais de saúde que atuam no SUS reproduz esse modelo durante sua assistência, não abrindo espaço para práticas de educação em saúde (Pedrosa, 2011).

As instituições de ensino não podem pretender unicamente uma formação mecanicista, mas também uma formação com informações entrelaçadas, que abranjam tanto o aspecto profissional-técnico quanto o emocional, psíquico-mental-psicológico, o biológico, o teológico e o filosófico (Miranda e Malagutti, 2010).

A mesma necessidade é apontada por Morin (2006), ao afirmar que há uma crescente inadequação entre os saberes fragmentados e realidades ou problemas cada vez mais complexos e multidimensionais.

Efetivamente, a inteligência que só sabe separar fragmenta o complexo do mundo em pedaços separados, fraciona os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de compreensão e de reflexão, eliminando assim as oportunidades de julgamento corretivo ou de uma visão de longo prazo. (...) Em vez de corrigir esses desenvolvimentos, nosso sistema de ensino obedece a eles (Morin, 2006, p. 14).

Em relação às categorias profissionais de saúde mais envolvidas com as atividades de grupo, notou-se que os profissionais que compõem a equipe mínima foram os mais citados, com destaque para a categoria dos ACSs.

Diante do destaque dado à participação dos ACSs, é importante que essa categoria profissional tenha maior apoio em seu processo de formação para trabalhar com grupos e metodologias mais participativas. Afinal, além de ser a categoria de maior representação nas ESFs, são os profissionais que têm maior vínculo e conhecimento da realidade local, aspectos primordiais no desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

Embora os ACSs tenham sido os mais citados na pesquisa retratada neste artigo, Ferreira Neto e Kind (2011) afirmam que a enfermagem é a que mais se destaca na realização de grupos, pois é notável o número de artigos,

dissertações e teses de enfermeiros discutindo grupos em saúde. Um exemplo disso foi revelado no estudo de Pinafo (2010), em que as atividades formais de educação em saúde eram realizadas em sua maioria pelas enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pelos ACSs. Outro estudo apontou que a graduação em enfermagem é a que mais incorpora os valores da promoção e da educação em saúde, em comparação com outras graduações (Carvalho, Carvalho e Rodrigues, 2012). Assim, esse profissional se torna uma figura estratégica no desenvolvimento de atividades de educação em saúde que sejam mais participativas.

No entanto, a participação efetiva de todos os profissionais que compõem a ESF é fundamental, pois permite que as ações desenvolvidas nos grupos sejam mais resolutivas, visto que no cotidiano do trabalho em saúde os profissionais deparam-se constantemente com situações e problemas que só podem ser solucionados ou controlados por uma equipe multiprofissional. O trabalho multiprofissional permite a ampliação do olhar tanto dos profissionais quanto dos participantes do grupo, propiciando a construção de diversos saberes e contribuindo para que a ação educativa se torne mais rica e criativa (Paulo Silva, Rotemberg e Vianna, 2004).

Sobre os resultados da tabela 1, nota-se que os assuntos que apresentam relação direta com a doença ainda predominam, corroborando os resultados de Morosini, Fonseca e Pereira (2008) e Vasconcelos (2004). A superação de modelos de atenção fortemente centrados na doença em favor de modelos mais orientados em direção à saúde é um processo ainda incipiente (Ayres, 2004). Isso porque a valorização de assuntos e procedimentos médico-farmacológicos é cultural e compartilhada por graduandos profissionais e usuários de saúde. Um estudo desenvolvido com alunos de graduação de enfermagem mostrou a ênfase da formação para o trabalho educativo em saúde nos conhecimentos científicos sobre doenças, prevenção e intervenções terapêuticas, em detrimento de outros conhecimentos igualmente implicados com o fenômeno saúde (Colomé e Oliveira, 2012).

Entretanto, é necessário compreender que os profissionais de saúde e os usuários são atores sociais que estão em constante interação. Dessa forma, as ações de educação em saúde devem incorporar ações de cuidados à saúde que possam extrapolar a clínica limitada à cura de doenças e passem a valorizar o contexto, os determinantes sociais, a subjetividade do processo saúde-doença, bem como a inserção dos usuários como seres ativos, autônomos e participativos (Machado e Vieira, 2009).

Os serviços de saúde devem ser espaços para a construção da clínica ampliada, cuja doença deixa de ser o foco para se tornar apenas uma parte da vida humana. A clínica é centrada no sujeito, em pessoas reais, em sua existência concreta, de modo que o objetivo do trabalho é a pessoa e não a doença. A ênfase é colocada no processo de construção da saúde e não no processo de cura (Campos, 2003).

Sobre as sugestões, percebeu-se que grande parte dos profissionais não apresentou sugestões de melhoria. Desse modo, é possível inferir que eles não reconhecem a necessidade de produzir mudanças na forma de desenvolver as ações de educação em saúde, as quais consistem em utilizar metodologias mais participativas e que valorizem o saber dos usuários. Isso pode ter relação com o fato de estarem adaptados a uma realidade social como se esta fosse a ordem natural das coisas, como única forma de existência possível e racional (Morosini, Fonseca e Pereira, 2008). Tal atitude, na visão de Campos (2000), não favorece o processo de mudança, pois alguém absolutamente satisfeito com sua realidade é uma pessoa estagnada, fechada à análise de problemas e necessidades de alterações no processo de trabalho.

Já em relação às dificuldades, verificou-se que mesmo diante dos aspectos limitantes presentes no grupo, poucos profissionais reconhecem ter dificuldade em desenvolver trabalhos grupais. Esse resultado corrobora os achados de Ferreira Neto e Kind (2011).

Vale ressaltar que essa discreta percepção acerca da dificuldade pode apresentar relação com o próprio conceito que o profissional de saúde tem de grupo e de educação em saúde. Afinal, se em seu imaginário o grupo e a educação em saúde constituem um espaço para transferir informações e nada mais, é natural que ele realmente não tenha dificuldade de exercer essa função, uma vez que toda a sua formação foi pautada nesse modelo pedagógico, conforme discutido anteriormente.

Considerações finais

O grupo é uma importante estratégia para trabalhar a educação em saúde com portadores de doenças crônicas, tais como HA e DM. Assim, é fundamental que as ESFs se organizem no sentido de oferecer tal tipo de assistência a esse grupo populacional. No presente estudo, verificou-se que a maioria das UBSs do município oferece ações de educação em saúde; contudo, tais ações ainda estão focadas em temas curativistas e que pouco estimulam a participação dos usuários no processo. Os profissionais de saúde que se mostraram mais envolvidos nessa atividade foram os ACSs e os enfermeiros.

Apesar de as atividades de grupo apresentarem uma configuração que necessita de mudanças para melhor promover a educação em saúde, foram poucos os profissionais que reconheceram a importância de se promoverem alterações nos grupos. Diante desse quadro, é fundamental que os profissionais da equipe de saúde da família sejam capacitados para perceberem que o processo de educação em saúde não se limita à transferência de informações, mas inclui a construção compartilhada de saberes (técnicos e populares) que promovem a corresponsabilidade e a participação ativa do usuário.

Colaboradores

Fernanda de Freitas Mendonça foi a responsável pela coleta, análise e redação de todos os itens do artigo. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes realizou a análise e participou da redação de todos os itens do artigo.

Resumen El objetivo de este estudio fue caracterizar los grupos de educación en salud realizados para hipertensos y diabéticos de Campo Mourão, Paraná, Brasil. Se trata de un estudio cuantitativo realizado con 121 profesionales vinculados a la Estrategia Salud de la Familia. Se utilizó un formulario con variables de caracterización y de evaluación, como la formación de grupos con la comunidad, los temas tratados, los profesionales participantes, sugerencias y dificultades. Los resultados revelaron que el 70% de las unidades ofrecen grupos de educación en salud, sin embargo se centran en temas basados en la curación. Los profesionales más participativos fueron los agentes comunitarios de salud y enfermeros. Aunque los grupos presentan una configuración que necesita cambios para mejor promover la educación en salud, fueron pocos profesionales los que reconocieron la importancia de fomentar alteraciones en los grupos. Es esencial que los profesionales del equipo de salud de la familia estén capacitados para darse cuenta de que el proceso de educación en la salud no se limita a la transferencia de información, sino que incluye la construcción compartida de saberes entre el usuario y el profesional de la salud.

Palabras clave educación en salud; diabetes *mellitus*; hipertensión arterial.

Notas

¹ Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina.

<fernanda0683@gmail.com>

Correspondência: Rua Weslley César Vanzo, 189, bloco 2, apartamento 1.104, Gleba Palhano, CEP 86050-500, Londrina, Paraná, Brasil.

² Docente sênior do Programa *stricto sensu* de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas.

<alnunes@sercomtel.com.br>

Referências

- AYRES, José R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.
- BESEN, Candice B. et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 out. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – Integradora*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BURY, Mike. Illness narrative: fact or fiction? *Sociology Health Illness*, Maden, v. 23, n. 3, p. 263-285, 2001.
- CAMPOS, Gastão W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, Gastão W. de S. Paideia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, 2003.
- CARVALHO, Amâncio A. de S.; CARVALHO, Graça S.; RODRIGUES, Vitor M. C. P. Valores na educação em saúde e a formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 527-540, 2012.
- COLOMÉ, Juliana S.; OLIVEIRA, Dora L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 177-184, 2012.
- FALKENBERG, Mirian B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.
- FAVORETO, César A. O.; CABRAL, Cristiane C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 7-18, 2009.
- FERREIRA NETO, João L.; KIND, Luciana. *Promoção da saúde: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2011.
- FREIRE, Paulo. *Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- GUATTARI, Félix. *Revolução molecular: pulsões políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- GAZZINELLI, Maria F. C. et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-571, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410430&search=parana|campo-mourao>>. Acesso em: 9 mar. 2014.

- KLEINMAN, Arthur. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.
- MACHADO, Maria. F. A. S.; VIEIRA, Neiva. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 174-179, 2009.
- MELO, Gilberto; SANTOS, Regina M.; TREZZA, Maria C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 3, p. 290-295, 2005.
- MERHY, Emerson. E. *Salud: cartografía do trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
- MIRANDA, Sônia M. R. C.; MALAGUTTI, William. *Educação em saúde*. São Paulo: Phorte Editora, 2010.
- MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- MOROSINI, Márcia V.; FONSECA, Angélica F.; PEREIRA, Isabel B. Educação em saúde. In: PEREIRA, Isabel B. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 155-162.
- MOURA, Escolástica R. F.; SOUSA, Rosiléia A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.809-1.811, 2002.
- MOUTINHO, Cinara B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 253-272, 2014.
- SILVA, Juliana P.; ROTEMBERG, Sheila.; VIANNA, Eliane. C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 119-136, 2004.
- PEDROSA, José. I. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. Disponível em: <www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_13.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2014.
- PEREIRA, Queli. L. C. et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-325, 2007.
- PINAFO, Elisangela. *Educação em saúde: o cotidiano da equipe de saúde da família*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.
- SALES, Fátima M. S. Ações de educação em saúde para prevenção e controle de dengue: um estudo em Icaraí, Caucaia, Ceará. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 175-184, 2008.
- SILVA, Terezinha R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, 2006.
- SOARES, Sônia M.; FERRAZ, Aidê F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologia. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, 2007.
- TORRES, Heloísa C.; HORTALE, Virginia. A.; SCHALL, Virginia. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1.039-1.047, 2003.
- VASCONCELOS, Eymar M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estrat

tégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

WENDHAUSEN, Agueda; SAUPE, Rosita. Concepção de educação em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, 2003.

Recebido em 06/06/2013

Aprovado em 08/07/2014