

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM  
DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO-TRANSMISSÍVEIS

**Educação  
em Saúde**



# **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

Formação de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) para a organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis- DCNT (diabetes mellitus-DM, hipertensão arterial sistêmica-HAS e obesidade) e a abordagem dos fatores de risco. O presente livro aborda educação interprofissional, educação em saúde e aspectos relacionados a tecnologias educacionais que envolvem o cuidado as pessoas com DCNT.



## GOVERNO FEDERAL

### MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÕES

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

Processo CNPq: 443751/2020-0



### MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS)

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor: Irineu Manoel de Souza  
Vice-Reitora: Joana Célia dos Passos  
Pró-Reitor de Pós-Graduação: Werner Kraus  
Pró-Reitor de Pesquisa e Inovação: Jacques Mick  
Pró-Reitora de Extensão: Olga Regina Zigelli Garcia

### CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor: Fabricio de Souza Neves  
Vice-Diretor: Ricardo de Souza Magini

### DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe: Ângela Maria Alvarez  
Sub-chefe: Patricia Klock

### CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DCNT

Coordenadora: Monica Motta Lino  
Sub-coordenadora: Felipa Rafaela Amadigi  
Coordenadora de Tutoria: Thaise Honorato de Souza  
Coordenador de AVEA: Tcharlies Dejandir Schmitz

### EDIÇÃO

Thaise Torres



### DIAGRAMAÇÃO

Monica Motta Lino

### REVISÃO

Monica Motta Lino  
Samara Eliane Rabelo Suplici

### APOIO

Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC)  
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS/SC)  
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC)



## AUTORES

Jussara Gue Martini

Eleine Maestri

## ORGANIZADORES

Monica Motta Lino

Felipa Rafaela Amadigi

## TÍTULO DA OBRA

Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

## SUBTÍTULO

Educação em Saúde

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de especialização em atenção às pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis [livro eletrônico] : educação em saúde / [Universidade Federal de Santa Catarina ; organização Monica Motta Lino, Felipa Rafaela Amadigi, Thaise Honorato de Souza]. -- 1. ed. -- São José, SC : Ed. dos Autores, 2023.

PDF.

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-00-61957-7

1. Diabetes mellitus 2. Doenças crônicas  
3. Doenças crônicas não transmissíveis - Prevenção  
4. Doenças crônicas não transmissíveis - Tratamento  
5. Educação em saúde 6. Hipertensão arterial  
7. Obesidade - Cuidado e tratamento I. Lino, Monica Motta. II. Amadigi, Felipa Rafaela.  
III. Souza, Thaise Honorato de. IV. Título.

23-144382

CDD-616.044

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Doenças crônicas não transmissíveis : Ciências médicas 616.044

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## COMO CITAR ESSE MATERIAL

Martini, Jussara Gue; Maestri, Elaine. Educação em Saúde. In: Lino, Monica Motta; Amadigi, Felipa Rafaela (Orgs). Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis [livro eletrônico]. Brasil, Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); São José, SC: Ed. dos Autores, 2023.



### 3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Concepções teóricas e metodológicas em educação, trabalho e saúde. Práticas educativas em saúde.

**CH:** 15h/a.

## AUTORAS

**Jussara Gue Martini**



Enfermeira pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1979), mestrado e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993; 1999) e Pós-Doutorado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal. Investiga nas áreas de educação em enfermagem e saúde, especialmente no campo da formação profissional e docente em enfermagem em atenção básica. Atualmente é Professora Titular e pesquisadora do Departamento de Enfermagem, foi coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) de 2017 a 2021, e Coordenadora do Projeto de Internacionalização PRINT/UFSC, sub-projeto Educação Interprofissional em saúde. É presidente da ABEn/SC gestão 2021-2022; Bolsista de Produtividade em Pesquisa, nível 2, do CNPq. Líder do Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Saúde e Enfermagem, atuando nas linhas de pesquisa Formação e desenvolvimento profissional e docente na saúde e na enfermagem e Tecnologias e gestão em educação, saúde e enfermagem.

**Eleine Maestri**



Enfermeira pela UFSC (1998), Enfermeira Obstetra - UFSC (2000), Especialista em Formação Pedagógica na Área da Saúde pela FioCruz (2003), especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva e Emergência pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Mestrado e Doutorado em Enfermagem (2008; 2020) pela UFSC. Possui experiência em Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Clínica Médica, Unidade Coronariana, Hemodinâmica e UTI. Professora de Enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) em Lages/SC (2001-2009). Professora da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiana/RS (2009-2011). Desde 2011 é professora da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), desenvolvendo suas atividades docentes de ensino, pesquisa e extensão com ênfase no Cuidado ao Adulto, Educação e Formação Profissional na Saúde, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Segurança do Paciente, Humanização e Acolhimento, Processo de Morte e Morrer. Coordenadora do curso de Enfermagem (2017 a 2019). Diretora de Organização Pedagógica da UFFS desde outubro de 2021.

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
1.1	O Profissional da Saúde como Educador	09
<b>2</b>	<b>EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL</b>	<b>15</b>
2.1	Abordagens iniciais	15
<b>3</b>	<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>25</b>
3.1	Educação na Promoção da Saúde das pessoas com DCNT	25
3.2	Modelos de Práticas Educativas em Saúde	27
3.3	Educação para a Saúde	28
3.4	Educação dialógica em Saúde	31
3.5	Educação popular e Saúde	33
3.6	Modelos de Educação em Saúde na Promoção da Saúde de pessoas com DCNT	35
<b>4</b>	<b>TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS</b>	<b>45</b>
4.1	Tecnologia da educação dialógica em saúde	45
4.2	Tecnologia da educação: visitas domiciliares	54
4.3	Tecnologia da educação: consulta	54
4.4	Grupos como práticas educativas	57
<b>5</b>	<b>SÍNTESE DO CONTEÚDO</b>	<b>59</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>60</b>

## APRESENTAÇÃO

Neste livro serão abordadas as propostas teórico metodológicas da Educação em Saúde, trataremos da educação interprofissional, das práticas educativas predominantes e de sua utilização pelos profissionais no processo de cuidado das pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT).

Os conteúdos estão organizados em seções que articulam conhecimentos sobre o profissional da saúde como educador, a educação interprofissional em saúde, os modelos predominantes de educação em saúde, com as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças, especialmente na abordagem de pessoas com doenças crônicas, bem como apontam elementos de metodologias problematizadoras que possam ser utilizadas na prática educativa das equipes de saúde.

Apresentamos os modelos de Educação em Saúde na promoção da saúde das pessoas com DCNT, trazendo os diferentes modos de promover educação em saúde, destacando seu papel na promoção da saúde das pessoas com DCNT, como uma ferramenta da clínica ampliada que possibilita maior autonomia dos usuários. Busca-se apresentar atividades de educação em saúde como uma importante ferramenta para o processo de trabalho interdisciplinar, em suas várias formas de operacionalização.

Apresentam-se as Tecnologias de educação dialógica em saúde, como possibilidades para o desenvolvimento de práticas educativas que potencializem os resultados alcançados pelas equipes na abordagem das pessoas com DCNT.

Almejamos que o livro seja capaz de motivá-los a ampliarem seus conhecimentos sobre os modelos até agora utilizados para planejarmos e desenvolvermos ações de educação em saúde com as pessoas que vivem com DCNT, produzindo mudanças em suas práticas de educação em saúde capazes de modificar a realidade da sua comunidade.

Bons estudos!

**Ementa:** A educação em saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. A educação em saúde no contexto da atenção à Saúde das pessoas com DCNT. Metodologias problematizadoras como instrumental para a educação em saúde. Tecnologias de educação dialógica em saúde.

**Carga horária:** 15h/a

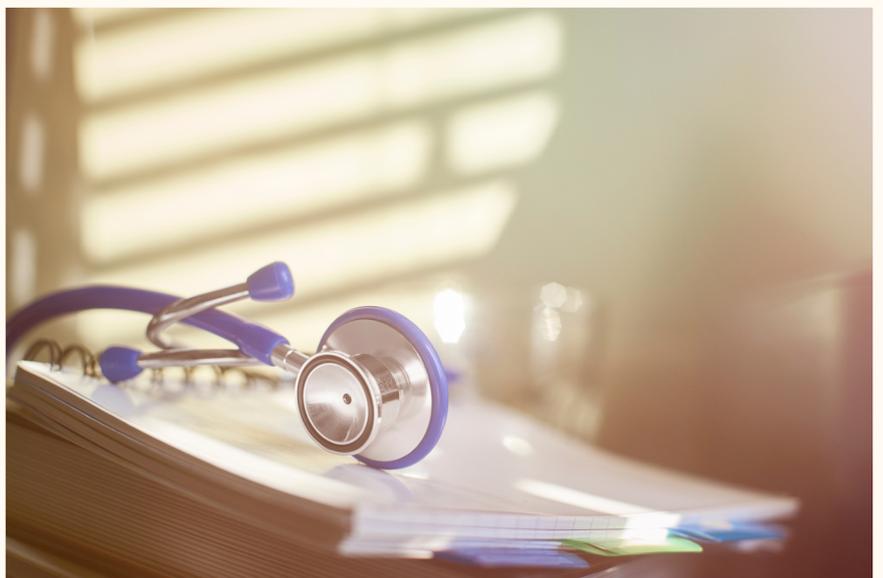
## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 O PROFISSIONAL DA SAÚDE COMO EDUCADOR

O profissional da saúde, muitas vezes sem perceber, está constantemente exercendo a função de educador em todas as suas atividades sejam elas administrativas ou assistenciais. Isso implica, em dizer que, a educação é extremamente importante para os profissionais da saúde, que não almejam apenas ser tecnicamente bons, mas sim profissionais críticos, politizadores e educadores.

**Reforçar essa concepção do papel do profissional da saúde como educador e agente de transformação social, nos remete uma clara e permanente conscientização dessa função educativa, inserida em um contexto amplo e sem limites no processo de ensino/aprendizagem entre profissional e usuário. Assim, o planejamento da assistência requer frequentemente ações com inovações e criatividade para que a educação seja construída com efetividade.**

A educação em saúde teve influência de algumas tendências pedagógicas importantes que refletem até hoje no processo de ensino-aprendizagem seja na formação ou na atuação do profissional da saúde como educador. Todas as manifestações ou práticas pedagógicas refletem, teorias ou tendências pedagógicas vinculadas a um determinado fundamento ideológico. Estas tendências vêm sendo estudadas por pesquisadores, cujo propósito é investigar as relações entre o educativo e o social, ao longo da educação brasileira nos últimos anos.



As tendências que influenciaram a educação foram a **pedagogia tradicional - que é não-crítica** - e foi consolidada, no Brasil, durante o período imperial e as primeiras décadas da república. Originou-se da união das tendências pedagógicas jesuíticas com as chamadas concepções pedagógicas modernas. Essa pedagogia é centrada no intelecto, na transmissão de conteúdo e na pessoa do professor. A escola tradicional, também chamada de pedagogia da essência, tem suas raízes fundadas na filosofia “essencialista”.

É uma filosofia conservadora que se inspira predominantemente em normas do passado, com vistas a resolver problemas atuais, reforçando situações presentes.

Existem princípios básicos que envolvem essa pedagogia, como uma aprendizagem envolvida na necessidade árdua de aplicação; a iniciativa em educação deve caber ao professor e não ao aluno; o núcleo da educação é a absorção de matérias prescritas; e a escola deve conservar os métodos de disciplina mental. O homem, nesse tipo de escola, é considerado um indivíduo inserido no universo que irá conhecer por meio de informações a serem fornecidas e consideradas as mais importantes e úteis para ele. É considerado um receptor passivo. Nesta proposição se mantém um sistema de ensino bancário, ou seja, uma educação que se caracteriza por depositar, no aluno, conhecimento, informações, dados, fatos. Assim, o profissional da saúde com formação nesta concepção pode replicar o papel do professor, como detentor do conhecimento no momento de exercer seu papel educativo.

### Quer saber mais?

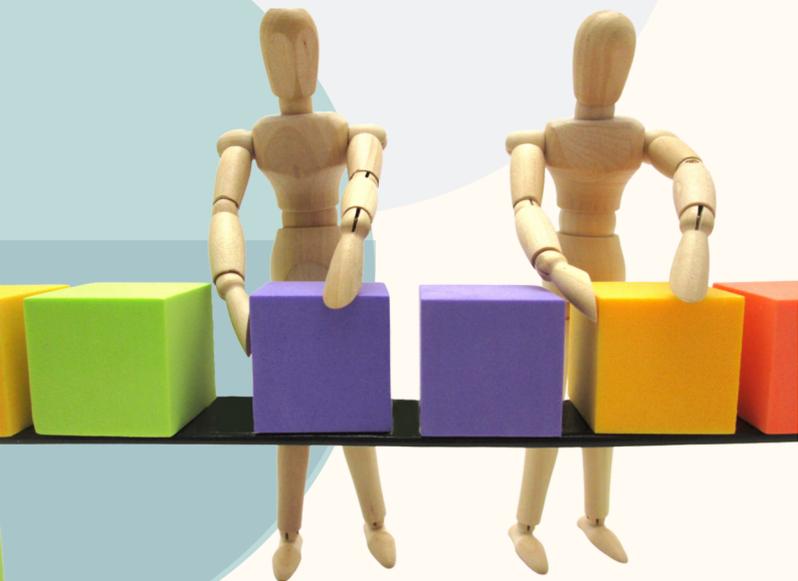
Livro: FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1974.

Artigo: A categoria da práxis em Pedagogia do Oprimido: sentidos e implicações para a educação libertadora. [Clique Aqui para ler](#)



Outra tendência que teve influência forte na saúde, foi a **pedagogia tecnicista**, também não-crítica, **que persiste até os dias de hoje**. A pedagogia tecnicista propõe a reordenação do processo educativo de maneira a torná-lo objetivo e operacional a partir do pressuposto de neutralidade científica. Inspira-se nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade.

A influência dessa pedagogia remota aos anos 50, teve seu grande impulso na década de 60 com a finalidade de adequar o sistema e o discurso ao desenvolvimento vigente. Está ligada à questão da automação e da divisão do trabalho devido ao grande avanço do sistema industrial. O homem nessa escola é visto como um conjunto de partes em funcionamento ordenado. Quanto melhor a engrenagem maior a produção.



*A concepção de mundo, nessa tendência, alimenta-se no pragmatismo e desemboca no consumismo. A escola é vista com uma empresa onde o produto é o aluno, e atua para manter a ordem social vigente (capitalista), articulando-se diretamente com o sistema produtivo. Há uma supervalorização do planejamento, por isso o professor é visto como um técnico que seleciona, organiza e aplica um conjunto de meios que garantam a eficiência do ensino.*

O aluno é um elemento para quem o material é preparado, portanto é um ser passivo, ele torna-se eficiente, produtivo e aprende “saber fazer”. Seu comportamento é descrito em termos mecanicistas e não participa do programa de elaboração educacional. A relação professor-aluno tem um sentido exclusivamente técnico. O processo avaliativo pode ser através de testes, da ênfase à produtividade do aluno e visa a detectar se houve ou não a aprendizagem. A avaliação é um processo sistemático, contínuo e integral. Faz uso de provas objetivas, fichas de observação, escalas de medidas de comportamento e estes de aproveitamento.

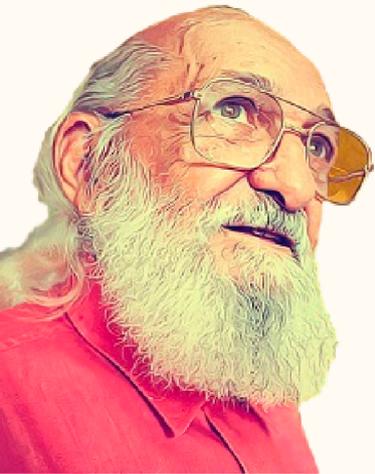
*Na perspectiva da pedagogia tecnicista, o **profissional de saúde** atua como **detentor do conhecimento**, que **impõe o seu saber ao usuário**.*

Nas tendências críticas, existe a **pedagogia da escola libertária** que espera exercer uma transformação na personalidade dos alunos, num sentido libertário e autogestionário, de tal forma que, a partir da participação global, mecanismos institucionais de mudança (assembléias, conselhos) se estabeleçam dentro da escola, e o aluno, marcado por esta vivência, quando vier a atuar em instituições externas, leva para elas o que aprendeu; as matérias serão colocadas à disposição do aluno, mas não serão exigidas; as relações professor aluno são não-diretivas.

A **pedagogia da escola crítico-social** dos conteúdos é caracterizada por assumir a difusão dos conteúdos como tarefa primordial; por valorizar a escola como instrumento de apropriação do saber, já que a escola pode contribuir para eliminar a seletividade social e torná-la crítica; a condição para que a escola sirva aos interesses populares é garantir a todos um bom ensino, entendido isto como a apropriação dos conteúdos escolares básicos que tenham ressonância na vida dos alunos; e não confunde autoridade com autoritarismo, mas recusa a autoridade pedagógica expressa na função de ensinar. Atua na preparação do aluno para o mundo adulto e suas contradições, fornecendo-lhes um instrumento por meio da aquisição de conteúdos e da socialização da sociedade.

***Na tentativa de transformar, a pedagogia tecnicista, que foi fortemente impressa nos profissionais da saúde, houve a implementação da pedagogia libertadora. A pedagogia Libertadora é amplamente aplicada em situação de educação não-formal. Essa tendência é uma atividade em que professores e alunos, mediatizados pela realidade extraem o conteúdo de aprendizagem, desenvolvem a consciência dessa realidade nela atuam na transformação social.***





- Essa pedagogia se constitui na proposta de educação crítica, que tem como inspirador e divulgador o brasileiro
- **Paulo Freire**, se preocupa com a valorização do processo de transformação do ser humano enquanto agente transformador de sua realidade, rumo à justiça. Segundo essa pedagogia, a educação possui um caráter amplo, não se restringindo ao espaço formal. É considerada uma prática social que tem por finalidade contribuir para a libertação e a ação educacional visa atingir um nível de consciência da realidade, a fim de nela atuar de forma transformadora.

O professor é um “animador” que a princípio deve igualar-se ao nível dos alunos, adaptando-se às suas características e ao desenvolvimento próprio de cada grupo. Deve caminhar junto, intervir o mínimo indispensável. O aluno é considerado uma pessoa concreta, objetiva, que determina e é determinada pelo social, político, econômico, individual, isto é, pela própria história. **A relação aluno professor é horizontal, sendo que o educador e educando, no diálogo, se posicionam como sujeitos de troca de conhecimento.** O importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida. Os conteúdos devem emergir do saber popular. Portanto, dispensa-se um programa previamente estruturado. Na metodologia utiliza-se principalmente o grupo de discussões, ao qual cabe autogerir a aprendizagem, definindo o conteúdo e a dinâmica das atividades.

***O mais importante é a formação da consciência crítica e o comprometimento que o educando passa a ter com a prática social. Entretanto, admite-se a avaliação da prática vivenciada entre educador e educando no processo grupal e, às vezes, a autoavaliação feita em termos de compromissos assumidos com a prática social.***

A prática do profissional da saúde como educador quando está vinculada a uma educação libertadora, vislumbra na relação entre profissional-usuário ou gestor-equipe um elo de informações que propiciem um processo de ensino-aprendizagem atuante e significativo.

Desta forma, cabe ao profissional da saúde como educador no processo de prevenção e promoção de saúde aos usuários com DCNT, refletir:



O profissional da saúde não transmite, ele auxilia o usuário a compreender e aprender sobre sua situação de saúde e doença.



Educar é algo mais sutil e mais vasto que o processo de transmitir conhecimento.



...mais vasto por atingir, não apenas o campo e a ilustração intelectual, mas o âmago da vida na totalidade do ser.



...mais sutil, pois a aprendizagem só se integra na personalidade como resultado das próprias reflexões do indivíduo, da sua própria atividade mental.

### Quer saber mais?

Vídeo: FREIRE, Paulo. Pedagogia libertadora. [Clique Aqui para assistir](#)

Artigo: Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. [Clique Aqui para ler](#)



## 2. Educação Interprofissional

### 2.1 Abordagens iniciais

A Educação Interprofissional (EIP) é definida como a prática pedagógica em que estudantes de duas ou mais categorias profissionais aprendem conjuntamente, de forma cooperativa, com o intuito de oportunizar práticas colaborativas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados em saúde.<sup>1-2</sup>

As ações de EIP nos cursos da saúde são estratégias importantes para o desenvolvimento da interprofissionalidade durante a formação que podem ser concretizadas por meio de projetos de pesquisa e extensão, ligas acadêmicas, pet interprofissionalidade e realização de aulas conjuntas. As estratégias de EIP visam promover o ensino sobre trabalho colaborativo em saúde, reconhecendo a influência mútua entre educação e atenção à saúde, sistema educacional e SUS.<sup>3</sup>

A EIP se baseia no desenvolvimento de três competências:<sup>4-5</sup>

1

**competências comuns a todas as profissões**

2

**competências específicas de cada profissional**

3

**competências colaborativas**

*O trabalho nessas três perspectivas se compromete com as especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação.*

As habilidades para o trabalho colaborativo em equipe não são intuitivas e devem ser alcançadas por meio de métodos educativos estruturados no interior das Instituições de Educação Superior (IES).<sup>6</sup> A principal estratégia para formar profissionais competentes para trabalhar em equipe é a EIP.<sup>4</sup>

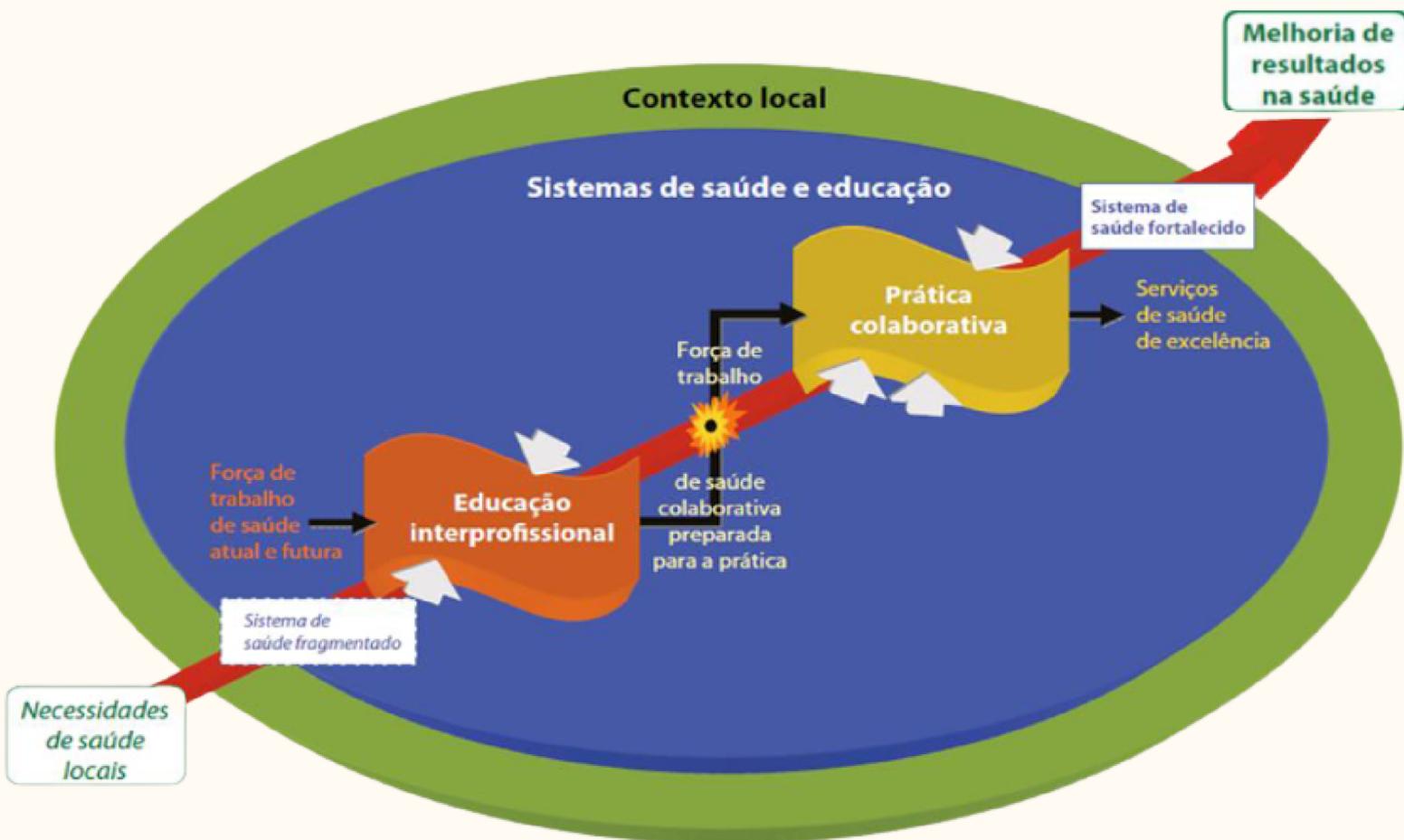


*Um estudo realizado no Reino Unido buscou mapear os padrões comuns exigidos pelos principais órgãos reguladores das profissões de saúde. Foram identificados sete temas: conhecimento para a prática, habilidades para a prática, abordagem ética, profissionalismo, desenvolvimento profissional contínuo, abordagem centrada no paciente e habilidades de trabalho em equipe. Esse mapeamento fornece subsídios para direcionar os currículos para a educação interprofissional, uma vez que identifica os padrões estabelecidos pelos órgãos reguladores, um requisito para todas as instituições envolvidas no ensino da profissão em saúde.*

Nesse sentido, considerando que uma trajetória a ser conduzida para fomentar práticas em saúde responsivas as demandas das populações e que façam frente as bases filosóficas e teóricas do SUS possa encontrar luz a ótica da interprofissionalidade, torna-se **condição essencial junto as IES o estabelecimento de estratégias de ensino que priorizem o ensino interprofissional**. Atualmente já ocorre mobilização acerca do tema na academia (instituições de ensino), com reflexões problematizadas, mas ainda isoladas, sem comporem de fato um fio condutor junto aos currículos dos cursos da área da saúde como uma estrutura de ensino desenhado nos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC).

Estudos mostram que a EIP modifica atitudes e percepções negativas entre os profissionais de saúde remediando falhas na confiança e comunicação, propicia maior conscientização e preparo para a prática, contribuindo para a socialização entre os profissionais de saúde e desenvolvimento de maior confiança e reforço da identidade profissional.<sup>8-10</sup>

**Figura 1.** Sistemas de saúde e educação.<sup>1,11</sup>



Dentro dessa perspectiva, um estudo realizado com estudantes e egressos da área da saúde de uma universidade da Região Sul do Brasil, no contexto da atenção primária à saúde, mostrou que o ensino compartilhado entre estudantes, docentes, membros da equipe multidisciplinar e usuários, oportunizou a troca de experiências, percepções e saberes distintos, sendo que o ensino tutorial constituiu uma estratégia potencializadora da EIP. A interação entre os acadêmicos de áreas diversas da saúde favoreceu a aquisição de habilidades de colaboração para o trabalho em equipe e promoveu o reconhecimento e valorização dos papéis de cada membro da equipe.<sup>12</sup>

Corroborando com os achados dos estudos citados, uma revisão de escopo que buscou explorar estudos sobre a EIP voltada a estudantes da área da saúde evidenciou que a maior parte das atividades de aprendizado em que há interação entre as equipes interprofissionais resultam em mudanças positivas nas percepções e atitudes dos estudantes no que tange à EIP e à prática. No entanto, devido as fragilidades metodológicas relativas ao emprego de métodos de ensino, não foi possível recomendar estratégias que favoreçam a educação interprofissional, sendo importante revisar métodos e estratégias que melhor se adequem aos diferentes currículos.<sup>13</sup>

Assim, a incorporação de estratégias que viabilizem a EIP no interior das IES vem sendo incentivada e experimentada de diferentes formas.<sup>6</sup> Estratégias indutoras de mudanças, como o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), em especial a edição de 2019-2021 cuja temática é a interprofissionalidade, estimulam esse processo e desvelam pistas para que a EIP seja institucionalizada.<sup>14</sup>

Apesar do caráter ainda tímido da EIP no Brasil, a literatura revela que os profissionais que tiveram experiências em EIP são férteis para a aprendizagem compartilhada,<sup>15</sup> apresentam maior preparo para o trabalho em equipe<sup>16</sup> e desenvolvem uma prática considerada mais integral.<sup>4</sup>

**Assim, as estratégias desenvolvidas precisam ser aprofundadas e intensificadas no contexto da formação em saúde.**

No entanto, apesar dos inúmeros avanços, ainda permeiam alguns desafios para a prática e institucionalização da EIP nos espaços de saúde o que reforça a importância de articulação entre inúmeros atores sociais dispostos a facilitar/organizar o processo da interprofissionalidade.

Entre os desafios, destacam-se as dificuldades para integrar os currículos dos diferentes cursos e a qualificação docente inadequada.<sup>17-18</sup> Aparecem em destaque e em associação o distanciamento dos docentes, o tamanho das turmas que são “unidas” e a realidade dos cenários de práticas, sobretudo os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), que não comportam o número total de estudantes e, muitas vezes, não promovem uma interação entre eles e os profissionais.

O atual cenário brasileiro acerca da EIP é rudimentar e com pouca clareza em sua definição e avanço científico. Porém, algumas experiências isoladas bem-sucedidas de EIP e práticas colaborativas têm evidenciado algum crescimento, com tendência a grande adesão de profissionais, estudantes e professores no remodelamento do modelo de treinamento. As práticas colaborativas são comumente utilizadas como abordagens pedagógicas inovadoras, favorecendo o estabelecimento de currículos integrados de ensino-serviço-comunidade, que coexistem com os tradicionais.<sup>19</sup>



*Estudo<sup>20</sup> realizado com docentes e discentes de cursos de graduação em saúde que implementaram currículo integrado interprofissional, sinaliza aspectos comuns da rotina dos docentes, como sobrecarga de trabalho e acúmulo de atividades com a criação, estudo e sustentabilidade do currículo. Ainda, o estudo indica a necessidade de desenvolvimento de diferentes competências para atuar neste contexto de formação interprofissional, como comunicação, escuta, disposição para o trabalho interdisciplinar, flexibilidade, abertura para mudanças e crença na potencialidade das metodologias ativas.*

Cabe destacar ainda as dificuldades encontradas por professores e profissionais preceptores de diferentes profissões no ensino ou supervisão de estudantes da área de saúde, ao se concentrarem na dinâmica interprofissional, na comunicação interprofissional, na compreensão de papéis e nos valores e ética da colaboração. **Docentes e preceptores, de modo geral, sentem-se capacitados para ensinar alunos de sua própria profissão, mas podem se sentir pouco habilitados para ensinar alunos de outras áreas.**<sup>21</sup>

Os docentes, enquanto facilitadores do processo de formação, são atores essenciais para o sucesso e efetividade do trabalho interdisciplinar. Deste modo, alguns nós críticos precisam ser trabalhados, como o **predomínio de modelos transmissivos, conteudistas e centrados no professor**. Para isso, os docentes precisam se confrontar com os desejos e necessidades de aprender a ensinar de um modo participativo, interativo e criativo.<sup>20</sup>



A organização do ambiente para a produção do ensino interprofissional exige da IES e de professores a criação de projetos e planejamentos que visem responder a demanda em foco. Esta é uma questão inquestionável, e de toda a forma, não parece ser o problema efetivo.

Muito mais, o que provavelmente carece de mobilização, esteja nas **concepções filosóficas de professores e instituição**, surgindo assim, no âmago deste debate, **uma discussão paradigmática prévia à estruturação do ensino interprofissional propriamente dito**.

Deste modo, o enfrentamento dos desafios no campo da EIP envolve o apoio de diversos atores sociais como as Instituições de Ensino Superior, instâncias governamentais, órgãos de regulação das práticas profissionais, sociedade organizada, dentre outros. Nesse panorama, é imprescindível a mudança do paradigma profissional centrado na auto regulação e trabalho individual, bem como avançar para um pensamento que incorpore a defesa da saúde como direito e interesse público, visando a integralidade da saúde.<sup>3</sup>

O trabalho em equipe interprofissional viabiliza a implementação dos princípios e diretrizes do SUS e ressalta a importância da interprofissionalidade para a efetivação do sistema público de saúde enquanto política de Estado, indo ao encontro dos princípios e diretrizes expostos no marco legal de instituição do SUS. Neste enfoque, a formação em saúde direcionada às necessidades do sistema de saúde depende de estratégias articuladas entre o Ministério da Saúde e de Educação considerando a realidade das práticas de saúde e a conjuntura social, política, econômica e cultural do país.<sup>22</sup>

Atualmente a formação em saúde é predominantemente uniprofissional, baseada no ensino de disciplinas segregadas por tópicos/assuntos e na racionalidade biomédica, com destaque para a flexinização, com ênfase na abordagem da doença. A educação interprofissional emerge em um contexto de reconhecimento da complexidade e abrangência do conceito saúde-doença e suas múltiplas dimensões: orgânicas, genéticas, psicossociais, culturais e de determinação social. Deste modo, se considera o processo saúde-doença enquanto expressão do trabalho em saúde e dos modos de vida em sociedade.<sup>3,22</sup>





Assim, há imprescindibilidade da interprofissionalidade no sentido de oportunizar práticas em saúde resolutivas e efetivas no contexto do SUS. As mudanças no cenário epidemiológico, com o aumento da prevalência de DCNT na população, tornaram imperativo a **incorporação de novos dispositivos de cuidado, coerentes com a complexidade do contexto contemporâneo**. A atuação fragmentada e especializada, muito comum no âmbito da saúde, não é suficiente para intervir positivamente nas condições de saúde da população, revelando a necessidade de novos arranjos.<sup>23</sup>

O SUS, bem como os seus princípios e diretrizes, foi pensado em um contexto inovador e trouxe para discussão a necessidade de formar profissionais qualificados para atuar de modo coerente com os seus pressupostos éticos-políticos, sendo capazes de responder à complexidade dos problemas de saúde e oferecer uma atenção qualificada.<sup>24</sup> **A atuação interprofissional pode melhorar a coordenação e o acesso aos serviços de saúde, além de permitir a racionalização e o uso adequado de recursos clínicos especializados, gerar resultados na saúde de usuários com doenças crônicas e aumentar a segurança dos pacientes.**<sup>1</sup>

Nesse íterim, há diversos problemas colaborativos que precisam de atenção de distintos profissionais, para ter uma visão mais ampla sobre o todo a partir das diferentes perspectivas, com troca de conhecimentos entre os membros da equipe, o que vai ao encontro do cuidado fundamentado na concepção e prática da integralidade da saúde. Tal perspectiva requer que os profissionais e serviços se desprendam da ação isolada e fragmentada e direcione sua prática para o trabalho em equipe interprofissional, que se refere à necessidade alcançar articulação não somente entre os próprios membros da equipe, mas também entre as diversas equipes do serviço e entre os serviços da rede.<sup>22</sup>

Deste modo, **a efetivação da integralidade do cuidado sinalizada nas normativas do SUS requer que toda prática profissional seja efetivamente interprofissional e colaborativa**, ou seja, não basta que diferentes profissionais atuem lado a lado, atendendo aos mesmos usuários com DCNT, é preciso que tenham efetividade e produzam bons resultados no que se refere às necessidades de saúde dos usuários. Assim, o SUS pode ser concebido como interprofissional, construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação social.<sup>3,22</sup> Quando alcançadas essas premissas, é possível corresponder às demandas da população com DCNT atendidas no SUS.



No entanto, **observa-se o pouco conhecimento e até a incompreensão que os profissionais de saúde detêm sobre a atuação das demais profissões sendo influenciados por estereótipos e por noções ligadas ao senso comum**, pelo receio de perder a identidade profissional e pela necessidade de os profissionais protegerem seu núcleo de saber-poder.<sup>17</sup> Torna-se evidente que as transformações precisam acontecer no nível da formação e das práticas em saúde de maneira articulada e interdependente.<sup>11</sup>

Os estudantes da área da saúde vivenciam experiências que os convocam a articular suas atividades e saberes com as dos outros profissionais da equipe, o que é um desafio. As novas propostas de formação profissional para o SUS, na perspectiva crítica-reflexiva e interprofissional, buscam a constituição de sujeitos comprometidos com a transformação social, que se configura uma das demandas para que se reorganizem as práticas em saúde, ancoradas nos princípios e diretrizes do SUS.<sup>5,25</sup>

Durante o processo de formação, torna-se imperativo desfocar o eixo da medicalização e especialização da saúde-doença para o eixo da atuação interdisciplinar, de modo a intensificar a abrangência aos princípios do SUS e alterar os perfis profissionais para alcançar a atenção integral à saúde, de maneira que cada cidadão se sinta acolhido, protegido e atendido em suas necessidades.<sup>5</sup> O cuidado interprofissional na perspectiva da integralidade está relacionado com a articulação de ações de saúde e atenção às necessidades de saúde em rede. O aprendizado desse cuidado articulado requer a diversificação de cenários de formação também em rede, de modo a proporcionar amplo contato com realidades distintas e interação entre os envolvidos.<sup>22</sup>

### Quer saber mais?

**Artigo:** Ribeiro, Aridiane Alves et al. Interprofissionalidade na atenção primária. [Clique Aqui para ler](#)

**Artigo:** Montanari, Patrícia Martins. Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. [Clique Aqui para ler](#)

**Artigo:** Maynara Guaripuna et al. Singular Therapeutic Project in the management of complex cases: experience report in PEW-Health Interprofessionalism. [Clique Aqui para ler](#)

**Artigo:** Reeves S et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide. [Clique Aqui para ler](#)



## 3. Educação em Saúde

### 3.1 Educação na Promoção da Saúde das pessoas com DCNT

Aborda-se, neste capítulo, os diferentes modos de planejar e desenvolver educação em saúde, com ênfase em sua relação com o conceito de saúde e doença, discutindo as práticas educativas na perspectiva da promoção da saúde das pessoas com DCNT.

O objetivo é compreender como os modelos de educação em saúde interferem nas ações de promoção de saúde das pessoas com DCNT.

É necessário, inicialmente, reiterarmos a concepção de que saúde e educação são dimensões fundamentais à vida humana, o que nos remete à sua indissociabilidade com a vida concreta, com o cotidiano das pessoas e suas famílias. Neste sentido, qualquer ação de educação em saúde requer comunicação, diálogo entre as pessoas envolvidas, sejam indivíduos, famílias ou comunidades.

As conexões entre a educação, a saúde e suas práticas podem ser compreendidas como práticas sociais influenciadas por dimensões estruturais complexas, que, para serem compreendidas, demandam uma análise histórica de suas práticas. Ao longo do tempo é possível identificar uma diversidade de modelos de educação presentes na área da saúde, o que não implica em evolução, mas em uma descrição das práticas predominantes em determinados períodos históricos.

#### Quer saber mais?

Para uma melhor compreensão do desenvolvimento das práticas de educação em saúde nos diferentes períodos históricos, consulte:

**Artigo:** Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas.  
[Clique Aqui para ler](#)

histórica de suas práticas. [Clique aqui para ler](#)

A educação em saúde pode ser entendida como **processo social com grande potencial de transformação da realidade**, desde que sejam consideradas, em sua prática, as diferentes maneiras de ser e estar no mundo, o que produzirá diferentes modos de viver e ser saudável e, conseqüentemente, diferentes formas de educar em saúde. A partir dessa compreensão, **vamos encontrar ao longo do tempo diversos modelos de educação em saúde, fundamentados em diferentes conceitos de saúde e de educação, que acompanham as mudanças histórica e socialmente construídas.**

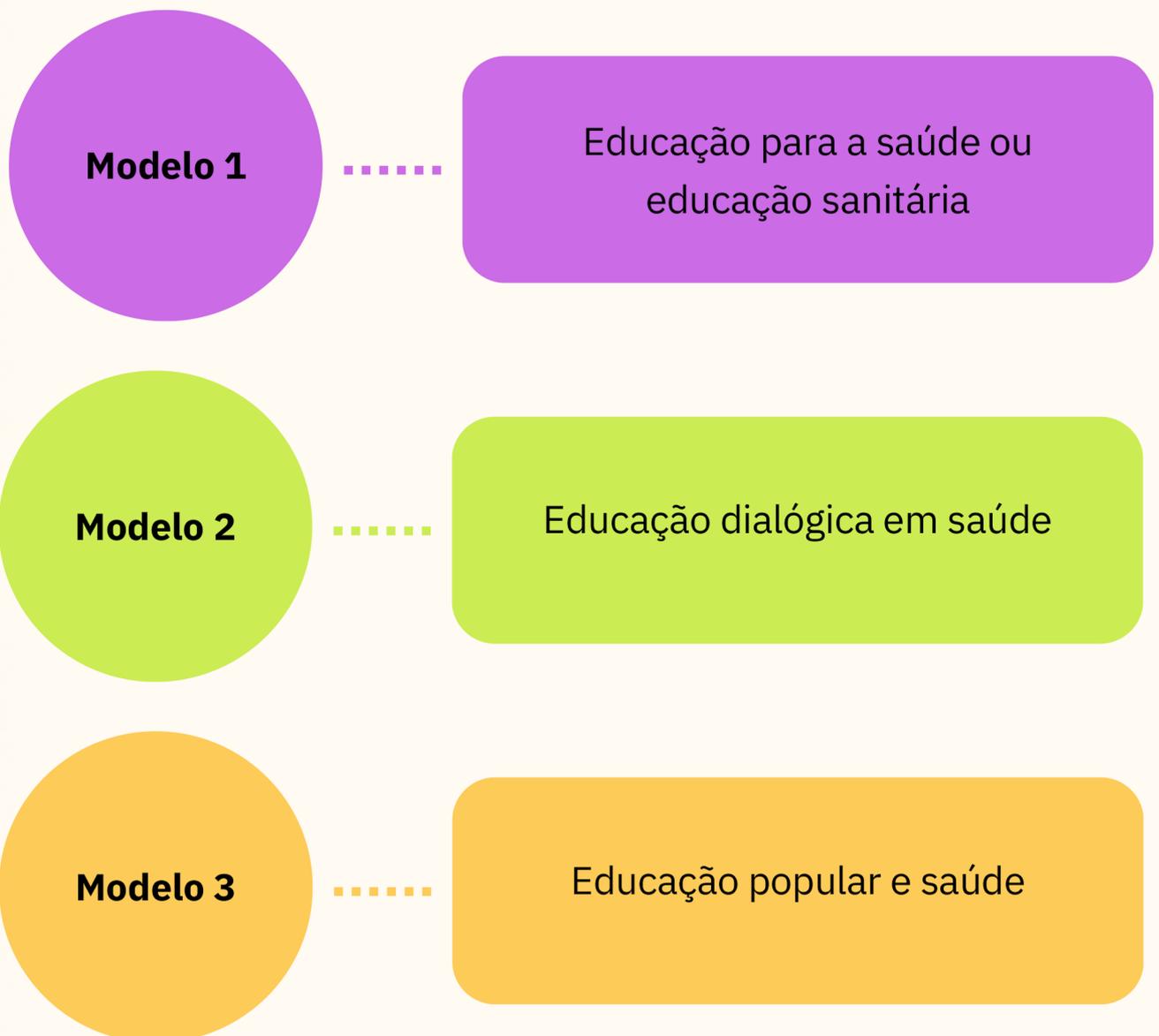


*Com base nesta premissa, podemos perguntar: o que é educação em saúde para você? Para que serve a educação em saúde? Para quem ou com quem se faz educação em saúde?*

Para respondermos tais dúvidas precisamos, antes, entender que quando falamos em “educação”, precisamos falar no plural, em “educações”. Pois, **não existe apenas uma forma de educar em saúde, mas diversos e diferentes modos de pensarmos e fazermos educação.** Os jeitos de educar em saúde dependem da visão de mundo, da concepção sobre ser saudável e sobre a educação que cada um de nós possui. Em seguida, vamos conhecer melhor as principais concepções de educação em saúde.

### 3.2 Modelos de Práticas Educativas em Saúde

Existem muitas e variadas formas de desenvolvermos educação em saúde, optamos por abordar aqui três modelos que têm sido utilizados com maior frequência nas práticas de educação em saúde.



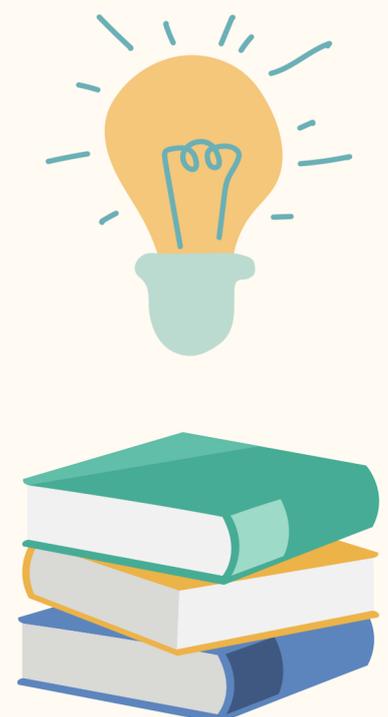
Essas diferentes metodologias têm pressupostos diferentes e defendem elementos conceituais, políticos, éticos, de intencionalidade e de ações diferentes. Apresentamos cada uma delas na sequência, compare-as.

### 3.3 Educação para a Saúde

Essa denominação, semelhante à educação sanitária, indica a **educação como mero instrumento**, um meio para se alcançar a saúde, educar para se obter saúde.

A finalidade da ação educativa, nessa concepção, sempre será de **restaurar um padrão entendido como saudável**, no sentido de adaptar as pessoas a um padrão de normalidade. **O papel dos profissionais de saúde é o de quem detém o conhecimento correto para resolver cada problema, negando a possibilidade de participação ativa dos sujeitos nos processos terapêuticos.**

A educação em saúde tradicional, também nomeada de Educação Sanitária, **surgiu no Brasil a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas no começo do século XX**. Nesse período a população brasileira era atingida por doenças como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, que estavam relacionadas às péssimas condições sanitárias e socioeconômicas em que o povo vivia.



Sem se importar com o componente socioeconômico, o governo da época, de ideologia liberal oligárquica enfrentava os problemas de saúde pública por meio de campanhas sanitárias voltadas para combater as epidemias, ou seja, depois que as doenças já haviam tomado grandes proporções. Este modo de atuação ficou conhecido como **campanhista**, tendo sido concebido em uma visão militar em que os fins justificavam os meios, e na qual o uso da força e da autoridade era considerado o instrumento preferencial de ação.

Nessa visão de educação para saúde, **as campanhas sanitárias eram compostas por vacina obrigatória, vistoria nas casas, internações forçadas, interdição, despejos e informações sobre higiene e a forma de contágio das doenças através de uma abordagem biologista e mecanicista**, que era ditada de forma coercitiva e, muitas vezes, preconceituosa.<sup>26</sup>

Imagem ilustrando a Revolta da Vacina, Brasil, 1904.



A esses sujeitos restava o papel passivo de aceitar as orientações, medicamentos, procedimentos e demais intervenções nos seus corpos, mentes e vidas, com muita paciência. **A prática educativa reduzida a ações e técnicas passa a se constituir num momento de domínio exclusivo do “profissional”, é, por exemplo, o momento de dar orientações, o momento de dar informações, de re(forçar) e até de cobrar e repreender. Não é à toa que as pessoas são chamadas de pacientes...**<sup>27</sup>



*Parece que **tal prática se impõe no nosso cotidiano**, e é por isso que estamos reforçando alguns conceitos, que não são tão atuais, mas que, de certa forma, trazem uma **nova maneira de pensar e repensar a saúde no seu sentido mais amplo, em novas práticas educativas, baseadas em novos modos de pensar saúde e educação.***

A partir dos anos 70, esse entendimento de educação passou a ser criticado, impulsionando o surgimento da compreensão de Educação em Saúde que veremos a seguir.



### 3.4 Educação dialógica em Saúde

Nessa forma de compreender, a Educação e a saúde passam a ser entendidos como **processos sociais articulados**, compreendendo o **processo saúde-doença como determinado socialmente**, tendo em conta o sofrimento nos corpos e nas relações dos sujeitos.

Esse modelo busca **superar o distanciamento profissional/paciente**, vencendo a ideia de que o profissional é aquele que sabe e o paciente é aquele que aprende, aquele que determina/aquele que obedece, propondo uma nova visão do paciente, como alguém com potencial crítico, criativo, transformador da realidade, e, sobretudo, capaz de decidir a respeito de sua saúde.<sup>28</sup>



O profissional de saúde assume o papel de facilitador de um processo reflexivo-criativo que constrói com o indivíduo as melhores escolhas e decisões sobre o seu processo de viver e ser saudável. A educação, neste caso, está imbricada nas ações de saúde da prática cotidiana de uma equipe de saúde. Ou seja: em toda ação de saúde há sempre uma ação educativa conjugada, queiramos ou não, de modo consciente ou não, especialmente, nas práticas da Equipe de Saúde da Família.

Esse modelo de educação em saúde se caracteriza pelo diálogo entre os profissionais de saúde e a comunidade, rompendo com as práticas educativas tradicionais como, por exemplo, as palestras e os grupos de pessoas com determinadas patologias (grupo de pessoas com diabetes ou com hipertensão). É uma proposta de educação em saúde que busca valorizar os saberes populares, estimulando e respeitando a autonomia das pessoas no cuidado de sua própria saúde e incentivando sua participação no controle social do sistema de saúde.<sup>26</sup>

### Quer saber mais?

Leia mais sobre educação bancária e educação dialógica no Dicionário Paulo Freire [clicando aqui](#).



### 3.5 Educação popular e Saúde

O movimento da Educação popular e saúde buscou resgatar o protagonismo da população como sujeitos autônomos para decidir sobre sua saúde e seu corpo, e como coletivo cuja ação política pode interferir nas decisões do sistema de saúde. Nesse sentido, deve haver um compromisso solidário entre os sujeitos envolvidos (indivíduo, família, profissional), pautado na troca de experiências, em que o saber técnico do profissional não é anulado e o saber popular do indivíduo/família não é subestimado.<sup>29</sup>

***É preciso que todos assumam a condição de aprendizes, buscando compreender a realidade e as tramas de poder que dominam as relações existentes, inclusive nos serviços de saúde. É necessário que os sujeitos se descubram com poder e com força para reagir, para pensar, para criticar, para criar e para transformar. Essa força nasce da potência de criação popular, do poder de resistência e de transformação da população.***

A Educação Popular em Saúde é pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e o educando, entre profissionais e usuários, onde o saber popular é valorizado e as discussões sobre temas vivenciados pela comunidade que levam a mobilização social para uma vida melhor está no centro do debate.<sup>30</sup>



A saúde e educação têm seu ponto de encontro justamente nessa possibilidade: a de aprender a SER...<sup>31</sup>

Complementando, poderíamos dizer: **aprender a SER sujeito político, autônomo, crítico e transformador da realidade.**

Em nossa experiência, consideramos que as metodologias de educação em saúde mais adequadas para a abordagem das necessidades de saúde da população, são aquelas que preservam sua **autonomia, valorizando os saberes populares e contribuindo para uma melhor qualidade de vida.**

**Desse modo, podemos afirmar que a educação popular em saúde e a educação dialógica em saúde, contemplam propostas de educação que garantem tais pressupostos, pois ambas mantêm o diálogo com a população e a troca de saberes, em prol da luta por uma sociedade mais justa,** a educação dialógica em saúde incentiva a autonomia das pessoas no cuidado em saúde e a participação do indivíduo no controle social.



### Para saber mais

Falkenberg, Mirian Benites; Mendes, Thais de Paula Lima; Moraes, Eliane Pedrozo de; Souza, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. [Clique aqui para acessar](#)



### 3.6 Modelos de Educação em Saúde na Promoção da Saúde das Pessoas com DCNT



Vamos pensar juntos: **o que esses modelos de educação em saúde têm a ver com a promoção da saúde das pessoas com DCNT? Que lugar a Educação em saúde ocupa no cotidiano do trabalho das equipes de saúde?**

As práticas de educação em saúde fazem parte das ações de saúde previstas no arcabouço do Sistema único de Saúde e, portanto, seguem os preceitos da **Lei Orgânica da Saúde** que, em seu inciso II, do artigo 7º, que estabelece como um dos princípios do SUS a **integralidade da assistência**, entendida como **“um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”**.<sup>32</sup>



O modelo biomédico ainda predomina na concepção e na prática da maioria dos profissionais da área da saúde, o que resulta na dificuldade e até mesmo na recusa em reconhecer o ser humano como mais do que um conjunto de órgãos que apresenta lesões ou disfunções, as quais podem ser resolvidas com o auxílio de outros recursos diferentes dos tecnológicos. O saber constituído a partir da fragmentação do ser humano fundamenta práticas igualmente fragmentadas, desarticuladas de outros saberes e práticas.

Porém, os conhecimentos construídos até o momento indicam que esta compreensão sobre as pessoas e, conseqüentemente, o modelo de atenção à saúde proposto com base nela, são incompatíveis com as necessidades de atenção à saúde da população.

*Na atualidade, a atenção à saúde precisa considerar que cada ser humano faz parte de uma família, que vive em uma comunidade, com um ambiente específico, com determinados hábitos e costumes, crenças, angústias, medos, paixões, etc. E cada uma dessas características faz parte da pessoa, e, portanto, de suas necessidades de atenção à saúde e, conseqüentemente integra o conjunto de necessidades de cada comunidade.<sup>33</sup>*

*Partindo do pressuposto de que a concepção do processo saúde-doença do profissional de saúde determina suas ações na atenção à saúde dos indivíduos e comunidades, é importante destacar que o profissional que não compreende a saúde de forma ampliada, realizará práticas educativas que não terão potencial para produzir mudanças nas pessoas ou na sua qualidade de vida.*



Ao compreenderem a saúde em seu sentido ampliado, buscando desenvolver atenção à saúde na perspectiva da integralidade, os serviços de atenção à saúde podem atuar, não apenas com ações centradas na cura e no tratamento das doenças, de forma meramente assistencialista, mas organizados na **lógica das ações integradas, que envolvem também promoção, prevenção e reabilitação, em nível individual e coletivo.**

As necessidades de atenção à saúde das pessoas não são dissociadas de seu processo de viver, elas podem ser simultaneamente relacionadas ao sofrimento humano provocado por doenças e à redução dos fatores de risco, como no caso da prevenção, ou da melhoria da qualidade de vida por meio da promoção de um processo de viver e ser saudável para as pessoas com DCNT.<sup>34</sup>

O conhecimento produzido em qualquer área do saber, por mais vasto que seja, representa uma maneira parcial e limitada de ver a realidade; o trabalho em equipe, por outro lado, supõe, necessariamente, a superação dos limites colocados pela visão disciplinar. Sendo assim, **os profissionais que conseguem transcender o trabalho disciplinar para o trabalho em equipe oportunizam, com maior facilidade, a realização de diagnósticos comunitários, planejamento das ações, atendimento integral e educação em saúde.**



**O denominador comum para se trabalhar em equipe é a comunicação entre os profissionais, uma comunicação que seja permanente e efetiva.**

É através da comunicação que os processos se organizam, o processo de trabalho da equipe, o processo de cuidado do usuário, articulados com o processo de gestão das ações na unidade básica de saúde, possibilitando identificar as necessidades e dificuldades, bem como produzir soluções conjuntas, como um espaço de pactuação permanente.

# Comunicação

PERMANENTE E EFETIVA!



**Na atuação dos profissionais de saúde frente a pandemia, conseguimos visualizar a importância da educação dialógica em saúde.** Em um momento inicial, estávamos todos sem saber o que fazer, sem entender o que acontecia com os nossos pacientes. As circunstâncias nos levaram a buscar informações, evidências que nos permitissem adquirir competências para darmos conta de melhor cuidar e educar as pessoas. Fomos experimentando determinados procedimentos e estratégias que resultaram em evidências, permitindo melhores soluções, aprendendo e ensinando na ação.



A experiência com a atenção à saúde das pessoas na pandemia nos coloca em um círculo de atividades que se inicia na ação concreta da **reflexão e na observação da nossa prática, da nossa realidade**. Um círculo que busca evidências de conceitualização e experimentação prática, destacando o que conseguimos apreender a partir da reflexão sobre a nossa experiência, sobre a nossa realidade. Algumas evidências corroboram com o que nós inicialmente pensamos em desenvolver, mas outras apresentam divergências, indicam novas possibilidades.

Por tudo isso, **a educação dialógica em saúde nos parece uma estratégia com um grande potencial para a melhoria da atenção à saúde da população, bem como para o nosso crescimento profissional, porque amplia as nossas possibilidades de crescimento, desenvolvimento e aprendizagens.**

Além disso, permite que consigamos atingir melhores resultados em relação ao que estamos enfrentando em nosso trabalho. A sistematização dos dados obtidos permite que nosso trabalho tenha um resultado mais efetivo. Na medida que avançamos nesse movimento podemos ampliar o nosso conhecimento, buscar outras possibilidades e, cada vez mais, aperfeiçoarmos o nosso processo de educação dialógica em saúde.





É possível destacarmos evidências de como **a pandemia estimulou o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde e de educação dialógica em saúde que até então nós não valorizávamos**. Como exemplos, temos: as teleconsultas, os atendimentos de casos via whatsapp, email, telefone, ou seja, a disponibilização de outros recursos para que a população pudesse ter o seu cuidado mantido, apesar da pandemia e da inviabilidade de estarmos todos no mesmo espaço ao mesmo tempo. Todos esses exemplos demonstram o quanto nós desenvolvemos estratégias quando fomos desafiados pela Covid-19.

Portanto, os profissionais de saúde, ao desenvolverem a educação dialógica em saúde, tem a possibilidade de aquisição de novas competências, do desenvolvimento de capacidades específicas, ao tempo em que tornam possível uma atuação focada na capacitação das pessoas, no preparo e na qualificação das equipes. Atuando nessa perspectiva, os profissionais desenvolvem aprendizagens em aspectos específicos, por meio da realização de oficinas de trabalho por projetos, buscando soluções no trabalho em rede, exatamente na perspectiva do trabalho em grupos operativos, em atividades compartilhadas. Nessas atividades todos os membros da equipe conseguem colocar a sua percepção, as suas contribuições para que o trabalho se torne cada vez mais qualificado, propiciando uma atenção à saúde com qualidade e com a possibilidade de maior resolutividade.

Os paradigmas que fundamentam esse processo de prática educativa são colocados por diferentes autores ao longo do tempo, que consideram a possibilidade de desenvolvimento dos seres humanos ser **mais focada no coletivo do que nos indivíduos**. Há a compreensão de que esse desenvolvimento coletivo é necessário principalmente quando estamos enfrentando desafios como o que agora se coloca, onde compreender é mais do que saber. É importante **a ênfase nos valores, na criatividade, na autonomia, na ética e na cooperação, essa última um valor essencial para que nós consigamos desenvolver educação em saúde na perspectiva dialógica problematizadora.**

A cooperação, a flexibilidade cognitiva como possibilidade de desenvolvermos um pensamento sistêmico e complexo, precisa considerar a relevância do contexto e das formas de representação do conhecimento. É importante percebermos que, para que esse processo possa acontecer, precisamos estar abertos às novas aprendizagens, a ouvir os colegas e os usuários, a compartilhar as nossas crenças, os nossos conhecimentos e aceitar experimentar. **Difícilmente conseguiremos desenvolver o potencial da educação dialógica problematizadora se permanecermos fechados em nossos próprios saberes, se não formos capazes de ouvir o outro e compreender o que ele está nos colocando, abertos a experimentar novas formas de aprender e de fazer em saúde.**

*Assim, a educação dialógica problematizadora em saúde aponta para algumas possibilidades, partindo da identificação das necessidades; da priorização dos elementos a serem trabalhados; do desenvolvimento dos trabalhadores e do seu próprio processo de trabalho; da intervenção nos fatores contextuais; e na integração das tecnologias, especialmente as tecnologias educacionais e as tecnologias relacionais.*



Desse modo, produz um processo de educação que incorpora os trabalhadores, os gestores, a população e as instituições de ensino. Tal prática educativa incentiva a aprendizagem e o trabalho em equipe, de forma criativa, antecipatória, permitindo a compreensão de que é no processo de trabalho que se consegue desenvolver aprendizagem sobre o próprio trabalho. A partir dessa experiência é possível desenvolver capacidades metacognitivas que podem auxiliar nos procedimentos e nos processos seguintes de aprendizagem, porque quanto mais nós conseguimos incorporar conhecimentos, mais efetiva vai se tornar a ampliação dos processos de educação dialógica em saúde.

Em relação aos espaços de desenvolvimento, consideramos como um aspecto importantíssimo na educação dialógica em saúde, como em qualquer processo de educação, que possamos pensar na perspectiva da educação interprofissional. Ainda encontramos uma grande dificuldade de compreender que, a partir de um processo de complexificação das práticas de saúde, se tornou impossível que um único profissional dê conta das necessidades de atenção à saúde da população. Compreendendo isso, tendo clareza que não é mais possível darmos conta de todas as necessidades de atenção à saúde da população em uma perspectiva uniprofissional, é necessário planejarmos e desenvolvermos propostas de educação dialógica em saúde que envolvam todos os profissionais da equipe de atenção à saúde.



Esta aprendizagem das interações múltiplas no trabalho corporativo com todos os profissionais de saúde, com os profissionais de outras áreas que possam contribuir com a nossa atividade, com o pessoal do serviço, líderes comunitários, usuários, enfim, com todos os envolvidos em uma situação de vida, é extremamente necessária e importante para o alcance da atenção à saúde das pessoas com DCNT, na perspectiva da integralidade.

Os componentes desse ambiente de aprendizagem precisam ter uma integração efetiva. Um profissional da equipe, isolado, buscando implementar educação dialógica em saúde, é menos potencializador do que se nós trabalharmos com toda a equipe em projetos de educação em saúde integrados e integradores. **É necessário ampliar as experiências de aprendizagem para as equipes de atenção em saúde, e não apenas para uma área profissional isoladamente.** A aprendizagem e o exercício interprofissional desenvolvem a capacidade de intercâmbio de experiências, de aperfeiçoamento, de orientações e de práticas profissionais que contribuem de forma efetiva para a qualidade da atenção à saúde da população.

Assim, quando trabalhamos nessa perspectiva da educação dialógica em saúde, é importante pensarmos em tudo que está envolvido com a produção do cuidado. Temos que pensar em ações de avaliação que envolvam diferentes instituições, apoiadoras da sociedade em geral de todas as áreas dos serviços, com diretrizes que deem um direcionamento para esse processo, que possam favorecer a governança e o alcance de resultados. As experiências podem ser municipais, estaduais ou federais, mas elas precisam ter este componente para que nós consigamos atingir resultados que tenham impacto nos indicadores de saúde das populações, especialmente das pessoas com DCNT.

**Nas ações de educação em saúde envolvendo pessoas com DCNT, é importante revisitar o conceito de promoção da saúde, uma vez que ele está intimamente relacionado à educação em saúde e, muitas vezes, é incompreendido quando aplicado às pessoas com DCNT.**

Relembrando o conceito proposto na Carta de Ottawa por ocasião da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, podemos destacar como aspectos fundamentais da promoção da saúde a autonomia dos sujeitos e a articulação intersetorial para dar conta de um conceito ampliado de saúde: o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle e melhorar a sua saúde; [...] um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes.<sup>35</sup>

Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção da saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar global.<sup>35</sup>

A primeira parte do conceito destaca a importância de reconhecer a autonomia das pessoas e redireciona o papel dos profissionais de saúde, no sentido de privilegiar o empoderamento dos sujeitos políticos para que sejam capazes de construir autonomamente sua trajetória de vida com qualidade, dignidade e justiça.

A participação passa a ser um ponto fundamental nas práticas educativas. O estímulo à participação popular como direito de cidadania no exercício do controle social deve ser reforçado. No Brasil, a **participação é um dos princípios organizativos do SUS**, ou seja, a organização do sistema de saúde deve contar com a participação popular.

Desse modo, a educação em saúde, se torna fator essencial de vinculação e facilitação da participação popular, sendo a educação em saúde um processo potencializador para a participação e o empoderamento dos usuários.

***Briceño-León,<sup>36</sup> em seu artigo, de debate sobre a educação em saúde, traz postulados importantes que devem ser entendidos para que possamos iniciar qualquer atividade de educação com a população. O autor trabalha o conceito de que os profissionais de saúde não devem criar resistências e pré-conceitos em relação às pessoas, e, portanto, precisam mudar sua óptica e trabalhar qualquer ação educativa a partir da necessidade de se conhecer e de se contar com as pessoas.***

#### Para saber mais:



**Texto:** Briceño-León, Roberto. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. [Acesse clicando aqui](#)

## 4. Tecnologias Educacionais

### 4.1 Tecnologia de educação dialógica em saúde

O ponto de partida para o desenvolvimento de um processo de educação dialógica em saúde é o **reconhecimento da realidade vivida pelos sujeitos educandos**. É recomendado que se conheça a história, as crenças, os hábitos, os costumes e as condições em que as pessoas vivem. O respeito às crenças de qualquer natureza (religiosa, política, filosófica) é importante para a construção de uma relação dialógica entre profissional-usuário/família/comunidade e a abertura para a participação ativa dos sujeitos, tanto nos seus processos terapêuticos individuais, quanto nas intervenções mais amplas que buscam a transformação da realidade das comunidades.<sup>33</sup>



***É importante buscarmos conhecimentos sobre aspectos culturais da vida individual e coletiva dos usuários. Evitar o uso de estratégias de convencimento e de repressão em relação a hábitos considerados não saudáveis. Este tipo de abordagem remete à responsabilização e a culpabilização dos indivíduos, pois quando os indivíduos são responsabilizados pelas escolhas de hábitos e estilos de vida, deixamos de levar em conta os múltiplos fatores, individuais e coletivos, que interferem em nossas escolhas.***

Esquecemos que promover a saúde e prevenir doenças depende da melhoria das condições sociais, tais como **educação, habitação, trabalho e salário dignos**. E são justamente estas condições sociais que influem na modificação do estilo de vida.



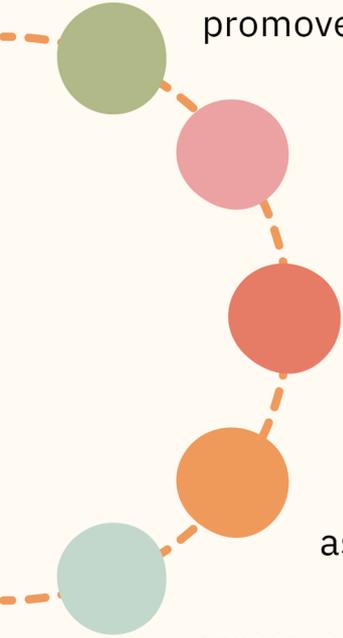
**A educação é componente inalienável do processo de viver, no campo da saúde ela está presente nas inúmeras formas de relações entre sujeitos (profissional-usuário; profissional-profissional; usuários-usuário; educador-educando) a educação é essencial durante todo o processo de viver humano e envolve experiências nos mais diversos campos da ação e interação humana.**

Ao longo da história, diferentes materiais, instrumentos, ferramentas e concepções, estão presentes no processo de trabalho dos profissionais de saúde, seja no cuidar, gerenciar, tratar ou educar, tendo a dimensão educativa como elemento transversal e articulador das diferentes áreas profissionais. **A educação dialógica em saúde mobiliza os processos de mudança das práticas de cuidado, pois ela propõe um processo pedagógico que reconheça as subjetividades, ao mesmo tempo que resgate o compromisso com a comunidade.**

Nesse momento você deve estar se perguntando: bem, ensinar e aprender é uma ação cotidiana do meu trabalho, então por que é necessário aprender sobre o que já faço? Bem, muitas vezes, não fazemos isso com base em um processo de reflexão sobre nossas escolhas. **Você já se perguntou por que faz educação em saúde deste ou daquele modo? Já pensou sobre que valores e crenças fundamentam seu modo de ensinar/aprender?**

Recentemente, a Joint Commission incluiu uma abordagem multiprofissional de educação aos pacientes e familiares para que possam participar do cuidado e da tomada de decisões sobre sua saúde. O documento defende que os profissionais precisam considerar o grau de letramento, escolaridade, habilidades de linguagem e a cultura dos pacientes durante os processos de educação em saúde.<sup>37</sup>

A Pew Health Professions Commission publicou em 1998 um guia para a prática dos profissionais de saúde no novo milênio, mais da metade das recomendações tratam da importância da educação dos usuários e do papel dos profissionais como educadores em saúde. As recomendações incluem a necessidade de:<sup>38</sup>



promover cuidado clinicamente competente ao público

envolver os pacientes e seus familiares no processo de tomada de consciência quanto às intervenções em saúde

providenciar, aos pacientes, educação e aconselhamento sobre questões éticas

expandir o acesso público ao cuidado eficaz

assegurar cuidado apropriado e econômico ao consumidor

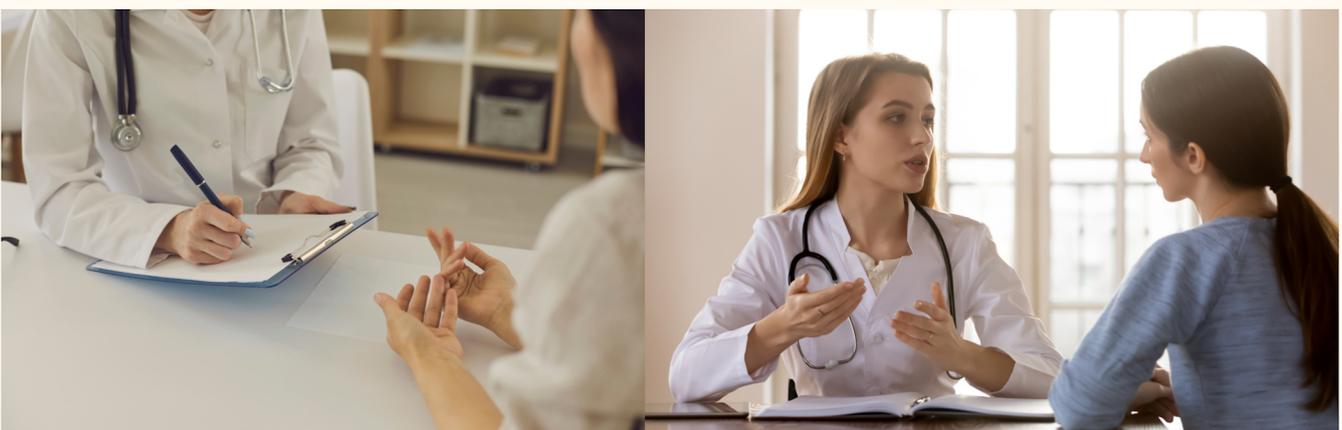
promover a prevenção de doenças e estilos de vida saudáveis para todos

Tais iniciativas se somam a outras relacionadas aos padrões legais e profissionais propostos por várias organizações e agências e às tendências sociais, econômicas e políticas que chamam a atenção para o papel dos profissionais de saúde como educadores em saúde, destacando a importância da educação da equipe e dos pacientes.

O principal objetivo da educação em saúde dos pacientes é aumentar sua competência e sua confiança para a autogestão de sua condição de saúde, aumentando sua responsabilidade e independência para o autocuidado, melhorando sua qualidade de vida, assegurando a continuidade do cuidado e reduzindo as complicações de sua doença.<sup>38</sup>

**O primeiro momento da educação dialógica em saúde é a avaliação diagnóstica, que permite que o profissional de saúde facilite o processo de aprendizagem propiciando experiências que ajudem o aprendiz a identificar o propósito, a determinação e a abordagem da atividade.**

A avaliação diagnóstica permite que o educador identifique as melhores abordagens e atividades educativas mais adequadas tanto para apoiar quanto para desafiar o aprendiz, considerando os estilos de aprendizagem e a prontidão para aprender dos pacientes/usuários dos serviços. Boas avaliações diagnósticas asseguram que a aprendizagem ideal acontecerá com pouco estresse e ansiedade para o profissional e o aprendiz.



Concluída a avaliação diagnóstica, o educador precisa **definir os métodos e ambientes** onde ocorrerão as atividades educativas, o desenvolvimento dessa habilidade requer o conhecimento do processo educativo, de quais métodos instrucionais utilizar com diferentes públicos e ambientes.

Um método instrucional é compreendido como o modo como o conteúdo é apresentado/ensinado ao aprendiz. Alguns exemplos de métodos são: aulas expositivas, discussões em grupos, demonstrações, jogos, simulação, dramatizações, seminários, entre outros. Os materiais ou ferramentas instrucionais são os objetos, veículos, instrumentos usados para o aprendizado. Livros, vídeos, cartazes, blogs, lives, manequins, computadores, são alguns exemplos de materiais.

As decisões sobre qual método e material utilizar precisam levar em conta aspectos como:

**Características dos participantes: tamanho, diversidade, estilos de aprendizagem, níveis de escolaridade**

**Habilidade do educador no manejo dos materiais**

**Objetivos da aprendizagem e características do conteúdo a ser ensinado/aprendido**

**Potencial do alcance da aprendizagem  
Custo- efetividade  
Tecnologias emergentes**

Independentemente do método ou dos materiais selecionados para o desenvolvimento da atividade, o profissional de saúde pode utilizar estratégias para melhorar a efetividade de seu processo de ensino, tais como apresentar a informação com entusiasmo, usar o humor, apresentar o tema dramaticamente, escolher atividades para a resolução de problemas, servir de modelo, usar exemplos e contar histórias, usar a tecnologia, dar reforço positivo, demonstrar aceitação e sensibilidade, incentivar e dar feedback, fazer perguntas, conhecer seu público, usar a repetição, ter ritmo e resumir os pontos importantes

**O uso da tecnologia na educação dialógica em saúde é reflexo do que está acontecendo no mundo neste momento. É interessante utilizarmos tecnologias educacionais no contexto do ambiente em que vivemos e trabalhamos.**

A demanda por tecnologias não para de crescer, adultos e crianças do século XXI tornaram-se dependentes de telefones celulares, computadores, media players, entre outros. A tecnologia mudou o mundo em que vivemos, faz parte da nossa cultura e os dispositivos tecnológicos são cada vez mais comuns no ambiente educativo.

*Talvez o efeito mais significativo dos computadores na educação e na sociedade seja sua capacidade de contribuir com a coleta, armazenamento, transporte e transformação das informações em alta velocidade. A informação e o conhecimento tornaram-se bens preciosos e a habilidade de reunir e avaliar dados de modo eficiente e rápido tornou-se imprescindível neste século.*

O principal impacto dessa mudança para a educação está relacionado ao acesso à informação. Hoje, a informação está amplamente disponível, o professor, ou no nosso caso, o profissional de saúde, não precisa mais “encontrar, filtrar e passar” o conteúdo para as pessoas, na era da informação, os professores precisam ser facilitadores das aprendizagens e não mais provedores de informações.

***A educação dialógica em saúde precisa estar atenta às mudanças para que as atividades de educação em saúde ocorram de modo coerente com as necessidades de informação dos usuários dos serviços de saúde. Neste sentido, os profissionais de saúde precisam estar preparados para serem facilitadores da aprendizagem, ajudando as pessoas no acesso, avaliação e uso da grande quantidade de informações disponíveis nos diversos meios digitais.***



Os profissionais de saúde ao planejarem ações de educação em saúde precisam ter em conta que os usuários dos serviços de saúde de hoje chegam aos atendimentos com as informações em mãos, preparados para dialogar sobre seus possíveis diagnósticos e tratamentos. Não podemos mais considerar que nossos pacientes tenham poucas informações e que aceitarão, sem questionamentos, as informações dos profissionais.

Tendo todos estes aspectos em conta, é desejável que, na medida do possível, possamos realizar uma atividade de ensino em um espaço que permita o acesso ao computador, pois desse modo o profissional educador poderá revisar com o paciente as informações da internet sobre seu caso. Terá a chance de avaliar o grau de domínio que o paciente possui, sua capacidade de identificar e acessar as informações que precisa, aprender a avaliar a confiabilidade da informação encontrada e identificar as páginas da internet mais confiáveis.

Cada vez é mais importante que os profissionais ensinem e encorajem seus pacientes a usarem as diversas formas de recursos da internet, pois assim podem obter informações com rapidez, de baixo custo e sem sair de casa. Esta é uma forma de estimular os usuários ao protagonismo para um viver saudável, estimulando a sua participação nas questões que dizem respeito a sua saúde. Isso implica, ainda, na participação ativa das pessoas em defesa de uma vida digna, na participação nas decisões que interferem em suas vidas, no pleno exercício da sua cidadania.



***O acesso à tecnologia é fundamental para os profissionais, tanto para sua atualização como para a realização de suas atividades, a internet propicia a participação em grupos de discussão eletrônicos, a mala direta eletrônica, reuniões e eventos em plataformas virtuais, fóruns virtuais, e-learning, educação a distância, entre outras.***

Não é mais possível vivermos sem as tecnologias, é inegável seu potencial de transformação da saúde e da educação em saúde, são ferramentas poderosas e que precisam ser utilizadas com cuidado e organização, sem perder de vista que a tecnologia é um meio, um instrumento que pode facilitar a aprendizagem.

O futuro parece inviável sem os inúmeros benefícios da educação mediada por tecnologias, nós podemos contribuir para o sucesso dessa parceria pensando crítica e criativamente em como utilizar as tecnologias no cuidado e na educação, pesquisando sobre os resultados do seu uso.

As possibilidades de educação dialógica em saúde são inúmeras, as mais utilizadas podem ser classificadas como educação individual ou grupos educativos, no primeiro caso, a atividade é realizada com cada pessoa em condição crônica e sua família, já nos grupos educativos a atividade é direcionada para um grupo de pessoas, frequentemente pessoas que vivem a mesma condição crônica, por exemplo, grupos de diabéticos, hipertensos, celíacos, etc. As duas modalidades são importantes e podem ser utilizadas de acordo com as necessidades dos usuários, há momentos em que precisamos de uma abordagem mais direcionada ao indivíduo, outros em que a atividade do grupo educativo é mais indicada.

A educação em saúde como possibilidade de crescimento e como empoderamento para uma melhor saúde é desenvolvida em diferentes espaços e momentos e com diferentes abordagens. A abordagem que defendemos aqui é a de uma educação dialógica em saúde, tendo o usuário como protagonista do processo de aprendizagem, uma abordagem dialógica que respeita suas escolhas e que lhe possibilita uma decisão baseada em informações que envolvem diferentes aspectos de sua condição crônica.

***É importante destacar que consideramos como espaços de educação em saúde todos aqueles em que os profissionais tenham a oportunidade de interagir com as pessoas. Ou seja, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas salas de espera, durante a realização de procedimentos, no hospital, em reuniões de grupos, na comunidade, enfim, em qualquer espaço passível de atuação do profissional de saúde.***



Abordaremos esses tópicos a seguir!

## 4.2 Tecnologia de educação: Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares (VD) podem envolver as atividades educativas e as assistenciais, se constituindo como um dos elementos importantes na criação do vínculo entre profissionais e usuários. A educação no espaço domiciliar possibilita o reconhecimento das relações familiares, dos vínculos afetivos e das redes sociais com que cada pessoa conta, bem como permite avaliar as condições e recursos que a pessoas com condição crônica e sua família possuem para a realização do cuidado.

Ressaltamos, mais uma vez, a importância que esse apoio tem à pessoa com alguma DCNT, como parte do enfrentamento mais efetivo de sua condição. Os profissionais têm na visita uma ótima oportunidade para mobilizar o apoio da família.



Além disso, conhecer o meio ambiente do grupo familiar, favorece a participação do usuário e dos familiares no planejamento compartilhado das ações de saúde. A VD, também fortalece o relacionamento entre a equipe de saúde e as famílias e favorece a maior proximidade entre os usuários e os profissionais. É importante estar atento para evitar que a entrada no domicílio pode ser vista pelo paciente e sua família como um controle excessivo dos profissionais da saúde.

Assim, a visita domiciliar integra um sistema de ações eficazes que resultam em evolução na condição de saúde da população e na redução das injúrias e dos processos de agudização das DCNT. O Ministério da Saúde (MS) avulta a importância do cuidado às pessoas com DCNT no aspecto das redes de atenção à saúde através de atuações que considerem os determinantes sociais em saúde e as indigências específicas de saúde dos usuários.

Observa-se com o aumento das discussões sobre promoção da saúde, uma mudança paradigmática, onde o serviço e profissionais de saúde se tornam responsáveis por instrumentalizar as pessoas com DCNT para a autonomia em seus processos de cuidar.

Para amplificar o protagonismo dos usuários com DCNT torna-se imprescindível **diálogo; interação com a equipe multidisciplinar; e troca de saberes e experiências**. Assim, os profissionais da saúde carecem atuar na educação em saúde com objetivo a fornecer subsídios para o cuidado, sendo a autogestão reconhecida como pilastra para o fortalecimento das condições de saúde de pessoas com DCNT.

Nesta perspectiva surge a necessidade de desvelar as aptidões das pessoas para encararem a cronicidade através da gestão do seu cuidado. Repetidamente, as pessoas com DCNT possuem fragilidades na adesão aos planos terapêuticos propostos pelos profissionais da saúde. A autogestão intenciona proporcionar envolvimento ativo da pessoa com DCNT no cuidado de sua saúde através da monitoração frequente e adesão ao tratamento recomendado para sua doença.

### Para saber mais!

Maestri et al. Autogestão dos cuidados de pessoas com DCNT. In: Helga Regina Bresciani, Jussara Gue Martini e Lilian Denise Mai. (Org.). PROENF - Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto. 1a ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017, v. 03, p. 01-158.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

### 4.3 Tecnologia de educação: Consulta

A Consulta é outra estratégia educativa importante, sendo muito utilizada pelos profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de doenças crônicas, principalmente com o objetivo de abordar a adesão ao tratamento. A consulta, realizada de forma contínua, se constitui em uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família.

**A Consulta, pelo contato direto com o usuário, direciona as ações do profissional e possibilita que o profissional de saúde desenvolva a Educação em Saúde individualizada, por meio de um diálogo aberto com vistas à promoção da autonomia do paciente na realização das intervenções recomendadas.**

A manutenção de uma relação de confiança entre profissionais e pacientes em condição crônica contribui para a adesão ao tratamento. Alguns aspectos são importantes para a realização de uma boa consulta:

- a) Ter tempo para a consulta
- b) Realizar a consulta com calma e envolvimento
- c) Manter um ambiente agradável: silencioso, com privacidade, bem ventilado e iluminado
- d) Utilizar linguagem clara e acessível garantindo que as discussões sejam bem compreendidas pela pessoa
- e) Implementar as ações previstas durante a consulta, grupos educativos ou visita domiciliar
- f) Avaliar as intervenções prescritas analisando se os resultados esperados foram alcançados.



Toda consulta exige dos profissionais conhecimentos específicos de sua área; habilidades técnicas; conduta ética; competência para condução de forma interativa, sem práticas coercitivas, punitivas e de verticalização dos procedimentos adotados.

Os planos de ação devem ser desenvolvidos por meio de negociação.<sup>39</sup>

## 4.4 Grupos como Práticas Educativas

Outra forma muito difundida de desenvolvermos educação dialógica em saúde, especialmente quando discutimos a questão de tecnologias em saúde, são os grupos como prática educativa e de promoção da saúde das pessoas que vivem com doenças crônicas.

Teixeira<sup>40</sup> destaca que o atual contexto enfatiza o viver/conviver em comunidade. As práticas educativas em grupo, como as tecnologias socioeducativas (aqui representando as tecnologias leves), surgem como possibilidades para ampliarmos tais práticas, fornecendo subsídios para educar/cuidar com vistas a autonomia e a emancipação dos indivíduos.

***Os grupos são dispositivos de transformação, instrumentos que possibilitam mudanças de ideias e práticas, as ações educativas em grupo possibilitam a incorporação de novos conceitos, melhoram a comunicação entre as pessoas (tanto profissionais como pacientes), atribuem significado às ações, que são valorizadas a partir do compartilhamento das experiências e vivências, sejam profissionais ou pessoais. As mudanças produzidas provocam impacto na cultura local com um papel multiplicador/irradiador no contexto mais global.***<sup>40</sup>

A realização de atividades educativas em grupos propiciam vantagens aos participantes, facilitam a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos diversos membros, possibilitam a quebra da relação vertical (profissional/paciente) e favorecem a expressão das necessidades, expectativas e angústias de cada participante.<sup>41</sup>

***O compartilhamento das vivências e experiências permite que os participantes construam outras possibilidades para o enfrentamento da sua condição crônica.***



No grupo, cada participante tem direito ao exercício da fala, de expressar sua opinião, de seu ponto de vista e de seu silêncio. Cada um possui sua identidade, diferente dos outros, embora possua o mesmo objetivo do grupo (papéis desempenhados pelos participantes).<sup>41</sup>

O grupo é composto por pessoas movidas por necessidades semelhantes, a partir de uma realidade existente, assumindo uma maneira própria de agir e pensar. Existem vários tipos de grupos, cada um com o seu objetivo e estes objetivos devem ser construídos de forma participativa. Alguns grupos podem: oferecer suporte, realizar tarefas, socializar, melhorar seu autocuidado ou oferecer psicoterapia.<sup>41</sup>



### Quer saber mais?

Leia mais sobre o tema em Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. [Clique aqui para ler](#)



## 5. Síntese do Conteúdo

*É fundamental que sejam feitas sínteses de conteúdo a cada subtópico/capítulo trabalhado. Para o leitor é interessante esse resgate; e irá auxiliar na confecção de materiais mais “curtos” para o encontro síncrono, encontro presencial e/ou maior aproveitamento do conteúdo em atividades formativas de menor porte.*

*Abordamos a educação em saúde como uma tecnologia de cuidado direcionada às pessoas com DCNT. Apresentamos algumas referências teóricas e práticas que podem contribuir para o desenvolvimento das atividades educativas no cotidiano dos profissionais de saúde.*

*Defendemos a educação como uma importante tecnologia aplicada na prevenção e controle das condições de saúde das pessoas com DCNT, através do desenvolvimento de habilidades pessoais e conhecimento para a promoção da saúde das pessoas com DCNT.*

*Apresentamos as possibilidades de educação em Saúde individual e em grupo com abordagens que valorizam as aprendizagens e as vivências das pessoas na busca por novos conhecimentos e habilidades, seja através de consultas, visitas domiciliares ou de atividades em grupos educativos.*

*Por fim, buscamos te estimular a refletir criticamente sobre a realidade, através de pesquisas e de práticas educativas dialógicas em saúde, entendidas como tecnologias do processo de cuidar e promover a saúde das pessoas que vivem com DCNT.*

## REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office. Department of Human Resources for Health. In: Hopkins, D. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva, 2010.
2. CAIPE. Interprofessional education: the definition [Internet]. 2002. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
3. PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2016, v. 20, n. 56 [Acessado 29 Junho 2020], pp. 199-201. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>>.
4. BATISTA, NA. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. Cad. Fnepas, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, 2012. Disponível em: [www.fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf)
5. GARCIA, C.P.C. Contribuições do pet-saúde/redes Bahiana na formação interprofissional em saúde. 2018. Tese (Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador – Bahia.
6. MIGUEL, E.A. et al. Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0576>
7. STEVEN, K. et al., Toward interprofessional learning and education: Mapping common outcomes for prequalifying healthcare professional programs in the United Kingdom. Medical Teacher, v. 39, n. 7, p. 720-44, 2017.
8. CARPENTERM, J.; DICKINSON, H. Interprofessional Education and Training. Bristol: Policy Press. Int J Integr Care. Jul-Sep; 8: 2008. Disponível em: <https://policypress.co.uk/interprofessional-education-and-training>
9. FREETH, D. et al. A critical review of interprofessional education. 2002.
10. COOPER, H.; SPENCER-DAWE, E.; MCLEAN, E. Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first 101 year undergraduate students. Journal of Interprofessional Care, London, UK, v. 19, n. 5, p. 492-508, 2005.
11. FRENK J, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. Lancet. v. 376, n. 9756, p. 1923-58. 2010.
12. TOASSI, R.F.C. et al. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0026798, 2020.
13. FOX L., et al. Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. Journal of Interprofessional Care. V.32(2): 127-35., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1399868>.
14. FONSÊCA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. . Políticas de reorientação da formação, qualificação e provimento profissional em saúde: itinerários e interfaces das estratégias indutoras de mudanças. In: Claudio Claudino da Silva Filho; Carlos Alberto S Garcia Jr; Douglas Francisco Kovaleski. (Org.). VER-SUS Santa Catarina: Itinerários (trans)formadores em saúde. 1ed. Tubarão: Editora Copiarte, 2017, v. 1, p. 118-151.
15. SILVA, R.H. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Educ Rev. 2011; (39):159-75.

- 
16. ALMEIDA, M.M. et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 119-126, mar. 2012.
17. GILBERT JHV. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *J Interprof Care.* v. 1 Suppl 1:87-106. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500067132>.
18. REEVES S, PERRIER L, GOLDMAN J, FREETH D, ZWARENSTEIN M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 28(3).
19. BARRETO, L.S.O; CAMPOS, V.D.G.; POZ, M.R.D. Interprofessional education in healthcare and health workforce (HRH) planning in Brazil: experiences and good practices. *Journal of Interprofessional Care*, v. 33, n. 4, p. 369-81, 20 ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1646230>
20. ROSSIT, R.A.S.; AFONSO, D.H.; VASCONCELOS, M.V.L. «Educação interprofissional na graduação em saúde : percepção de estudantes e docentes sobre as práticas educativas». *Enseñanza de las ciencias*, Núm. Extra (2017), p. 5449-5454. Disponível em: <https://ddd.uab.cat/record/182811>.
21. LIE, D.A.; FOREST, C.P.; KYSH, L. et al. Interprofessional education and practice guide No. 5: Interprofessional teaching for prequalification students in clinical settings. *Journal of Interprofessional Care*, v. 30, n. 3, p. 324-30, 2016.
22. PEDUZZI, M.; SILVA, J.A.M.; LEONELLO, V.M. A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e a prática interprofissional. In: MOTA, A.; MARINHO, M.G.S.M.C.; SCHRAIBER, L.B. *Educação, Medicina e Saúde: Tendências Historiográficas e Dimensões Interdisciplinares*. 10 ed. Santo André: UFABC, 2018. p. 375.
23. BOADEN, N., LEAVISS, J. Putting team work in context. *Med Educ.* 2000; 34(1):92 Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00794.x>
24. SANTOS, Lucas Cardoso dos; SIMONETTI, Janete Pessuto; CYRINO, Antonio Pithon. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 22, supl. 2, p. 1601-1611, 2018.
25. GEREMIA, D.S. et al. Políticas e práticas da Universidade Federal da Fronteira Sul na formação de profissionais militantes para o Sistema Único de Saúde. In: FILHO, C.C.S., GARCIA JR, C.A., KOVALESKI, D.F. *VER-SUS Santa Catarina: itinerários (trans)formadores em saúde*. 1 ed. Tubarão-SC: Editora Copiart, 2017. p. 339-352.
26. MACIEL, M. E. D., Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 4, p. 773-776, 2009.
27. RAMOS, F. R. S.. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão - Comentários ao texto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n.4, p. 340-342, 2003.
28. FIGUEIREDO, M. F. S., RODRIGUES-NETO, J. F., LEITE, M T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p.117-21, jan./fev., 2010.
29. VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, n. 8, p. 121-126, fev., 2001.
30. Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

- 
31. KLEBA, M. E.. Educação em saúde e a práxis de enfermagem: Um estudo de caso numa Unidade Básica de Saúde. In: Flávia Regina Souza Ramos; Maria Elisabeth Kleba; MARTA Machado Verdi. (Org.). Para pensar o cotidiano: Educação em Saúde e a práxis da enfermagem.. 1ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999, v. , p.
32. BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080 de 1990.
33. Educação em saúde [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Marta Verdi, Fátima Buchele, Heitor Tognoli. – Florianópolis, 2010.
34. MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.
36. BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 1, p. 7-30, 1996.
37. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.(2001)Patient and family education: The compliance guide to the JCAHO standards (2nded). Disponível em: <http://accreditinfo.com/news/index.cfm?artid=2011>.
38. BASTABLE S. B. (2010). O Enfermeiro como Educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. (3a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
39. MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 207-214, 2003.
40. TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio/educativa: Vivências na ilha de Caratateua, Belém. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, v. 11, n.1, p. 15515-9, 2007.
41. DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/330>

