

# A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM UM GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM DIALÓGICA

*Nursing students' experience in a health education group: a dialogic approach*

Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais

## RESUMO

**Objetivo:** Fazer uma reflexão teórica sobre a experiência de estudantes de Enfermagem em um grupo de educação em saúde, no município de Campinas-SP, tendo como referencial teórico-metodológico o Modelo Dialógico. **Síntese dos Dados:** Tratou-se de um relato de experiência, realizado em um Centro de Saúde do Distrito de Saúde Sudoeste, no município de Campinas-SP, no período de agosto a dezembro de 2009. Este Grupo foi dividido em 04 subgrupos de, em média, 60 usuários cada, sendo realizadas avaliação diagnóstica; identificação de temáticas a serem trabalhadas com os usuários e planejamento e execução de dinâmicas de grupo. A metodologia desenvolvida nas atividades educativas baseava-se no referencial teórico do Modelo Dialógico de Educação em Saúde. Por meio das dinâmicas de grupo, promoveram-se três mudanças na forma de pensar e fazer educação em saúde: i) do enfoque biologicista à apreensão multidimensional do indivíduo; ii) ao compartilhar, nós aprendemos: o princípio da bidirecionalidade; e iii) saber, não-saber ou sabemos? O princípio da simetria. **Conclusão:** Demonstra-se a viabilidade e operacionalidade do Modelo Dialógico para intervenções educativas em saúde.

**Descritores:** Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Saúde Comunitária.

## ABSTRACT

**Objective:** To conduct a theoretical reflection on the experience of nursing students in a group of health education, in Campinas-SP, having as theoretical and methodological referential the Dialogical Model. **Data Synthesis:** This was an experience report, conducted in a Health Center of Southwest Health District, located in Campinas-SP, in the period from August to December 2009. This group was divided into 04 subgroups of on average 60 users each, being held diagnostic evaluation, identification of issues to be worked with users and planning and execution of group dynamics. The methodology developed in the educational activities was based on the theoretical Dialogical Model of Health Education. By means of group dynamics three changes were promoted in the way in which health education is thought and conducted: i) from a biologicist focus to the multidimensional apprehension of the individual; ii) through sharing, we learn: the principle of bidirectionality; iii) to know, not to know or do we know? The principle of symmetry. **Conclusions:** The viability and operability of the Dialogic Model for health education interventions is demonstrated.

**Descriptors:** Health Education; Health Promotion; Primary Health Care; Community Health Nursing.

Lucas Pereira de Melo<sup>(1,2)</sup>  
Bruno Gomes Canha<sup>(2)</sup>  
Danilo Cabral Ramos<sup>(2)</sup>  
Nello Pereira da Silva<sup>(2)</sup>  
Kelly Cristina Lopes da Silva<sup>(2)</sup>  
Valéria Guimarães Bernardo<sup>(2)</sup>  
Luciana Cristina dos Santos  
Ribeiro<sup>(2)</sup>

1) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP) - Brasil

2) Faculdade Anhanguera de Campinas, Unidade 3 - FAC 3 - Campinas (SP) - Brasil

Recebido em: 16/07/2010

Revisado em: 15/02/2011

Aceito em: 07/03/2011

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem-se assistido ao aumento das taxas de morbimortalidade por doenças crônicas. Diante dos fenômenos sociais, econômicos e demográficos que abrangem todos os países (destacando-se a globalização, urbanização e envelhecimento da população)<sup>(1)</sup>, o aumento das taxas destas enfermidades tem representado uma ameaça à saúde pública<sup>(2)</sup>.

Tal afirmação pode ser retratada através das principais causas de mortes no ano de 2002, que foram: 17 milhões por doenças cardiovasculares; 7 milhões por câncer; 4 milhões por doenças pulmonares crônicas e 1 milhão por diabetes<sup>(3)</sup>. Já em 2005, estima-se que, aproximadamente, 58 milhões de pessoas morreram por doenças crônicas, e a previsão é a de que, em 2015 este número cresça para 64 milhões<sup>(2,4)</sup>. Diante dessa realidade, destaca-se para este estudo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM).

Seguindo a agenda global das políticas de saúde dirigidas ao combate destas enfermidades, o Ministério da Saúde brasileiro tem proposto uma série de medidas voltadas, principalmente, para a Atenção Básica em Saúde. Neste sentido, implantou, no ano 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus*<sup>(5)</sup>.

Este Plano tem por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para uma reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de

saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores<sup>(5)</sup>.

Em decorrência dessa medida, foi criado, no âmbito da Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia), estabelecido pela Portaria Conjunta SE/SPS 02/2002. O HiperDia possibilita o cadastramento, o acompanhamento dos pacientes e o registro da dispensação de medicamentos em unidades ambulatoriais, gerando informações para os profissionais e gestores do SUS<sup>(6)</sup>.

Dentre as medidas propostas para a prevenção, avaliação e o tratamento dessas morbidades, o Ministério da Saúde estabelece o desenvolvimento de atividades educativas para esta população individual e em grupo<sup>(7)</sup>. Os profissionais de saúde têm realizado tais ações educativas, predominantemente, em grupos. Esses são conhecidos como Grupos HiperDia.

Os Grupos HiperDia têm sido considerados espaços privilegiados de produção de cuidados. No entanto, alguns objetivos característicos da promoção da saúde têm sido compreendidos como realidades independentes das condições político-econômicas e das formações históricas e culturais em que se produzem<sup>(8)</sup>.

Esse processo tem se evidenciado nas práticas educativas em saúde por meio da configuração de dois modelos: Modelo Monológico e Modelo Dialógico. Estes modelos podem ser caracterizados por uma série de atributos ou princípios epistemológicos (Quadro I)<sup>(8)</sup>.

Quadro I - Princípios epistemológicos dos Modelos Monológico e Dialógico de Educação em Saúde<sup>(8)</sup>.

MODELO MONOLÓGICO	MODELO DIALÓGICO
<i>Princípio da unidimensionalidade</i> – enfoque biologicista e reducionista, típicos do modelo biomédico. Uso de estratégias de reificação que consistem em desassociar os processos de saúde e doença, para que sejam percebidos como realidades naturais, alheias às populações, às suas histórias e à suas estruturas sociais.	<i>Princípio da multidimensionalidade</i> – propõe uma compreensão dos fenômenos do processo saúde-doença como algo que ultrapassa o agregado de variáveis sociais, políticas, econômicas, culturais e outras. Dessa forma, vai além do mascaramento trazido pelo modelo biopsicossocial que, em última instância, retoma o determinismo biológico e psicológico em detrimento da análise social.
<i>Princípio da unidirecionalidade</i> – existência de um fluxo comunicativo que se movimenta a partir dos profissionais em direção à chamada “população-alvo”, mas não a partir desta em direção aos primeiros. O coletivo dos usuários é percebido como um recipiente passivo que pode ser “preenchido” ou “esvaziado” por meio de intervenções educativas.	<i>Princípio da bidirecionalidade</i> – intercâmbio de mensagens, ideias, representações, informações entre os profissionais e os grupos sociais nos quais se intervém. Requer um conhecimento da realidade local do coletivo social com o qual se está trabalhando.
<i>Princípio da hierarquia</i> – a atribuição de posições de saber (profissionais) e de não-saber (usuários) no jogo comunicativo. É também uma justificativa para a ação verticalizada e unidirecional. Nessa medida, a educação em saúde é cenário de uma relação de saber-poder.	<i>Princípio da simetria</i> – defende-se um modelo que coloque os diferentes atores sociais (profissionais e usuários) em uma posição de maior reciprocidade, sem desfigurar seus papéis ativos neste processo.

Diante do que é apresentado, este estudo tem como objetivo promover uma reflexão teórica sobre a experiência de estudantes de Enfermagem em um Grupo HiperDia, tendo como referencial teórico-metodológico o Modelo Dialógico<sup>(8)</sup>.

Esta escolha parte do pressuposto de que refletir sobre experiências poderá reverberar em uma atitude crítica diante das ações de Educação em Saúde. Uma atitude crítica que questione o estatuto de verdade destas ações, que reclame um movimento de reflexão profunda sobre os pressupostos epistemológicos que as subjazem. Portanto, não se pretende oferecer “fórmulas” ou “receitas” para este tipo de produção de cuidados, passíveis de reprodução em outros contextos. O que se espera é a constituição de “laboratórios de erros”<sup>(9)</sup> e possibilidades, nos quais essas práticas educativas possam ser forjadas no instante epifânico do cotidiano de trabalho em saúde. Lá onde as relações de produção de cuidado são engendradas. Em espaços cada vez mais permeados pela incerteza própria do tempo contemporâneo.

## SÍNTESE DOS DADOS

### Métodos

Trata-se de uma reflexão teórica pautada nas experiências de um grupo de estudantes de Enfermagem, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada, durante a disciplina Estágio Supervisionado I, realizado em um Centro de Saúde (CS) do Distrito de Saúde Sudoeste, no município de Campinas-SP, no período de agosto a dezembro de 2009.

O foco dirige-se a um estudo de caso que aplicou o Modelo Dialógico nas práticas educativas desenvolvidas no Grupo HiperDia da referida unidade de saúde. Porém não se trata daquele caso típico, de inspiração positivista, que surgiu no âmbito das pesquisas médicas e de psicologia, reportando-se à análise detalhada de um indivíduo com determinada patologia<sup>(10)</sup>. Este caso compreende o ponto de vista das Ciências Sociais. Neste campo, o foco não é necessariamente um indivíduo, mas um conjunto de casos individuais, uma organização social, uma prática social (as ações educativas nos grupos HiperDia, por exemplo) ou uma comunidade<sup>(11)</sup>.

As atividades que constituem este estudo de caso foram desenvolvidas com a Equipe Sol, por coincidir o horário dos estágios e de realização do Grupo HiperDia. A Equipe Sol era formada, na época, por 02 clínicos gerais, 01 enfermeira, 01 pediatra, 01 ginecologista, 01 odontóloga, 02 auxiliares de enfermagem, 02 agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses profissionais, prestavam apoio matricial à Equipe Sol: 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta e 01 psicóloga.

Assim, para compreender os aspectos deste Grupo HiperDia, buscaram-se as suas principais marcas identitárias, caracterizando-as, estabelecendo relações entre elas, identificando modelos que as estruturam e as relações com o contexto<sup>(10,12)</sup>.

Foram respeitados os preceitos éticos da participação voluntária e consentida, segundo as Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução 251/97, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que regulamentam investigações envolvendo seres humanos. A instituição foi comunicada e esclarecida quanto à viabilidade do estudo e do compromisso de manter o anonimato, tendo autorizado o acesso aos usuários do serviço.

### Compreendendo o contexto

O CS abrange uma população de 3.360 famílias, distribuídas em cinco bairros. Esse território é caracterizado pelo processo de urbanização desordenado, sendo, em sua maioria, áreas de ocupações. Além do CS, a comunidade conta com alguns equipamentos sociais: 02 creches, uma mantida por uma organização não-governamental e a outra, pela Prefeitura Municipal de Campinas; 03 centros comunitários, localizados em bairros diferentes, e 02 Igrejas Católicas. Não há escolas de ensino fundamental e médio na região.

Os profissionais de saúde estão organizados em duas Equipes de Saúde da Família (ESF) ampliadas: a Equipe Sol e a Equipe Estrela. O grupo de estágios era composto por 06 alunos do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem e 01 docente-enfermeiro.

O Grupo HiperDia com o qual se trabalhou contava com 247 usuários cadastrados, com diagnósticos de HAS, DM ou ambos. Deste total, 87% tinham idade entre 60-75 anos, a maioria (78%) era do sexo feminino e 82% eram migrantes das Regiões Nordeste, Sul e Sudeste. O Grupo era estruturado em quatro subgrupos, dada a quantidade de usuários cadastrados, de aproximadamente 60 pessoas em cada um. Dessa forma, havia um encontro mensal com cada subgrupo. Os encontros semanais eram coordenados pela enfermeira, pela médica, por uma auxiliar de enfermagem e duas ACS da ESF Sol.

O grupo de estudantes e docente participaram de 22 encontros no Grupo HiperDia: 01 para avaliação diagnóstica; 01 para identificação das temáticas a serem trabalhadas e 20 para realização de dinâmicas. Foram 05 dinâmicas de grupo, sendo que cada uma repetiu-se quatro vezes (01 para cada subgrupo).

No primeiro encontro com o Grupo, realizou-se uma avaliação diagnóstica a respeito de seu funcionamento. Como resultados desta avaliação, identificou-se: i) baixa

adesão dos participantes do Grupo (três a cinco participantes por encontro); ii) sentimentos referidos de impotência e frustração dos profissionais; iii) práticas educativas centradas na doença; iv) postura verticalizadora e algumas condutas autoritárias, por parte dos profissionais; v) os “participantes” ficavam, em geral, calados diante das longas explicações da fisiopatologia e da realização de cuidados protocolares; vi) desmotivação dos profissionais e usuários em participar do Grupo.

Em discussão com a ESF, ficou decidido que o planejamento das atividades educativas realizadas no Grupo HiperDia ficaria sob a responsabilidade do grupo de estudantes e docente. Desde então, passou-se a fazer ligações telefônicas para os usuários com o objetivo de lembrá-los da reunião, já que alguns diziam esquecer. Isto era feito um dia antes do encontro do Grupo. Esta foi uma estratégia que colaborou para o aumento da frequência nos encontros posteriores.

No segundo encontro, foram elencadas, com os usuários, quais seriam as temáticas que eles desejavam discutir. Com base nestas informações, foi possível planejar e executar as dinâmicas de grupo das reuniões seguintes. Era discutida uma temática por mês, para abranger todos os subgrupos. Neste processo, todas as atividades propostas pautaram-se nos pressupostos teórico-metodológicos do Modelo Dialógico<sup>(8)</sup>.

Cumprе ressaltar que o uso indiscriminado de grupos na educação em saúde tem sido apontado na literatura como algo problemático. O grupo é uma tecnologia bastante conhecida e difundida nos serviços de saúde, geralmente funcionando como se fossem consultas coletivas, nas quais são abordados temas de interesse dos seus membros. Pode-se afirmar que um dos problemas de seu uso indiscriminado é a visão reducionista dos profissionais de saúde que, geralmente, desconsideram as diferenças e singularidades dos usuários<sup>(13)</sup>.

Estudiosos da Psicologia Social têm-se ocupado mais detidamente das questões concernentes aos processos grupais, dentre eles o papel de coordenador de grupos. O que se tem observado é um preocupante processo de banalização numa perspectiva claramente tecnicista. Com isso, tem-se a falsa impressão de que coordenar grupos é uma atividade simples e que não requer maiores conhecimentos teóricos, além do domínio de alguns “jogos”, “técnicas” e “dinâmicas” superficiais aplicadas, geralmente, à revelia do movimento grupal<sup>(14)</sup>.

Coloca-se, ainda, a importância de esclarecer que o papel de coordenador de grupos se encontra atrelado à própria concepção de grupo dos profissionais que o exercem, ou seja, em todo e qualquer caminho metodológico utilizado na investigação dos processos grupais, subjaz uma

concepção de mundo e de homem nem sempre explicitada<sup>(14)</sup>. Neste sentido, fez-se necessária uma reflexão por parte de estudantes, profissionais da ESF e docente sobre qual seria a concepção de homem e de grupo que permearia essas experiências.

Entendeu-se o homem como um sujeito histórico, social e culturalmente situado, inserido em uma teia de relações sociais, políticas, econômicas, educacionais e simbólicas, caracterizada pelas interações com outros sujeitos e instituições, sendo essas interações mediadas pela linguagem e geradoras do agir no mundo.

A concepção de grupo foi pensada por meio do referencial teórico do Trabalho Vivo em Saúde<sup>(15)</sup>. Assim, o grupo foi compreendido como uma modalidade de tecnologia educativa leve-dura, marcada por uma “micropolítica de encontros” e com potência para disparar situações sociais “produtoras de atos cuidadores”. Tais atos são marcados por “relações intercessoras” entre o trabalhador de saúde e o grupo e promovem encontros em ato, no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca do processo de instituição de um novo sujeito coletivo (o grupo).

Dessa forma, os trabalhos (Quadro II) com o Grupo foram norteados por duas afirmativas: 1) o Grupo não é para falar unicamente da doença (HAS e DM), mas sim da *vida*; e 2) não existe uma “receita” para atividades de educação em saúde em grupos, mas sim um convite diário para *produzir singularmente*. Estes eixos norteadores foram trabalhados em articulação com os princípios do Modelo Dialógico de Educação em Saúde.

### **Do enfoque biologicista à apreensão multidimensional do indivíduo**

Apesar de todas as críticas já produzidas sobre o modo de fazer programas e campanhas educativas, ainda não estamos diante de algo que perturbe ou desacomode o que se tem dito e feito em termos de educação em saúde, no Brasil. Os projetos educativos em saúde seguem, sendo, majoritariamente, inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que “a gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber-viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão. Assume-se que, para “aprender o que nós sabemos”, deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida<sup>(16)</sup>.

Tal perspectiva é própria do Modelo Monológico no qual há uma predominância de modelos biológicos ou biologicistas nas maneiras de conceber e praticar a Educação em Saúde. Neste tipo de abordagem, há ausência de conhecimentos em ciências sociais e em comunicação, os profissionais de saúde têm dificuldades para distinguir

Quadro II - Caracterização das dinâmicas de grupo. Campinas-SP, 2009.

DINÂMICAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES	RESULTADOS
O ciclo da vida: envelhecimento	Discutir as mudanças causadas pelo processo de envelhecimento e seus impactos na vida cotidiana.	Sentados em círculo, os participantes do grupo foram estimulados a responder à seguinte questão disparadora: <i>O que mudou na minha vida nos últimos 10 anos?</i>	Deslocou-se o enfoque das mudanças biológicas do envelhecimento às histórias de vida de cada usuário. Assim compartilharam-se vivências tristes e alegres, perdas e ganhos ao longo da vida. A ESF pôde conhecer aspectos da vida dos usuários que não eram relatados em consultas clínicas.
Cuidado de si	Negociar práticas de cuidado alternativas àquelas propostas pelos profissionais de saúde.	Sentados em círculo, os participantes responderam à seguinte questão disparadora: <i>Eu me cuido quando faço...</i>	Os usuários elencaram práticas de cuidados, além daquelas propostas pela ESF: brincar com os netos, sorrir, ouvir música, passear, ver televisão, cuidar da casa, cuidar da família, ir à igreja...
Ampliação de redes sociais	Estimular práticas de socialidade e de formação de redes sociais de apoio à comunidade.	Cada participante foi auxiliado a produzir um “mapa” de sua rede de apoio à comunidade (parentes, amigos, vizinhos, instituições, etc.). Em seguida foi construído um “mapa” coletivo para interligar os mapas individuais.	Promoveu-se a aproximação das redes sociais dos usuários. Alguns deles, mesmo se conhecendo no Grupo, não mantinham uma relação mais próxima fora dele. Com essa dinâmica, foi possível estimular a formação de pequenos grupos para a caminhada, a realização de visitas, o auxílio em problemas domésticos para os que moravam sozinhos etc.
Movimentação	Incentivar a realização de caminhadas entre os usuários de acordo com suas condições físicas e socioambientais.	Realizou-se uma demonstração de “caminhada” dentro do espaço em que o grupo reunia-se, partindo dos seus saberes e práticas.	Proporcionou um espaço dialógico e menos prescritivo para trocas e aprendizagens. Tanto os usuários quanto os profissionais e estudantes socializaram, com descontração, seus saberes e práticas sobre caminhadas.
Projetos de vida	Elaborar objetivos e metas para a vida.	Fez-se uma avaliação do ano 2009 (conquistas/perdas) e planos para o ano 2010.	Usuários, profissionais e estudantes avaliaram a vida em 2009 e realizaram planejamentos para 2010.

o papel terapêutico e o papel educativo, e a compreensão dos fenômenos sociais e culturais envolvidos nas matérias de saúde dá-se por meio de análises individualistas, o que corrobora a negação da produção social da saúde e da doença<sup>(8)</sup>.

Diante disso, as dinâmicas que compõem este estudo de caso fundamentaram-se num entendimento do processo saúde-enfermidade-cuidado que resgata seu caráter multidimensional. Sendo assim, a análise leva em consideração não a simples ampliação do repertório de fatores ou categorias que interferem na saúde, na doença e no cuidado<sup>(8)</sup>. Trata-se, pois, de empreender esforços na prática de uma clínica do sujeito, ampliada, que leve em

consideração a historicidade e a concretude da realidade de vida do adoecido. Destaca-se, assim, a necessidade de destituir a doença de seu caráter ontológico, para construir projetos de saúde e de vida<sup>(17)</sup>.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, a pessoa é o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma, a ênfase não é mais colocada no “processo de cura”, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do paciente”<sup>(18)</sup>.

A experiência neste Grupo de educação em saúde evidenciou a relevância desses deslocamentos: de um enfoque unidimensional a outro, multidimensional. Neste

sentido, reconheceu-se o papel da história de vida desses sujeitos, suas maneiras de cuidar de si, do outro e do entorno social, suas redes de relações sociais, seus saberes e experiências na vivência do processo saúde-doença-cuidado.

Estudos têm assinalado a importância de abordagens, na Educação em Saúde, que não se restrinjam à transmissão de conhecimentos, mas que englobem os aspectos emocionais, sociais e culturais que influenciam no seguimento do tratamento<sup>(16,19,20)</sup>.

O enfoque multidimensional, proposto pelo Modelo Dialógico, propõe intervenções educativas que se dirijam não só ao indivíduo, mas ao restante de atores e instâncias sociais envolvidas no processo saúde e doença<sup>(8)</sup>. Uma prática de educação em saúde que negue ou subestime estas dimensões pode estar fadada ao insucesso, pois embora as atividades educativas (individual ou em grupos) sejam gratificantes, estudos<sup>(19,21)</sup> apontam que podem ser, igualmente, cansativas e frustrantes para os profissionais.

Acredita-se, ainda, que essa frustração pode levar à tensão e à Síndrome de *Burnout*. Desta forma, enumeram-se algumas questões importantes ao analisar a construção da estratégia pedagógica e a frustração produzida pelo insucesso da prática educativa, tais como: i) a prática de educação normativa tende a ser apolítica, individualista e biomédica; ii) abordagens que descontextualizam a saúde e a doença tendem a gerar sentimentos de culpa e vitimização, quando as escolhas feitas pelo paciente não são consideradas saudáveis; iii) excluir questões psicossociais pode impactar na habilidade para mudança; iv) perceber o manejo da doença numa perspectiva puramente biológica é uma intervenção essencialmente equivocada, contribuindo para cuidados reducionistas e reativos; v) uma abordagem mais holística requer o reconhecimento das complexas interações de fatores que envolvem o viver com uma doença crônica; vi) a educação, por si só, não promove o empoderamento, fazendo-se necessária uma articulação entre práticas educativas, contexto social e aspectos psicossociais<sup>(19)</sup>.

Portanto, no caso em estudo, trabalhou-se com temáticas diversas e de interesse do Grupo, sem necessariamente focar a doença. O que chamou a atenção é que, ao adotar essa postura teórico-metodológica, não se negligenciaram as questões relacionadas ao tratamento da HAS e DM. Elas sempre emergiram nas discussões, mas sem assumir um papel central. Com isso, as práticas educativas desenvolvidas “desviaram-se” do enfoque exclusivamente biopatológico para abarcar dimensões da vida cotidiana dos sujeitos sociais que ultrapassam o princípio da unidimensionalidade.

## **Ao compartilhar, nós aprendemos: o princípio da bidirecionalidade**

Nos modelos técnico-assistenciais predominantes, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se dão em espaços relacionais preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário<sup>(22)</sup>.

O Modelo Monológico de Educação em Saúde caracteriza-se por um fluxo comunicativo que se movimenta a partir dos profissionais em direção à chamada “população-alvo”. Trata-se da aplicação acrítica do modelo de comunicação clínica biomédica no terreno da educação para a saúde, de maneira que a população assume a posição do paciente e o educador sanitário, a do terapeuta<sup>(8)</sup>.

No planejamento e execução das dinâmicas de grupo aqui descritas, a comunicação foi tomada como um aspecto fulcral. Tal estratégia consistiu em “devolver” a linguagem aos sujeitos, como forma de desarranjar o “preenchimento” corriqueiro dos processos de produção de cuidado em saúde. Sendo assim, a condição de sujeito dos participantes do Grupo foi resgatada, devolvendo-lhes a autonomia e a liberdade de serem quem são e, a partir disso, poderem decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades. Disso decorre a construção de um espaço propício à micropolítica dos encontros, pautada numa prática educativa dialógica<sup>(8,17,22)</sup>.

Esta prática educativa dialógica reclama o princípio da bidirecionalidade do processo de comunicação. Se a unidirecionalidade do fluxo comunicativo impede o conhecimento do ponto de vista do usuário e da realidade local na qual ele está inserido, o princípio da bidirecionalidade pressupõe uma inversão de papéis e situações, com o objetivo de entender o outro em seu mundo e suas relações. Ou seja, da situação caracterizada pelo “a gente ensina, você aprende”, na qual o profissional de saúde é o detentor do saber e o usuário é um recipiente “vazio” de conhecimentos e “cheio” de preconceitos, passa-se a uma posição de não-saber, de contato com o outro, de acesso à sua realidade local. Isto implica numa forma de análise e de intervenção de tipo profundamente hermenêutica<sup>(8)</sup>.

A “quebra” dessa unidirecionalidade no Grupo, por meio das dinâmicas participativas, possibilitou a manifestação dos usuários como sujeitos de linguagem. Com isso, em alguns encontros, os depoimentos, as explicações, as narrativas, as queixas, as alegrias, a exposição de detalhes da vida dos participantes provocaram sensações de estranhamento, surpresa, contentamento, tristeza e alegrias em todos os presentes; sobretudo, entre os profissionais da ESF. No momento em que estes usuários tiveram a

oportunidade de se colocarem como sujeitos detentores dos saberes que permeiam seu viver no mundo, os profissionais da ESF tiveram acesso à informações sobre seus jeitos de andar a vida que, até então, desconheciam.

Estas experiências remetem às práticas de saúde desenvolvidas nos consultórios dos profissionais de saúde. Os consultórios tendem, inevitavelmente, a se transformarem num ambiente frio, suspeito e de mal-estar, no qual o tempo do cliente não vale nada enquanto o do especialista vale tudo. A tecnicização da cura elimina a palavra e o gesto necessário para a simbolização do sofrimento, gerando, por conseguinte, um ambiente de desumanização propício a novas doenças que não podem ser detectadas pelo paradigma dominante. Não possuindo preocupações diretas com o sofrimento do paciente, o interesse maior do profissional de saúde é otimizar a relação tempo útil *versus* ganho econômico/productividade, o que implica objetividade e distanciamento<sup>(23)</sup>.

Estes aspectos denunciam a necessidade de produção de ações educativas que tomem a linguagem e suas manifestações como um elemento fundamental. Não mais a linguagem pronunciada, unicamente, pelos profissionais. Mas a linguagem como forma de pronunciar o mundo e modificá-lo, para que o mundo pronunciado se volte problematizado aos sujeitos pronunciantes, exigindo deles novo pronunciar<sup>(24)</sup>.

### Saber, não-saber ou sabemos? O princípio da simetria

A maioria das discussões e críticas ao modelo monológico e unidirecional são centralizadas em sua ineficácia para estimular a participação dos cidadãos e para capacitar (“empoderar”) as populações em matéria de saúde. Esse tipo de intervenção apresenta tendência ao fomento da passividade e à percepção, por parte dos usuários, dos discursos dos educadores sanitários como distantes e impositivos<sup>(8)</sup>.

No modelo monológico, a educação em saúde constitui-se como um cenário de relações de poder, no qual ocorre a atribuição de posições de saber e não-saber no jogo comunicativo. Isto justifica a existência de uma hierarquia nestas práticas educativas, o que caracteriza seu traço verticalizador<sup>(8)</sup>.

Neste sentido, a educação em saúde seria uma experiência que dá aos profissionais e usuários elementos para que desenvolvam representações sobre o que se espera de pessoas “saudáveis” e “doentes”. Esses papéis sociais são reforçados por um sistema complexo de premiações e punições<sup>(25)</sup>.

Nesta conjuntura, o que é saudável é aquilo que a política de saúde diz ser saudável. Em outras palavras, a educação em saúde, da forma como é definida pelas diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro, objetiva reforçar padrões de saúde concebidos pelo governo para a população. Assim, a política de educação em saúde pode ser entendida como uma estratégia de governabilidade através da biopolítica<sup>(25)</sup>.

O estabelecimento de uma relação simétrica entre os profissionais e os grupos sociais que fomente a participação social em saúde é um desafio para a promoção da saúde. Defende-se um modelo que coloque os diferentes atores sociais em uma posição de maior reciprocidade sem desfigurar o papel ativo dos profissionais<sup>(8)</sup>. Este desafio tem sido colocado como prioridade nas experiências educativas que adotam metodologias participativas<sup>(26-30)</sup>.

No Brasil, o movimento da Educação Popular tem se destacado na proposição de intervenções mais simétricas e participativas. No entanto, não é o único projeto pedagógico a valorizar a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes atores, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico. Mas para o setor Saúde brasileiro, a participação histórica no movimento da Educação Popular foi marcante na criação de um movimento de profissionais que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população<sup>(31)</sup>.

Apesar de uma certa crise do conceito da Educação Popular nos novos tempos, é ele que vem servindo para identificar e instrumentalizar a diversidade de práticas emergentes. Nessas experiências, os vários aspectos metodológicos valorizados articulam-se de um modo peculiar, diferenciando-se do que ocorre em outros continentes. Há um elemento inovador e pioneiro nas experiências brasileiras e latino-americanas de Educação em Saúde que vem sendo reconhecido internacionalmente<sup>(31)</sup>.

As atividades educativas elencadas neste estudo de caso, por terem como fundamentação teórico-metodológica o Modelo Dialógico, aproximam-se dos esforços de vários profissionais e pesquisadores, no sentido de proporcionar um ambiente participativo, menos estruturado hierarquicamente e, por conseguinte, com relações de produção de cuidado menos prescritivas.

Tais aproximações podem ser evidenciadas por meio de ações como: *todos* sentarem-se em círculo, *todos* responderem às perguntas das dinâmicas, *todos* compartilharem sobre aspectos gerais de suas vidas, *todos* participarem das atividades propostas, *todos* compartilharem seus saberes e práticas de cuidado. Este *todos* compreende o coletivo de sujeitos presentes em cada encontro do Grupo: usuários, profissionais da ESF, estudantes e docente.

Inseridas nessa trama de pronúncias e dialogicidades, as práticas educativas em saúde passaram a requerer dos profissionais, dos estudantes e do docente, não um fazer engessante e duro, mas um fazer que transcende protocolos, padrões, prescrições, manuais. Porém, sem negligenciá-los.

## CONCLUSÕES

Promover uma reflexão teórica sobre a experiência de estudantes de Enfermagem em um Grupo HiperDia, no município de Campinas-SP, teve como objetivo final expor uma aplicação do Modelo Dialógico de Educação em Saúde em um cenário real de relações de produção de cuidados. Nesta perspectiva, a contribuição do estudo centraliza-se na evidência da viabilidade e operacionalidade deste modelo teórico-metodológico.

Sendo assim, as dinâmicas de grupo descritas não são apresentadas como exemplos a serem reproduzidos. Mas, sim, como um formato de intervenção educativa ou uma “paisagem” que se construiu no interior de uma “moldura” teórica: o Modelo Dialógico. Ou seja, tais dinâmicas de grupo são originais e autênticas por emergirem das vivências e do contato direto com a realidade local do serviço de saúde.

Coloca-se, assim, o desafio deste *produzir singularmente*, que não significa “rasgar” os manuais e protocolos de atendimento. Produzir singularmente requer refletir a realidade local, a organização social e as condições ampliadas que afetam o processo saúde-doença das pessoas que cuidamos como algo flexível e mutável.

Além disso, produzir singularmente significa reconhecer que não há o instrumento, o método, a teoria, nem recursos completos, exatos, precisos, eficazes. Significa reconhecer que cada encontro de cuidado é único e singular em suas características e que, por isso, exige de nós e do outro uma abertura para a emergência da criatividade, da reflexão, do diálogo, da razão sensível, da percepção do ritmo, da cor, do cheiro, das texturas de cada situação social.

As atividades aqui descritas podem, quiçá, serem consideradas um exemplo de produção singular. E, como tal, constituem-se como um “laboratório de erros”, ou seja, um tipo de laboratório no qual, com uma complexa dialética de tentativa e erro, está se forjando um novo tipo de luta.

## REFERÊNCIAS

1. Tukuitonga C. WHO strategy on diet, physical activity & health targets global chronic-disease burden. Policy Beat. 2006;14(1):1-3.
2. Meeto D. Chronic diseases: the silent global epidemic. Br J Nurs. 2008;17(31):1320-5.
3. World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
4. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic disease: how many lives can we save. Lancet. 2005;366(9496):1578-82.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus*. Rev Saúde Pública. 2001;35(6):585-8.
6. Mota E, Carvalho DMT. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 605-28.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus*: manual de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília; 2001.
8. Martínez-Hernaéz A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. Rev Saúde Pública. 2010;44(3):399-405.
9. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias del deseo. Madri: Traficantes de Sueños; 2006.
10. Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 99-120.
11. Becker HS. Método de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: HUCITEC; 1993.
12. Stake RS. Case studies. In: Denzin NK, Yvonna S. The handbook of qualitative research. 2nd ed. London: Sage; 2000. p. 435-54.



13. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1997.
14. Andaló CSA. O papel de coordenador de grupo. *Psicologia USP*. 2001;12(1):135-52.
15. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2002.
16. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1335-42.
17. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 51-67.
18. Amarante P. O homem e a serpente. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
19. Hull L. Diabetes mellitus: a case history of community care. *J Community Nurs*. 2008;22(4):4-11.
20. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(6):1105-12.
21. Teixeira CRS, Zanetti ML. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. *Rev Bras Enfem*. 2006;59(6):812-7.
22. Merhy EE. Cuidado com o cuidado em saúde. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. acesso em 2010 Jun 16]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>
23. Martins PH. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes; 2003.
24. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 48ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
25. Gastaldo D. É a educação em saúde "saudável"? Repensando a Educação em Saúde através do conceito de bio-poder. *Educação & Realidade*. 1997;22(1):147-68.
26. Frota MA, Albuquerque CM, Linard AG. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):246-53.
27. Chiesa AM, Fraccolli LA. An educational process to strengthen primary care nursing practice in São Paulo, Brazil. *Int Nurs Rev*. 2007;54(4):398-404.
28. Rossiter K, Reeve K. The last Straw!: a tool for participatory education about the social determinants of health. *Prog Community Health Partnersh*. 2008;2(2):137-44.
29. Wiggins N, Johnson D, Avila M, Farquhar SA, Michael YL, Rios T, Lopez A. Usind popular education for community empowerment: perspectives of community health workers in the Poder es Salud/Power for health program. *Crit Public Health*. 2009;19(1):11-22.
30. Prado EV, Pereira WSB, Assis M. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da Estratégia de Saúde da Família de Rio Negro/MS. *Rev APS*. 2009;12(4):498-503.
31. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2001;8(3):121-6.

**Endereço para correspondência:**

Lucas Pereira de Melo  
Rua Luiz Vicentim Sobrinho, 553  
Bairro: Barão Geraldo  
CEP: 13084-030 - Campinas - SP - Brasil  
E-mail: [lp Melo@usp.br](mailto:lp Melo@usp.br) / [lucasenf@yahoo.com.br](mailto:lucasenf@yahoo.com.br)