

# Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária

Angélica Cotta Lobo Leite Carneiro,<sup>1</sup> Vânia de Souza,<sup>2</sup>  
Luanna Kelen Godinho,<sup>2</sup> Isabela Cristiane Marinho de Faria,<sup>2</sup>  
Kênia Lara Silva<sup>2</sup> e Maria Flávia Gazzinelli<sup>2</sup>

**Como citar** Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):115–20.

**RESUMO** **Objetivo.** Investigar se as práticas educativas realizadas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, atendem aos princípios da promoção da saúde. **Métodos.** Este estudo descritivo analisou 33 práticas educativas de promoção da saúde para verificar se eram pautadas por cinco princípios, utilizados como categoria de análise: multicausalidade do processo saúde-doença, intersetorialidade, participação social, sustentabilidade e utilização de métodos dialógicos (participação ativa do sujeito na prática educativa, condução da prática de forma a proporcionar a construção do conhecimento e utilização de diferentes estratégias de ensino). A técnica utilizada foi a observação estruturada. Determinou-se a frequência de cada uma dessas categorias nas práticas avaliadas. **Resultados.** A multicausalidade do processo saúde-doença foi a categoria mais incorporada às práticas educativas (73,0%), enquanto a intersetorialidade foi a menos incorporada (9,0%). Quanto ao uso de métodos dialógicos, 38,0% das práticas promoveram a participação ativa do sujeito, 6,0% proporcionaram a construção do conhecimento e 40,0% utilizaram diferentes estratégias de ensino. **Conclusões.** A maioria das práticas educativas não estava orientada ativamente em direção à promoção da saúde no sentido de fortalecimento da autonomia na gestão dos processos de saúde, da participação social e do emprego de abordagens dialógicas de ensino. Entretanto, observam-se movimentos de ruptura em relação aos modelos de educação hegemônicos na atenção primária.

**Palavras-chave** Educação em saúde; promoção da saúde; atenção primária à saúde; Brasil.

A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são

condições essenciais à prática neste âmbito da atenção. Essa premissa vai ao encontro das discussões sobre a promoção da saúde que ganharam força no Brasil a partir da década de 1980, em consonância com a realização das conferências internacionais de promoção da saúde, que definiram como princípios do campo a multicausalidade do processo saúde-doença, a intersetorialidade, a participação social e a sustentabilidade (1).

As transformações da educação em saúde nessa direção são recentes. A par-

tir da década de 1970, teve início o envolvimento dos usuários como sujeitos nos processos educativos, e, na década de 1990, passaram a ser considerados aspectos psicossociais e a subjetividade dos indivíduos (2).

Atualmente, observa-se, nas unidades básicas de saúde (UBS) no Brasil, uma profusão de novas propostas de educação em saúde, que atestam a inquietação e a necessidade de revisão dos discursos mais genéricos no campo da saúde. Para fazer frente às mudanças, a atenção pri-

<sup>1</sup> Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte (MG), Brasil. Correspondência: angelicacotta@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Belo Horizonte (MG), Brasil.

mária à saúde vem sendo reorganizada, tendo como modalidade estruturante a Estratégia Saúde da Família, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (3). Sua ênfase está direcionada para as práticas de promoção da saúde, por meio de um trabalho crítico e contextualizado, a fim de fortalecer a capacidade de escolha dos indivíduos (4).

Para tanto, os processos de trabalho dos profissionais de saúde precisam ser modificados de forma a contemplar a interdisciplinaridade, a criação de vínculos, a intersetorialidade e o fortalecimento de uma gestão local democrática (5). Devem ainda potencializar indivíduos e comunidades no exercício da cidadania voltada para a melhoria das condições de vida, com poder de decisão na formulação de políticas públicas, integração social e capacidade de participar da vida social.

As ações educativas na Estratégia Saúde da Família ainda são, em grande parte, pautadas no modelo tradicional de imposição de conhecimentos (5), caracterizadas por intervenções verticalizadas e pouco preocupadas com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. Entretanto, alguns autores (6, 7) afirmam que é possível encontrar, nesse contexto, práticas educativas menos normativas e diretivas convivendo com outras do modelo tradicional. As consideradas menos diretivas utilizam metodologias ativas de aprendizagem que ajudam as pessoas a promover em si mesmas as mudanças necessárias para obter uma melhor qualidade de vida e modificar os modos de viver (8). Tais práticas são geralmente resultantes da sensibilidade, da criatividade e da percepção dos profissionais quanto à necessidade de ampliar as ações de promoção da saúde para além das atividades de criação de grupos e palestras (9).

Questiona-se, dessa forma, se o novo paradigma da promoção da saúde — da autonomia do sujeito, condição indispensável para a efetiva promoção da saúde — vem sendo apropriado pelos profissionais nas práticas de educação em saúde. Entendendo que a atenção primária é um cenário favorável ao desenvolvimento de ações intersetoriais, de participação social e de empoderamento do indivíduo e da coletividade, neste estudo pretende-se investigar em que medida as práticas educativas atendem aos princípios da promoção da saúde.

## MÉTODOS

Esta pesquisa foi desenvolvida em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, entre agosto de 2008 e agosto de 2009. Trata-se de um estudo descritivo, que analisou as práticas de promoção da saúde pautadas nos princípios da multicausalidade do processo saúde-doença, da intersetorialidade, da participação social — que incluiu o autocuidado e a autonomia — e da sustentabilidade. Além desses princípios, em razão da crença na necessidade de coerência entre os elementos internos de uma prática educativa, investigaram-se as metodologias de ensino utilizadas pelos profissionais de saúde na condução das práticas. Dessa forma, acrescentou-se aos princípios já indicados a categoria de métodos dialógicos.

Entende-se por multicausalidade a compreensão do processo de saúde e doença a partir de aspectos múltiplos: biológicos, sociais, mentais, físicos, culturais e espirituais (10); por intersetorialidade, a articulação dos diferentes setores que, com seus saberes específicos, buscam encontrar um denominador comum para questões complexas, ligadas à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida (10); e, por sustentabilidade, a garantia de um processo duradouro e forte das práticas e a criação de iniciativas que estejam de acordo com a promoção da qualidade de vida, geração de renda e equidade (11). Por sua vez, o autocuidado é entendido como a ação responsável e autônoma que o indivíduo exerce sobre si mesmo para preservar uma boa qualidade de vida (12, 13); a autonomia, como a capacidade do sujeito de escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas e de definir o que fazer para autogovernar sua vida (14, 15); e a participação social, como o envolvimento dos atores na definição de prioridades, decisões, implementação e avaliação das ações (16), de modo a promover o empoderamento coletivo. Os métodos dialógicos pressupõem o confronto entre diferentes saberes e a ação dos sujeitos sobre o objeto na busca da reconstrução desse conhecimento (17, 18).

Para determinar o número de UBS que fariam parte da pesquisa, empregou-se o *software* Stata 9.0 e utilizou-se um poder amostral de 99,0%, com nível de significância de  $P = 0,01$ . Estando definido que seriam 20 UBS, a seleção das unidades ocorreu por meio de sorteio randomi-

zado proporcional ao número de UBS de cada distrito sanitário de Belo Horizonte. Todas as 20 UBS contatadas concordaram em fazer parte da pesquisa.

A definição das práticas educativas a serem observadas em cada uma das 20 UBS ocorreu por meio de entrevista com o gerente da unidade de saúde, que relacionou as ações educativas em grupo que, a seu ver, mais se aproximavam do ideário da promoção de saúde. Entre as relacionadas foram observadas, uma única vez, um total de 33 práticas educativas, que fizeram parte desta pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizada a observação estruturada. Esta técnica prevê que as atitudes a serem observadas, bem como a forma de registro, sejam preestabelecidas (19). No momento da observação, o pesquisador deixou claro para o grupo o objetivo da pesquisa e obteve a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A observação das práticas efetivou-se por meio do preenchimento das informações no roteiro de observação, instrumento elaborado utilizando como referência o conceito da promoção da saúde (1, 20, 21) proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Política Nacional de Promoção da Saúde (10, 22, 23). O roteiro foi testado previamente em uma UBS não participante da pesquisa para os ajustes necessários à sua aplicação. Estruturada em três partes, a observação incluiu: tema, objetivo, número de participantes, duração (caracterização da prática educativa); descrição da prática educativa segundo os princípios previamente estabelecidos. Esta última etapa foi realizada por dois pesquisadores, envolvidos na concepção e no desenvolvimento do projeto.

Para a análise dos dados observou-se a frequência com que cada um dos princípios estudados (multicausalidade do processo saúde-doença, intersetorialidade, participação social, sustentabilidade e métodos dialógicos) ocorria no conjunto das práticas visitadas. Os dados foram analisados considerando-se os eixos educação em saúde e promoção da saúde na atenção primária à saúde.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (protocolo ETIC 466/07) tendo-se como compromisso a devolução dos resultados para as unidades de saúde participantes.

## RESULTADOS

Das 33 práticas educativas observadas, 28 (84,8%) foram coordenadas por profissionais de saúde graduados e as demais por agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem. A duração de cada atividade foi de aproximadamente 90 minutos. Em média, 25 pessoas participaram da prática, sendo a maioria mulheres adultas ou idosas (45,5%).

Os temas abordados estiveram associados à prática corporal (48,5%), seguidos de práticas de convivência e/ou relaxamento (21,2%) vinculados a atividades artísticas, programas para gestantes e portadores de hipertensão, diabetes e asma (27,3%) e programas correlacionados a fatores ambientais (3,0%).

Nas atividades relacionadas à prática corporal, o objetivo foi promover a saúde do corpo e da mente (atividade física, relaxamento, melhoria da autoestima). Nas de convivência, o intuito foi proporcionar a socialização dos participantes. Orientações sobre cuidados ligados à gestação e às doenças crônicas foi o objetivo das práticas direcionadas a esses grupos. Nas práticas voltadas para as questões ambientais, o objetivo foi sensibilizar e inserir este tema no campo da saúde. A tabela 1 mostra os resultados relativos à utilização ou não de cada categoria de análise nas atividades educativas estudadas.

### Multicausalidade do processo saúde-doença

Os resultados demonstraram que 24 (73,0%) práticas educativas foram conduzidas de forma a trabalhar a multicausalidade. Um exemplo foi a realização de um Grupo de Lian Gong, uma forma de ginástica chinesa, criada na década de 1970, cujo objetivo é prevenir e tratar as dores no corpo e restaurar a sua movimentação natural. Às práticas corporais voltadas para aquisição de habilidades físicas ligadas a força e flexibilidade, foram aliadas atividades de meditação ou relaxamento, com o objetivo de promover a participação ativa das pessoas e ampliar a percepção do usuário sobre si mesmo. Nessa experiência, observou-se o investimento no plano do corpo e da mente.

Entre as nove práticas em que o princípio da multicausalidade não foi aplicado, as abordagens foram pontuais, com enfoque apenas na prevenção de enfermidades, desconsiderando aspectos da subjetividade e do contexto de vida dos sujeitos.

### Intersetorialidade

Em três (9,0%) práticas educativas observou-se a intersectorialidade. Como exemplo, em uma prática realizada com um Grupo de Adolescentes, na forma de parceria entre profissionais da UBS e do Centro Cultural local, o olhar estético foi

aliado ao conhecimento técnico. A partir de um filme, os adolescentes foram levados a refletir sobre sua atitude, quem são e o que pretendem ser perante o mundo. Da tela à vida real os adolescentes se espelharam em papéis na vida adulta. Ao que tudo indica, esse trabalho vem investindo no protagonismo desse grupo para a construção de projetos pessoais e coletivos.

Distanciadas da perspectiva intersectorial, 30 (89,0%) práticas tiveram em comum a falta de cooperação e de participação de outros setores ou organizações.

### Participação social

O autocuidado foi promovido em 29 (88,0%) práticas. No Grupo de Hipertensos e Diabéticos, a educadora demonstrou a técnica da automassagem e ao mesmo tempo estimulou os participantes a praticar. Além disso, reforçou a importância de cada um perceber-se melhor para identificar seus problemas e desejos reprimidos por meio de seu próprio corpo. Pareceu ocorrer aqui a valorização do sentir-se, em contraposição ao fazer diário, marcado pela premência do tempo.

A promoção do autocuidado não foi identificada em apenas quatro (12,0%) práticas. Nesses casos, as atividades eram direcionadas para questões coletivas, o que pode ter resultado no distanciamento do propósito do autocuidado.

**TABELA 1. Frequência das categorias constantes no roteiro de investigação de práticas educativas em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte (MG), Brasil, 2008 e 2009**

Categoria e questões utilizadas para análise	Sim (%)	Não (%)
Multicausalidade do processo saúde-doença		
Durante a prática educativa observa-se preocupação em trabalhar as causas múltiplas do processo saúde/doença? Ou pelo menos parte delas?	73,0	27,0
Intersetorialidade		
A prática educativa é desenvolvida de forma intersetorial?	9,0	91,0
Participação social		
A prática educativa procura desenvolver no sujeito o autocuidado?	88,0	12,0
Durante a prática educativa busca-se oferecer informações ao sujeito de forma a propiciar sua autonomia?	21,0	79,0
Durante a prática educativa há a promoção da participação social de forma a promover o empoderamento coletivo?	3,0	97,0
Sustentabilidade		
A prática educativa busca promover a sustentabilidade do grupo?	12,0	82,0
Método dialógico		
Participação ativa do sujeito na prática		
A prática educativa explora as noções, experiências e expectativas do sujeito sobre o tema?	38,0	62,0
Condução da prática para proporcionar a construção de conceitos e de conhecimento		
A prática educativa é conduzida de forma dialogada?	6,0	94,0
Há preocupação com a construção do conhecimento, em vez de simples transmissão de informação?	6,0	94,0
Utilização de diferentes estratégias de ensino		
Utilizam-se estratégias que operem com diferentes linguagens culturais?	40,0	60,0

Ao analisar os dados com relação à autonomia, constatamos que sete (21,0%) das práticas observadas buscaram promovê-la. No projeto Agentes Mirins no Combate à Dengue, desenvolvido em uma UBS, o trabalho colaborativo entre profissionais de saúde e professores de uma escola da rede municipal esteve alicerçado na autonomia dos escolares. Durante o projeto, os alunos confeccionaram materiais de divulgação, como cartazes e folhetos, para realização de uma campanha educativa contra a dengue. Além disso, a escola promoveu uma gincana de combate à dengue, na qual uma das tarefas foi a arrecadação de pratinhos de plantas. Como prêmio, a equipe vencedora passou um dia com os agentes de zoonose, realizando inspeções e orientação de combate a dengue junto à comunidade. Nesse contexto, o conhecimento científico ganhou praticidade e tornou-se mais atraente para os escolares, que, envolvidos em processos de intervenção na realidade, vivenciaram situações que estimulam o desenvolvimento da autonomia.

O sentimento de controle sobre determinada situação, que diz respeito à vida do sujeito e ao seu contexto, foi considerado em 26 (79,0%) das experiências observadas. Nos grupos de convivência (canto, bordado e artesanato), por exemplo, os participantes conversavam sobre amenidades, sem qualquer tipo de abordagem de conteúdo específico. Ao analisar os dados com relação à participação social, observou-se que ela esteve presente em apenas uma prática (3,0%).

Das práticas observadas, a ocorrida no Núcleo de Educação Ambiental foi a que retratou a busca pela participação e responsabilização social. Em parceria, a gerência de uma das UBS e a comunidade realizaram reuniões para discutir e propor soluções para questões ambientais de interesse comum, tais como esgoto, resíduos sólidos, enchentes, tecnologias de drenagem urbana, agricultura urbana. Após a exposição de especialistas na área, iniciativas para a construção de projetos coletivos foram planejadas, tendo como meta a obtenção de resultados a curto, médio e longo prazo. Esses projetos, alguns em fase inicial e outros já consolidados, permitiram que os indivíduos se apropriassem dos seus espaços territoriais e de ação política, ampliando suas chances de construir identidades coletivas.

A constituição de um grupo que permaneça atuante por longo tempo é uma

tarefa difícil para o profissional de saúde quando este trabalha isoladamente. Isso pode explicar o fato de se ter encontrado um número tão expressivo de práticas educativas que não exploraram a participação social, mesmo nos casos em que a prática educativa envolvia problemas inerentes à comunidade.

### Sustentabilidade

Ao analisar os dados relacionados à promoção da sustentabilidade, observou-se sua presença em quatro (12,0%) práticas. Em uma delas, realizada no Grupo de Artesanato Artirol, a educadora realizou bazares para a comercialização dos trabalhos manuais desenvolvidos pelo grupo. A arrecadação foi utilizada para a realização de festas e passeios. As participantes tornaram-se multiplicadoras das práticas artesanais, formando pequenos núcleos próximos às suas casas para incentivar a geração de renda. A sustentabilidade, nesse caso, estaria potencializada pela valorização da autoestima das artesãs, todas mulheres, ao verem seus produtos apropriados e valorizados por outras pessoas.

### Método dialógico

Esta categoria envolveu três subcategorias, assim distribuídas: 1) participação ativa do sujeito na prática educativa; 2) condução da prática de forma a proporcionar a construção do conhecimento; 3) utilização de diferentes estratégias de ensino.

Com relação à subcategoria participação ativa do sujeito na prática educativa, constatou-se a sua realização em 13 (38,0%) das práticas. A Atividade de Sala de Espera foi desenvolvida sob a ótica da participação ativa do sujeito, por trazer à tona as representações, o pensamento preexistente das pessoas e por utilizar este espaço para compartilhar conhecimentos. Uma das enfermeiras teve a iniciativa de montar uma horta medicinal no jardim de inverno da unidade e, antes de iniciar o plantio das ervas medicinais, procurou saber o que as pessoas achavam da ideia. Além disso, recolheu experiências sobre o uso das ervas na prevenção de doenças e compôs a horta afixando informações científicas sobre cada uma das ervas. Trata-se de uma iniciativa de proximidade do profissional com a realidade dos usuários, os quais utilizam uma pluralidade de recursos

populares de cuidados coadjuvantes às terapêuticas oficiais. Nesse processo, o contato com o conhecimento elaborado favorece o rompimento do usuário com o conhecimento comum.

As 20 (62,0%) práticas não relacionadas à participação ativa do sujeito caracterizavam-se pela predominância de aspectos diretivos, pela falta de interação e envolvimento dos participantes e, em alguns casos, pelo direcionamento a temas muito específicos.

A segunda subcategoria investigada, condução da prática de forma a proporcionar a construção de conhecimento, foi observada em apenas dois (6,0%) casos. No Grupo de Adolescentes, a prática foi instrumentalizada para o exercício do autoconhecimento. Os recursos utilizados foram um capítulo da série de TV "Cidade dos Homens" (<http://cidade.doshomens.globo.com/>), produzida pela rede de TV Globo, e a música Comida, interpretada pela banda de rock Titãs. Os profissionais conduziram a atividade solicitando aos participantes que respondessem sob a forma de desenho e texto à pergunta: "Você tem fome de quê?". A partir daí, os adolescentes construíram projetos pessoais e planejaram estratégias para colocá-los em marcha. Nesse caso, a construção do conhecimento ocorreu com a fusão de diferentes tipos de saberes (do senso comum e do elaborado), assim como pelo posicionamento do educando como sujeito da ação.

Entretanto, esse tipo de experiência não foi observado em 31 (94,0%) práticas. Em uma delas, os participantes ouviram passivamente a palestra proferida pela educadora. Nesses casos, as orientações eram bastante prescritivas, sobre tópicos de comportamento e de ideias, distantes dos sujeitos sociais, excludentes das representações dos sujeitos sobre o tema e com enfoque no êxito técnico (14, 23).

A análise da subcategoria "utilização de diferentes estratégias de ensino na prática educativa" mostrou que 13 (40,0%) práticas utilizaram diferentes linguagens e estratégias para conduzir o tema proposto, tendo em comum o emprego da arte. Nas Oficinas de Artesanato Artirol, de Artesãs Mulheres de Cabana, bem como no Grupo de Canto, as atividades foram utilizadas com o intuito de proporcionar o bem-estar por meio do canto, bem como da realização de trabalhos manuais com conversas descontraídas. O gosto pela música, a sensibilidade e a interação com o outro

eram os elementos primordiais das atividades, que buscavam explorar a conversação livre e os efeitos terapêuticos da música e da criação.

Em 20 (60,0%) práticas não foram empregadas diferentes estratégias de ensino. Nesses casos, apenas o educador conduzia o processo, e a ação era centrada no uso do recurso multimídia. O palestrante indicava as condutas “corretas” a serem adotadas pelo grupo, desconsiderando as ideias, experiências habituais e jeitos de ser das pessoas.

## DISCUSSÃO

As práticas educativas analisadas atendem em parte o modelo assistencial preconizado na atenção primária à saúde, na medida em que abordam o processo saúde e doença na perspectiva multicausal e incentivam o autocuidado, ainda que não favoreçam a participação social, a intersetorialidade e a sustentabilidade. Ao contrário dos modelos tradicionais curativistas, com enfoque exclusivamente na doença, as práticas observadas superam a abordagem focada na patologia e privilegiam ações que se aproximam de outra racionalidade, que trata a saúde como um recurso para a vida (22). É importante destacar ainda o grande número de práticas educativas que se inscreveram na temática do autocuidado, elemento que marca a transformação de um modelo prescritivo, anteriormente fundamentado na doença, para um outro em que o sujeito ocupa-se do seu estado de saúde (24).

Entretanto, constatou-se que a maioria das práticas educativas na atenção primária, do ponto de vista da educação praticada, não utilizou abordagens dialógicas de ensino e, conseqüentemente, não operou em favor da autonomia dos sujeitos e da participação social, embora, em alguns casos, diferentes linguagens tenham sido utilizadas, como a arte, o teatro e a música. É importante ressaltar que o simples uso de diferentes linguagens, como no caso da arte, não faz com que a educação se configure como geradora de autonomia. A esse respeito, Lannier (25) argumenta que, muitas vezes, as atividades de arte limitam a visão estética do sujeito à atividade artística a que se propõem, não ampliando necessariamente sua visão estética do mundo, sua capacidade de pensar, de elaborar outros sentidos, de situar-se de modo diferente diante das coisas e dos outros.

Voltando o olhar para as bases epistemológicas das práticas analisadas, percebe-se que a relação entre o usuário e o conhecimento se manifestou de modos distintos nos contextos interativos observados. Duas formas diferentes de aplicação do conhecimento foram identificadas: uma que pareceu não conduzir ao diálogo, a uma construção conjunta do conhecimento, e outra que pareceu promover o desenvolvimento de novas relações entre os seres, modificando o sujeito em seu processo de conhecer e agir (26).

O diálogo é uma forma de exercício de autonomia, pois não opera em termos de transmissão, como um mecanismo de troca, mas sim sob a forma de instigação mútua entre o profissional e o usuário. O exercício da autonomia nas práticas educativas é concretizado na relação ativa com o conhecimento, que remete a invenção e reinvenção diária e que possibilita um conjunto de decisões que se vai tomando ao longo da existência. Trabalhar em favor da autonomia é condição para que as práticas no campo da promoção da saúde se configurem como educativas. A atenção primária à saúde deve ser orientada pela criação de vínculos, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Assim, mutuamente, profissionais e usuários são implicados num processo deliberativo (27).

No caso das atividades visitadas, julgamos ser essencial que todas, independentemente de seu objetivo, sejam conduzidas de modo a favorecer o diálogo. Essa interação deve gerar espaços para o exercício do pensamento autônomo, condição para a participação efetiva nas decisões políticas relevantes na vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos (28). Caso os usuários não sejam expostos a processos de decisão ancorados na subjetividade (29) e comprometidos com o exercício da escolha política, o conhecimento em nada modifica a autopercepção e a conseqüente ação do sujeito.

Além disso, o fato de o princípio da participação social não ter sido abordado na maioria das atividades educativas analisadas revela limitações importantes para a construção de uma prática democrática na atenção primária que viabilize o exercício da cidadania e a proposição de políticas públicas voltadas para as necessidades de saúde da população (30). Vale destacar que a participação social é

um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Nesse sentido, a atenção primária à saúde tem um papel importante no estímulo à criação de espaços em que a população tenha poder deliberativo na organização, gestão e controle de ações e serviços de saúde. Quando orientada pelas necessidades da comunidade, a atenção primária requer a participação social como condição para a identificação dos problemas e a realização de intervenção sobre os determinantes das condições de saúde (27).

Neste mesmo campo das limitações inerentes à participação social na atenção primária inscrevem-se a sustentabilidade e a intersetorialidade, praticamente inexistentes nas práticas educativas analisadas. Nesse contexto, pode-se ressaltar que o movimento de transformação do paradigma da promoção da saúde na atenção primária se mostra incompleto, ainda que tenha sido possível vislumbrar o potencial e, sobretudo, a “demanda” pela articulação com diferentes setores no seu desenvolvimento.

Sabe-se que desenvolver a promoção da saúde sob a perspectiva intersetorial é uma tarefa complexa, que envolve grandes desafios, como a necessidade de transposição de entraves políticos e interesses pessoais, a hierarquia e a desarticulação da administração pública, que vão além da simples vontade de fazê-lo (1, 31). Acredita-se, assim como Carvalho e Akerman (32), que, à medida que o setor saúde deixar de ser o campo exclusivo do pensar e do fazer em saúde e passar a mobilizar outros campos de saber e de prática profissional, a intersetorialidade poderá deixar de ser utópica.

Em suma, nossa observação indica que as práticas educativas pesquisadas atendem de forma parcial e incipiente aos princípios da promoção da saúde. Como esses resultados se referem especificamente às práticas indicadas pelos gestores das unidades de saúde, observadas uma única vez, é recomendável a realização de novos estudos que ampliem os achados apresentados. Reconhecemos, também, a necessidade de desenvolver pesquisas que analisem o princípio da equidade nas práticas educativas de promoção da saúde, que não foi foco deste estudo. O estudo contribuiu para a elaboração de materiais educativos a serem utilizados no aprimoramento das práticas de educação e promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica.

## REFERÊNCIAS

1. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. Em: Campos GW, org. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. Pp. 635–67.
2. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu). 2004/2005;9(16):39–52.
3. Souza MF, Hamann EM. Programa da Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Cienc Saude Coletiva. 2009;14(1 supl):1325–35.
4. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. Cienc Saude Coletiva. 2011;16(1):319–25.
5. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev Bras Enferm. 2008;61(2):153–8.
6. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. Rev RENE. 2007;8(2):41–9.
7. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad Saude Publica. 2003;19(4):1039–47.
8. Trezza MCS, Santos RM, Santos JM. Trabalho educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. Texto Contexto Enferm. 2007;16(2):326–34.
9. Uchôa AC. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. Interface (Botucatu). 2009;13(29):299–311.
10. World Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.
11. Westphal MF, Ziglio E. Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade. Em: Fundação Prefeito Faria Lima — Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal. O município no século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima-Cepam; 1999. Pp. 111–21.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
13. Bernardes AG, Guareschi N. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. Psicol Cienc Prof. 2007;7(3):462–75.
14. Freire P. Pedagogia do oprimido. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
15. Oliveira DLA. “Nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(3):423–31.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede Mega Países e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
17. Snyders G. A alegria na escola. São Paulo: Manole; 1988.
18. Bachelard GA. Formação do espírito científico. 3ª ed. São Paulo: Contraponto; 2002.
19. Mazzotti AJA, Gewandsznajder F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª ed. São Paulo: Pioneira; 1999.
20. Carvalho SR. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Cienc Saude Coletiva. 2004;9(3):669–78.
21. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória história de suas concepções. Texto Contexto Enferm. 2006;1(2):352–8.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
23. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS; 1996.
24. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. Texto Contexto Enferm. 2008;17(1):64–71.
25. Lanier V. Devolvendo arte à arte educação. Em: Barbosa AM, org. Arte-educação: leitura no subsolo. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 2008.
26. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2004.
27. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
28. Kleba ME, Wendhausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. Saude Soc. 2009;18(4):733–43.
29. Streck DR, Redin E, Zitzkoski JJ. Dicionário Paulo Freire. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2010.
30. Fontes BA, Lima R, Lima JA. Promoção de saúde e participação social: o modelo de atenção básica do Sistema de Saúde Brasileiro. Cienc Soc Unisinos. 2010;46(1):65–79.
31. Pedrosa JIS. Promoção da saúde e educação em saúde. Em: Castro A, Malo M, orgs. SUS — ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS; 2006. Pp. 77–95.
32. Carvalho AI, Akerman M. Oficina de trabalho — Promoção da Saúde: da prevenção à mudança social. Relatório Final do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 19–23 jun 2004; Recife, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2004.

Manuscrito recebido em 14 de dezembro de 2010. Aceito em versão revisada em 11 de agosto de 2011.

## ABSTRACT

## Health promotion education in the context of primary care

**Objective.** To investigate whether the educational initiatives carried out in basic health units in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, follows the principles of health promotion.

**Methods.** This descriptive study examined 33 educational health promotion initiatives to determine whether they were guided by five principles, used as categories of analysis: multicausality of the health-disease process, intersectoriality, social engagement, sustainability, and use of dialogic teaching methods (active participation of subjects in the learning process, planning the activity to generate new knowledge, and use of various teaching strategies). Structured observation was used for data collection. The frequency of each category was evaluated in each initiative.

**Results.** Multicausality was the most frequent category observed (73.0%), and intersectoriality the least frequent (9.0%). Regarding the use of dialogic methods, 38.0% of the initiatives promoted the active engagement of subjects, 6.0% promoted knowledge generation, and 40.0% employed a variety of teaching strategies.

**Conclusions.** Most educational initiatives were not actively oriented toward health promotion, understood as the strengthening of autonomy and self-management of health processes, social engagement, and employment of dialogic teaching approaches. However, some progress has been made moving away from hegemonic models of education in primary health care.

## Key words

Health education; health promotion; primary health care; Brazil.