

**JHESSICA CAMPOS VICTOR**

**Compreensão dos recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais da saúde do programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde - USP**

São Paulo

2023



**JHESSICA CAMPOS VICTOR**

**Compreensão dos recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais da saúde do programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde - USP**

**Versão Original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Mestrado Profissional Interunidades - Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Carina Domaneschi

São Paulo

2023

Catálogo da Publicação  
Serviço de Documentação Odontológica  
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

---

Victor, Jhessica Campos.

Compreensão dos recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais da saúde do programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde – USP / Jhessica Campos Victor; orientadora Carina Domaneschi. -- São Paulo, 2023.

90 p. : fig. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original.

1. Promoção da saúde. 2. Educação em saúde. 3. Grupos educativos.. 4. Recursos didáticos para grupos educativos. I. Domaneschi, Carina. II. Título.

Victor JC. Compreensão dos recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais da saúde do programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde - USP. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:    /    /2023

### **Banca Examinadora**

Prof(a).Dr(a).\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof(a).Dr(a).\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a).\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_\_\_\_



Dedico esse trabalho ao meu companheiro de vida, Junior, tem sido incrível dividir cada conquista com você, mas mais incrível ainda tem sido dividir toda a jornada.

Ao meu pai, que sempre buscou desenvolver todo o meu potencial e sempre esteve presente.

À minha mãe, sem ela nada disso seria possível, ela está eternamente viva dentro do meu coração.





## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Universidade de São Paulo (USP) pela oportunidade de realizar uma formação acadêmica com qualidade, além dos incentivos ao longo do curso para ampliar o processo de aprendizagem.

Agradeço ao Programa de Mestrado Profissional Interunidades da USP (MPI) pela possibilidade de uma formação em nível de mestrado que dialoga muito com a realidade do mercado de trabalho, gerando uma parceria entre academia e local de trabalho, que é única e muito rica.

Agradeço à minha orientadora, a Profa.Dra. Carina Domaneschi, por toda paciência e generosidade ao longo de todo o processo. Obrigada por ser tão humana ao lidar comigo e ter sempre uma palavra de incentivo e de motivação. No final, ficam os bons exemplos de professores que nos iluminam o caminho, como a Carina.



"Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre."

Paulo Freire



## RESUMO

Victor JC. Compreensão dos recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais da saúde do programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde - USP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem; 2023. Versão Original.

As demandas da Política Nacional de Atenção Básica, e a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, trazem no trabalho com os usuários, a importância do acolhimento, a realização da escuta qualificada das necessidades dos mesmos e o estabelecimento do vínculo profissional-usuário. Um dos requisitos para se promover saúde é por meio da educação em saúde. Uma das estratégias pedagógicas utilizadas por profissionais da saúde são os grupos educativos, que constituem espaços potenciais para a promoção da saúde, utilizando da educação em saúde. **Objetivo:** Identificar e analisar os recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais de saúde que cursaram o programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde - USP entre o período de 2016 a 2020 e desenvolver um conteúdo interativo para profissionais de saúde acerca dos componentes do processo educativo para elaboração de grupos educativos. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, que utilizou da abordagem qualitativa deste grupo de profissionais da saúde no período referido. Os dados foram obtidos por meio de um questionário online, contendo perguntas abertas e perguntas fechadas, perguntas de identificação para caracterização da amostra e perguntas relacionadas ao objeto de estudo. **Resultados:** Obteve-se a participação de 27 integrantes do MPI, destes 19 participantes (70,37%) responderam já ter contribuído para grupo educativos no seu local de trabalho e 8 participantes (29,63%) responderam que não contribuíram. Dos que já contribuíram para grupos educativos, a maior parte das temáticas destes grupos, estavam relacionadas à ciclo de vida (33,3%) e Doenças Crônicas não Transmissíveis e Doenças Infecciosas (20,8%), sendo as outras temáticas sobre saúde mental e autocuidado (16,7%), promoção de saúde (8,4%), organização de trabalho (12,5%) e saúde bucal (8,3%). Dos participantes 83,3% usaram palestras

expositivas e rodas de conversa como estratégia e método nos grupos, sendo que apenas 16,7% relataram ter usado atividades lúdicas. Sobre a utilização de ferramentas para avaliar indicadores de saúde e adesão nos grupos, 52,6% dos participantes responderam que não foi utilizada uma ferramenta e 47,7% responderam que utilizaram. Dos participantes, 57,9% relataram que dedicaram de 0 a 10 horas semanais para elaboração e execução dos grupos; 15,8% dedicaram de 11 à 20 horas semanais; 5,3% dedicavam de 21 à 25 horas semanais e 5,3% não tinham nenhuma ou muito pouca horas para dedicação nos grupos. **Conclusão:** Foram identificadas percepções sobre grupos educativos coerentes com a literatura e com o que é preconizado para educação em saúde. Entretanto, percebeu-se um distanciamento na efetividade dessas percepções em ações, relacionados aos: decisores das temáticas dos grupos; recursos e ferramentas utilizadas; estratégias e métodos utilizados e a organização do processo de trabalho possibilitando a realização de grupos educativos. Isso reforça a importância de se olhar para grupos educativos com uma perspectiva mais ampliada e voltada para uma educação em saúde emancipatória e problematizadora, além de revelar a necessidade de capacitação de profissionais de saúde para atuarem em grupos educativos.

Palavras-chaves: Promoção da saúde. Educação em saúde. Grupos educativos. Recursos didáticos para grupos educativos.

## ABSTRACT

Victor JC. Understanding of the didactic resources used in educational groups by health professionals who are attending the Professional Master program Interunits in Interdisciplinary Health - USP [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem; 2023. Original version.

The demands of the National Policy of Primary Care, and the implementation of the guidelines of the National Policy of Humanization, bring to work with users, the importance of welcoming, carrying out quality listening to their needs and the establishment of the professional-user bond. One of the requirements for promoting health is through health education. One of the pedagogical strategies used by health professionals are educational groups, which constitute potential spaces for health promotion, using health education. The **objective** of the study was to identify and analyze the didactic resources used in educational groups by health professionals who attended the Interunit Professional Master's program in Interdisciplinary Health Training - USP between the period 2016 to 2020 and to develop a book for health professionals about of the components of the educational process for the elaboration of educational groups. **Methodology:** This is exploratory-descriptive research, which used the qualitative approach of this group of health professionals in the referred period. Data were obtained through a test, containing open and closed questions, identification questions to characterize the sample and questions related to the object of study. **Results:** In this research, we obtained the participation of 27 MPI members (students and former students), of these 19 participants (70.37%) answered that they had already contributed to educational groups at their workplace and 8 participants (29.63 %) responded that they did not contribute. Of those who already wanted to be part of educational groups, most of the topics in these groups were related to the life cycle (33.3%), Chronic Noncommunicable Diseases and Infectious Diseases (20.8%), with the other topics being about mental health and self-care (16.7%), health promotion (8.4%), work organization (12.5%) and oral health (8.3%). Of the participants, 83.3% used expository lectures and conversation circles as a strategy and method in the groups, with only 16.7% reporting having used recreational activities. Regarding the

use of tools to assess health and adherence indicators in the groups, 52.6% of the participants answered that a tool was not used and 47.7% answered that they used it. Of the participants, 57.9% declared that they dedicated from 0 to 10 hours per week to the preparation and execution of the groups; 15.8% dedicated 11 to 20 hours a week; 5.3% dedicated 21 to 25 hours per week and 5.3% had none or very little time dedicated to groups. **Conclusion:** Identified about educational groups consistent with the literature and with what is recommended for health education. However, there is a gap in the evolution observed in actions, related to: decisions on the themes of the groups; resources and tools used; strategies and methods used, and the organization of the work process make it possible to carry out educational groups. This reinforces the importance of looking at educational groups with a broader perspective, focused on emancipatory and problematizing health education, in addition to revealing the need for training health professionals to work in educational groups.

Keywords: health promotion, health education, educational groups, educational resources for educational groups.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 5. 1 - Ano de ingresso ao MPI.....	39
Quadro 5. 2 - Profissão dos participantes .....	40
Quadro 5. 3 - Temas e objetivos dos grupos educativos.....	41
Quadro 5. 4 - Decisores das temáticas dos grupos .....	41
Quadro 5. 5 - Tipo de contribuição ao grupo educativo .....	42
Quadro 5. 6 - Atividade realizada no grupo educativo .....	42
Quadro 5. 7 - Recursos/ferramentas utilizados nos grupos educativos.....	42
Quadro 5. 8 - Estratégias/métodos utilizados nos grupos educativos .....	43
Quadro 5. 9 - Identificação das estratégias/métodos utilizados nos grupos como processo educativo .....	44
Quadro 5. 10 - Motivo da identificação ou não das estratégias/métodos utilizados nos grupos como processo educativo .....	44
Quadro 5. 11 - Participação ativa dos usuários nos grupos educativos .....	45
Quadro 5. 12 - Estratégias utilizadas para a participação dos usuários nos grupos educativos.....	45
Quadro 5. 13 - Utilização de ferramenta para avaliar indicadores de saúde e de adesão nos grupos educativos .....	46
Quadro 5. 14 - Ferramentas utilizadas para avaliar indicadores de saúde e de adesão nos grupos educativos .....	46

Quadro 5. 15 - Carga horária de trabalho semanal .....	47
Quadro 5. 16 - Horas semanais dedicadas para elaboração e execução dos grupos educativos .....	47
Quadro 5. 17 - Motivo de não contribuição em grupos educativos .....	47
Quadro 5. 18 - Percepções de recursos/ferramentas que poderiam ser utilizados em grupos educativos .....	48
Quadro 5. 19 - Melhores estratégias/métodos para ser utilizada em grupos educativos .....	49
Quadro 5. 20 - Estratégias /métodos para grupos são identificadas como processos educativos .....	49
Quadro 5. 21 - Motivo das estratégias /métodos para grupos serem identificadas como processos educativo .....	49
Quadro 5. 22 - Estratégias para os usuários participarem de forma ativa nos grupos .....	50
Quadro 5. 23 - Percepções sobre necessidades dos grupos educativos.....	51
Quadro 5. 24 - Colaboração dos usuários em ações para comunidade .....	51
Quadro 5. 25 - Percepções sobre os profissionais de saúde estarem capacitados ou não para elaborarem estratégias educativas nos grupos para os usuários do serviço .....	52
Quadro 5. 26 - Percepções sobre a importância das estratégias educativas .....	53
Quadro 5. 27 - Motivo da organização do processo de trabalho, nos serviços de saúde, possibilitar ou não a realização de grupos educativos .....	54
Quadro 5. 28 - Identificação de outras estratégias de educação em saúde, além dos grupos educativos .....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
MPI	Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	25
2.1.	Política Nacional de Atenção Básica, Humanização e de Promoção da Saúde.....	25
2.2.	Estratégias pedagógicas, Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde.....	26
<b>3</b>	<b>PROPOSIÇÃO</b> .....	29
3.1.	Objetivos .....	29
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	31
4.1.	População do estudo.....	31
4.2	Aspectos éticos .....	31
4.3	Critérios de inclusão.....	32
4.4	Desenho do estudo .....	32
4.5.	Análise dos dados .....	33
4.5.2	Grupo não (não contribuiu para grupo).....	35
4.5.3.	Grupo sim e não (todos os participantes) .....	36
4.6.	Elaboração do produto educativo.....	38
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	39
5.1	Caracterização da amostra .....	39
5.2	Perguntas e respostas (grupo SIM) .....	40
5.3	Perguntas e respostas (grupo NÃO).....	47
5.4	Perguntas e respostas (grupo SIM e NÃO).....	50
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	57
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	65
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
	<b>APÊNDICES</b> .....	73
	<b>ANEXOS</b> .....	85



## 1 INTRODUÇÃO

As demandas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), trazem a necessidade de considerar, no trabalho com os usuários, o acolhimento, a realização da escuta qualificada das necessidades dos mesmos e do estabelecimento do vínculo profissional-usuário (Brasil, 2013a; Brasil, 2017). Na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), é apresentada em uma de suas diretrizes a importância de fortalecer a participação social, entendendo-a como fundamental na obtenção de resultados de promoção da saúde, em especial, a equidade e o empoderamento individual e comunitário, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil (Brasil, 2010).

A PNPS traz que, como estratégia para concretizar ações de promoção da saúde, é importante ter educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos, olhando tanto para trabalhadores e gestores como para cidadãos (Brasil, 2010)

Como as políticas (PNAB, PNH e PNPS) visam o cuidado integral à saúde e a Clínica Ampliada (Mattos, 2004), essas consideram a complexidade e as especificidades das distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado. Ampliar a clínica significa aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade, integrando a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas, na busca de um cuidado e na criação de vínculo com o usuário, levando em consideração a história de quem está sendo cuidado (Brasil, 2009).

Considerando essas políticas, um dos cenários onde elas devem ser implementadas é na Atenção Primária à Saúde (APS), já que se configura como a porta de entrada da população dentro do sistema de saúde, onde os profissionais devem garantir a integralidade da atenção à saúde e a promoção da mesma, considerando as condições de vida e o contexto sociocultural das pessoas na manifestação do processo saúde-doença (Brasil, 1990; Paim et al., 2011; Macinko; Harris, 2015; Mendes, 2018).

Um dos requisitos para se promover saúde é por meio da educação, especificamente, a educação em saúde, que se mostra como uma importante ferramenta, envolvendo os aspectos teóricos e filosóficos, os quais devem orientar a prática de todos os profissionais de saúde. A educação em saúde é definida pelo Ministério da Saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades [...]. Conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório (Brasil, 2012, p. 19).

Neste processo educativo é quebrada a hierarquia entre o detentor do saber e o que não possui o conhecimento, entendendo que na verdade tanto os profissionais da saúde quanto a população possuem conhecimentos, que são diferentes, mas que podem se complementar. Para que a promoção da saúde efetivamente ocorra utilizando-se da educação em saúde, além do entendimento teórico dos conceitos, é necessário a associação dessa prática à comunicação, informação, educação e escuta qualificada (Buss, 1999; Brasil, 2011).

A PNAB traz que os estabelecimentos de saúde com foco na Atenção Primária à Saúde, a saber as Unidades Básicas de Saúde, constituem espaços potenciais para educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS; e que uma das atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica é a de realizar ações de educação em saúde à população, conforme planejamento da equipe, utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público (Brasil, 2017).

Um das ações em saúde que se utilizam de processos educativos, são os grupos, que se configuram como ações coletivas voltadas para um público com demandas em saúde. Os grupos constituem espaços potenciais para a promoção da saúde, tendo a educação em saúde como principal ferramenta. A utilização de grupos como estratégia de intervenção na área da saúde possui uma longa história, cujas origens remontam às iniciativas de Joseph Pratt em um hospital geral em Boston, no tratamento de pacientes com tuberculose. Essa abordagem era educativa e denominada de "aulas", que consistiam em uma breve palestra sobre higiene e tratamento da doença, seguida por uma sessão de perguntas e discussões. No Brasil,



é comum encontrar grupos organizados para cuidar de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, nas Unidades Básicas de Saúde, e a prática de palestras seguidas de perguntas ainda é amplamente prevalente somadas a outras abordagens (Ferreira Neto; Kind, 2010). Considerando isso, faz sentido que a busca de percepções sobre como os profissionais de saúde compreendem a educação em saúde, aconteça a partir, mas não de forma exclusiva, nos grupos educativos.

Entretanto, é importante considerar que a educação em saúde, na prática, tem sido pouco utilizada por estes profissionais, já que as estratégias pedagógicas utilizadas parecem estar associadas à transmissão de orientações de forma vertical e autoritária, pouco reflexiva e sem a valorização dos saberes populares (Boehs et al., 2007; Pinafo et al., 2011; Gazzinelli et al., 2013; Botelho et al., 2016) revelando a necessidade desses profissionais em receber educação permanente que abranjam novas possibilidades metodológicas de atuação (Reis et al., 2014), com isso se mostra necessário também conhecer mais sobre como os profissionais de saúde entendem a educação em saúde e como colocam isso em prática.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, HUMANIZAÇÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Política Nacional de Promoção da Saúde traz que a integralidade implica ampliar a relação dos profissionais de saúde com os usuários, individual ou coletivamente, por meio da escuta, possibilitando focar a atenção para além da perspectiva do adoecimento, considerando o acolhimento de suas necessidades em saúde, sua história de vida, suas especificidades e suas potencialidades. Em sua terceira diretriz é possível verificar a importância de fortalecimento da participação social para se obter, de fato, resultados de promoção da saúde, em especial focados na equidade e no empoderamento individual e comunitário (Brasil, 2010).

Segundo a Política de Humanização da Saúde, se faz necessário reconhecer cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valorizar sua atuação na produção de saúde (Brasil, 2013b). As responsabilidades pelo cuidado e a assistência não se restringem apenas para os profissionais da saúde, mas para o usuário e sua rede sociofamiliar, tornando possível para os usuários assumir o protagonismo com relação a sua saúde e de seus familiares. Por meio de uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades deste, é possível garantir o acesso oportuno desses a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Essa escuta precisa considerar o acolhimento como base nas relações entre equipes/serviços e usuários/ populações. O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (Brasil, 2013b).

Dentro da perspectiva da Política de Humanização da Saúde, a Clínica Ampliada revela a necessidade de o profissional de saúde ter a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família e com a

comunidade (Brasil, 2009, 2013b) Muitas vezes, os profissionais se utilizam da sua suposta posição de superioridade em relação ao usuário, com tratamentos infantilizantes, produtoras de medo e submissão acrítica, distanciando os usuários da sua potencialidade no cuidado. Isso mostra que é importante buscar sujeitos coletivos como parceiros de luta pela saúde, em vez de buscar perpetuar relações de submissão. Este compromisso obriga a olhar para as potências coletivas e evitar a culpabilização, com práticas de saúde mais dialogadas e mais produtoras de autonomia (Brasil, 2009).

## 2.2 ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Uma das estratégias pedagógicas utilizadas por profissionais da saúde no atendimento à população, pode ser a compreensão dos grupos educativos, que constituem espaços potenciais para a promoção da saúde, podendo ter a educação em saúde como principal ferramenta desses grupos.

A Educação em Saúde como um processo educativo que considera importante o entendimento dos conhecimentos em saúde pela população, está ancorada no conceito de promoção desta, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer (Machado et al., 2007). Entretanto, é importante pontuar algumas concepções ou abordagens pedagógicas que são utilizadas no processo de ensino aprendizagem, também no âmbito da saúde (Machado; Wanderley, 2012). Vale pontuar algumas delas:

- **Abordagem por transmissão:** o processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe. A lógica é a de transmissão de conhecimentos. O risco é o profissional se considerar a autoridade máxima e, portanto, o único responsável pelo processo educativo; há uma ênfase na repetição e, geralmente, não há preocupação com a realidade social nem com as crenças e valores daquele que “deve” aprender. A expectativa é que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi ensinado (Vasconcelos et al., 2009);

- **Abordagem por condicionamento:** se concentra no modelo da conduta por meio de um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o aprendiz a emitir as respostas desejadas (Bordenave, 1994);

- **Abordagem Humanista:** privilegia os aspectos da personalidade do sujeito que aprende. Corresponde ao “ensino centrado no aluno”. O conhecimento, para essa concepção, existe no âmbito da percepção individual e não se reconhece a objetividade dos fatos. A aprendizagem se constrói por meio da ressignificação das experiências pessoais. O aluno é o autor de seu processo de aprendizagem e deve realizar suas potencialidades (Oliveira; Leite, 2011);

- **Abordagem sociocultural:** difere das anteriores, por colocar no centro do processo de ensino-aprendizagem os contextos político, econômico, social e cultural. A relação professor-aluno é igualitária e democrática: o professor deve ser crítico, questionar os valores da cultura dominante, instigar os alunos para que eles mesmos se tornem produtores de cultura (Oliveira; Leite, 2011). No Brasil, Paulo Freire é o representante mais significativo da abordagem sociocultural (Freire, 2005). Nessa perspectiva, o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto; ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo, sobre sua realidade.

Diante da importância da Educação em Saúde, em uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, apresenta-se a Educação Popular em Saúde com o foco na coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que possibilita ampliar a interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social. Ao atuar com a Educação Popular em Saúde não se procura difundir conceitos e comportamentos considerados corretos mas sim problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo.

A Educação Popular em Saúde critica a concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, cujas práticas apresentam ideais desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais feitas de forma impositivas, prescritivas de comportamentos, tornando os sujeitos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas. Vale mencionar que o elemento fundamental é que o ponto de partida do processo pedagógico, é considerar o saber anterior do educando. Nesse sentido, a Educação Popular tem se mostrado

não como uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que ressignifica as práticas ali executadas, contribuindo para a superação do biologicismo, do autoritarismo de doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que os atuais serviços de saúde possuem (Brasil, 2014).

Os grupos educativos se mostram como espaços de construção coletiva, que possibilitam a Promoção da Saúde, a Clínica Ampliada e a Educação em Saúde, já que é possível nesse ambiente aprender, se desenvolver, se modificar, se proteger, se arriscar, se identificar e se diferenciar. As diversas possibilidades de aprendizagem em grupo favorecem mudanças rápidas e eficientes. A dinâmica grupal permite aos participantes uma interação com muitas formas de viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente (Assis, 2002). A realização de grupos educativos é uma das principais oportunidades para praticarmos uma Educação em Saúde emancipadora, participativa, criativa, de corresponsabilização, com relações entre o profissional de saúde e a comunidade de forma horizontal.

Observa-se que os conceitos de Educação em Saúde e principalmente Educação Popular em Saúde, dialogam com a perspectiva pedagógica de Paulo Freire, no que diz respeito ao conceito de educação problematizadora que se sustenta na prática libertadora, reflexiva, que implica em um constante ato de desvelamento da realidade, baseada no diálogo e sem hierarquias na relação educando-educador, que reconhece a necessidade de uso de técnicas educativas que estimulem a participação, tenha por base o processo de reflexão-ação, e resgatem e valorizem o conhecimento trazido da realidade junto ao conhecimento do processo de formação, dando concretude ao “aprender com a prática” (Freire, 2005).

Portanto, uma Educação em Saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde.

### **3 PROPOSIÇÃO**

#### **3.1 Objetivos**

Este trabalho tem por objetivos:

1. Identificar e analisar os recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais de saúde que cursaram o programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde- USP (MPI), no período de 2016 a 2020.
2. Desenvolver um conteúdo interativo, a partir dos dados coletados, para profissionais de saúde acerca dos componentes do processo educativo para desenvolvimento de atividades em saúde.





## 4 MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Profissionais de saúde que cursaram o MPI, da Universidade de São Paulo, uma vez que a finalidade do programa do MPI é a produção de conhecimentos científicos, tecnológicos e de inovação na área de Ensino Interdisciplinar em Saúde que é estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a formação graduada e pós-graduada em Saúde. Esta amostra foi composta por 27 profissionais de saúde, que cursaram o MPI da primeira turma em 2016 até a turma de 2020.

Neste estudo, à título de nomenclatura, os atores, objetos da pesquisa foram identificados como "participantes", o público-alvo dos serviços de saúde, integrantes dos grupos educativos foram identificados como "usuários" e os trabalhadores de saúde que conduzem os grupos foram identificados como "profissionais de saúde".

### 4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Como se trata de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), por meio da Plataforma Brasil e aprovado sob o número CAAE 29643919.9.0000.0075 (Anexo A).

Os alunos e ex-alunos foram convidados a participarem da pesquisa, por meio de contato via *e-mail* junto com a explicação sobre a pesquisa e sua finalidade. Neste e-mail havia o link para o questionário e total liberdade de participarem ou não, mediante o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Todos os sujeitos participantes da pesquisa permaneceram no anonimato para a pesquisadora responsável por esse estudo. O TCLE foi disponibilizado *on-line*

através do Google *Forms*. Antes de iniciar o questionário, cada participante recebeu o *link* por email para o acesso ao formulário do Google, na primeira página do formulário continha o TCLE, após leitura do mesmo, os participantes preencheram o nome, data e se aceitavam ou não participar da pesquisa, se o participante aceitava, as páginas seguintes ao TCLE davam acesso ao questionário, caso o participante não aceitasse aparecia uma mensagem final de agradecimento.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Somente participou da pesquisa os sujeitos encontrados através das listas de alunos e ex-alunos do programa do Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde- USP, que foi solicitado junto à coordenação do próprio curso.

#### 4.4 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi exploratório-descritiva, que utilizou abordagem qualitativa. Para sua execução, foi compreendido a essência dos fenômenos que envolviam o tema proposto, contemplando as relações sociais, entendendo os determinantes e os modos pelos quais estes determinantes se organizavam na sociedade e a explicavam.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário, composto por perguntas abertas e fechadas, além de perguntas de identificação para caracterização da amostra e relacionadas ao objeto de estudo.

As perguntas de identificação dos sujeitos dos estudos, continham data de nascimento, sexo, ano de ingresso no Mestrado Profissional, profissão, cargo, características da Instituição que trabalha (público ou privada e atenção primária ou especializada) e cidade/estado em que trabalha. As perguntas relacionadas ao objeto de estudo eram fechadas do tipo sim ou não e múltiplas escolhas, e perguntas abertas do tipo dissertativas (Apêndice B). As perguntas foram formuladas considerando os seguintes aspectos: clareza, concretude e precisão; foram levados em consideração

o sistema de preferência do interrogado, bem como o seu nível de informação; as perguntas possibilitavam uma única interpretação; não sugeriram respostas e referiam a uma única ideia de cada vez (Vasconcelos et al., 2009).

Para identificar essas características e percepções dos profissionais de saúde do MPI foram utilizados dados captados e estratificados pelo *Google Forms*, sendo essa ferramenta um recurso digital para coleta de dados e armazenamento em uma nuvem. É uma ferramenta de criação de questionários, com questões de vários formatos e com recursos de personalização. Assim, possibilitou a criação de instrumentos avaliativos flexíveis e automatizou a coleta, manipulação e análise dos dados.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos questionários foi realizada conforme processo de ordenação dos dados, de categorização e análise final, segundo Bardin (1977), Minayo (1994) e Gil (1999).

Para análise de conteúdo foi realizado a pré-análise com leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação de hipóteses e preparação do material; depois houve a exploração do material com codificação pela unidade de contexto e analisado a frequência; logo após ocorreu a categorização de forma exaustiva, mutuamente exclusiva, pela pertinência e foram selecionadas amostras das respostas obtidas para construção de hipóteses que servem de princípio de classificação e por fim foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Detalhando mais a etapa de categorização, as respostas dos participantes foram analisadas de acordo com a semelhança e depois de agrupadas foi definido um título para resposta conforme o conteúdo descrito, respeitando a descrição trazida pelos participantes.

Segue abaixo as categorizações de cada pergunta, divididas conforme os participantes foram questionados sobre já terem contribuído com grupos educativos para os usuários em seu local de trabalho. Essa pergunta foi chave para divisão que se segue na apresentação da categorização das respostas: grupo sim (já contribuiu

para grupo), grupo não (não contribuiu para grupo) e grupo sim e não (todos os participantes).

#### **4.5.1 Grupo sim (já contribuiu para grupo)**

Para esses participantes que contribuíram em grupos educativos em seu local de trabalho foram realizadas dez perguntas, com as categorizações a seguir, de acordo com cada pergunta. Assim, a pergunta sobre:

- A temática do grupo que participou, ficou com 6 agrupamentos de respostas: ciclos da vida, saúde mental e autocuidado; Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e Doença Infecciosas; Promoção de Saúde; organização de trabalho e saúde bucal.
- Quem decidiu sobre a temática do grupo, ficou com 4 agrupamentos: instituição, políticas públicas, profissional de saúde e usuários.
- Qual foi sua contribuição para o grupo educativo, teve 4 categorizações para as respostas: não respondeu; facilitador; organizador; e organizador e facilitador. Sendo que na categoria de organizador estão os participantes que tiveram uma contribuição relacionada à administração do grupo e da temática; já na categoria de facilitador estão os participantes que apresentaram um papel de mediadores do grupo e das atividades e por fim na categoria organizador e facilitador estão os participantes que acumularam as duas funções no grupo.
- A descrição detalhada da atividade, foi dividida em 6 categorias de atividades: atividade física para o alívio de dores e prevenção de quedas em idoso; palestra expositiva, roda de conversa e dinâmica; oficina culinária; escovação para promoção da saúde bucal; escuta qualificada e acolhimento; e atividade administrativa.
- Recursos/ferramentas utilizados nos grupos, foi dividida em 4 categorias: recurso humano; Datashow e recursos audiovisuais; materiais de papelerias; materiais lúdicos e visuais.
- Estratégias/métodos utilizados nos grupos, foi dividida em 2 categorias: atividades lúdicas; e palestra expositiva e roda de conversa.

- Identificação das estratégias/métodos utilizados no grupo como processo educativo, foi dividida em 4 categorias: não respondeu; processo de ensino aprendizagem; processo social de relações entre as pessoas; e troca de experiência e discussões.
- A participação ativa dos usuários nos grupos, foi dividida em 6 categorias: não respondeu; abordagem multiprofissional; criação de vínculo entre profissionais e usuários e sentimento de pertencimento; divulgação; esclarecimentos de dúvidas e compartilhamento de experiências; e participação dos usuários na elaboração da atividade.
- O uso de ferramenta para avaliar indicadores de saúde e adesão, foi dividida em 4 categorias: não respondeu; avaliação da composição corporal; escala de autoeficácia ou entrevista semiestruturada; evolução no prontuário, questionário, lista de presença, observação e escuta qualificada; e roda de conversa.
- Quantas horas os participantes dedicavam para elaboração e execução dos grupos, foi dividida em 5 categorias: não respondeu; 0 à 10 horas; 11 à 20 horas; 21 à 25 horas e nenhuma ou muito pouco (realiza em casa, fora do horário de trabalho).

#### **4.5.2 Grupo não (não contribuiu para grupo)**

Para esses participantes que não contribuíram em grupos educativos no local de trabalho foram realizadas cinco perguntas que buscaram entender o motivo de não terem contribuído para grupos e as percepções dos participantes sobre grupos. As categorizações estão a seguir, de acordo com cada pergunta. Assim, a pergunta sobre:

- O motivo de não terem contribuído para grupos educativos, ficou com 2 agrupamentos: não acredita na eficácia dos grupos educativos e não são realizados grupos educativos no serviço de saúde que atua.
- Percepções de quais recursos/ ferramentas poderiam ser utilizados em grupos educativos, ficou com 3 agrupamentos: atividades lúdicas (desenho, contação

de histórias, encenação); materiais visuais e audiovisuais (imagens, filmes, músicas, etc.); e roda de conversa.

- Percepções sobre quais estratégias/métodos para utilizar em grupos educativos que ficou com 5 agrupamentos: métodos que promovam interação e participação dos usuários, palestra expositiva; profissional educador em saúde; roda de conversa; e vídeos educativos.
- Percepções que as estratégias/métodos que podem ser utilizados em grupos educativos podem ser identificados ou não como processo educativos, ficou com 2 agrupamentos: as informações recebidas pelos usuários nos grupos não produzem mudanças na saúde dos mesmos; e envolve processo de aprendizagem.
- Percepções de como os usuários poderiam participar de forma ativa nos grupos educativos, ficou com 3 categorias: atuação multiprofissional, com a participação dos agentes comunitários; palestras e utilização de recursos visuais e; profissionais de saúde com escuta qualificada, escolha da temática de acordo com a demanda dos usuários e utilização de questionários com sugestões críticas.

#### **4.5.3 Grupo sim e não (todos os participantes)**

As sete perguntas desse grupo sim e não foram direcionadas para todos os participantes. As categorizações estão a seguir, de acordo com cada pergunta. Assim, a pergunta sobre:

- Percepções dos profissionais sobre necessidades dos grupos educativos, foram elaboradas a partir de 2 temáticas: necessidade do uso de estratégias educativas e necessidade da participação ativa dos usuários.
- Percepções dos profissionais sobre necessidades dos grupos educativos, foram elaboradas a partir de 2 temáticas: necessidade do uso de estratégias educativas e necessidade da participação ativa dos usuários.
- Colaboração dos usuários em ações para comunidade, foi dividida em duas categorias: participação em movimentos sociais; e sugestões no planejamento

de atividades (Conselho Gestor, caixa de sugestão e convite para a comunidade).

- Percepção dos participantes sobre o motivo de os profissionais estarem ou não capacitados para elaborarem estratégias educativas em grupos educativos, foi categorizada em: estratégias educativas com pouca participação e distantes da realidade dos usuários (palestras expositivas etc.); organização do processo de trabalho nos serviços de saúde não favorece a elaboração de grupos educativos; os profissionais não possuem conhecimento teórico/prático e os processos de formação profissional não os capacitaram sobre estratégias educativas em grupos; e todos os profissionais estão aptos para conduzir grupos educativos, pois os processos de formação profissional os capacitaram e permitiram identificar demandas.
- Percepção dos participantes sobre o entendimento ou não dos profissionais sobre a importância das estratégias educativas, foi categorizada em: entendem o impacto positivo na saúde da população e na gestão da demanda; enxergam os grupos como uma obrigação burocrática, que apenas otimizam os atendimentos e distantes das condições socioeconômicas da população; e falta conhecimento teórico/prático das estratégias educativas, utilizam de estratégias educativas hierarquizadas que culpabilizam os usuários.
- Se os serviços de saúde, no que diz respeito a organização do processo de trabalho, auxiliam e possibilitam que os profissionais de saúde consigam realizar grupos educativos, foi categorizada em: apresenta recursos e infraestrutura (espaço físico, materiais, etc.); falta o trabalho multiprofissional, recursos e infraestrutura (espaço físico, materiais, etc.); existe espaço na agenda para grupos; e não há espaço na agenda para grupos, existe a lógica de metas para atendimentos individuais.

- Identificação de outras estratégias de educação em saúde, além dos grupos educativos, foi categorizada em: não identifica; atendimento individual; campanhas e ações, Informativos em sala de espera e recursos de mídias digitais; promoção da autonomia dos usuários, educação em saúde como processo contínuo, metodologias ativas e utilização de recursos musicais; roda de conversa, oficinas, palestras, etc.; visita domiciliar

#### 4.6 ELABORAÇÃO DO PRODUTO EDUCATIVO

Após realização da coleta e análise de dados, tendo o mapeamento das principais dificuldades e necessidades dos profissionais de saúde, o exame do ambiente de prática de saúde, do sujeito e da situação referente a utilização dos recursos didáticos para a realização de grupo educativos, foi desenvolvido um conteúdo interativo para profissionais de saúde acerca dos componentes do processo educativo para elaboração destes grupos, contemplando aspectos relacionados à educação em saúde (Apêndice C).



## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na presente pesquisa, realizada no ano de 2020, obtivemos a participação de 27 integrantes do MPI. Embora a pesquisa tenha sido feita no período de 2016 a 2020, o período de ingresso e sua porcentagem foram: 7,41% ingressaram em 2014, 11,11% ingressaram em 2015 e 3,7% em 2016 e 2017 cerca de 34% ingressaram no MPI no ano de 2019, quase 26% ingressaram em 2020, 7,41% ingressaram em 2014, 11,11% ingressaram em 2015 e 3,7% ingressaram em 2016 e 2017 (Quadro 5.1)

Quadro 5.1 - Ano de ingresso ao MPI

Ano de ingresso ao MPI	n	%
2014	2	7,41
2015	3	11,11
2016	1	3,7
2017	1	3,7
2018	4	14,81
2019	9	33,34
2020	7	25,93

Fonte: A autora.

Na amostra, tivemos 19 participantes do sexo feminino (70,37%) e 8 participantes do sexo masculino (29,63%), deste total quase 26% eram dentistas, 18,52% eram nutricionistas, 14,82% eram psicólogos, 11,11% eram enfermeiros seguido por assistentes social (7,42%), farmacêutico (3,70%), fisioterapeuta (3,70%), fonoaudiólogo (3,70%), obstetriz (3,70%), profissional de educação física (3,70%) e terapeuta ocupacional (3,70%), como mostra o Quadro 5.2.

Quadro 5.2 - Profissão dos participantes

<b>Profissão dos participantes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dentista	7	25,93
Nutricionista	5	18,52
Psicólogo	4	14,82
Enfermeiro	3	11,11
Assistente Social	2	7,42
Farmacêutico	1	3,70
Fisioterapeuta	1	3,70
Fonoaudiólogo	1	3,70
Obstetriz	1	3,70
Profissional de Educação Física	1	3,70
Terapeuta Ocupacional	1	3,70

Fonte: A autora.

Os participantes foram questionados sobre já terem contribuído com grupos educativos para os usuários em seu local de trabalho, 19 participantes (70,37%) responderam já ter contribuído e 8 participantes (29,63%) responderam que não contribuíram. Essa pergunta foi chave para divisão que se segue na apresentação dos resultados: grupo sim, grupo não e grupo sim e não (todos os participantes).

## 5.2 PERGUNTAS E RESPOSTAS (GRUPO SIM)

Os participantes que responderam já terem contribuído com grupos educativos (70,47%) em seus trabalhos, trouxeram suas perspectivas sobre esses grupos, conforme responderam às perguntas desta pesquisa. Seguem os resultados compilados de respostas desse grupo.

O Quadro 5.3 mostra que a maior parte das temáticas dos grupos, estavam relacionadas à ciclo de vida (33,3%) e Doenças Crônicas não Transmissíveis e Doenças Infecciosas (20,8%), sendo as outras temáticas sobre saúde mental e

autocuidado (16,7%), promoção de saúde (8,4%), organização de trabalho (12,5%) e saúde bucal (8,3%).

Quadro 5.3 - Temas e objetivos dos grupos educativos

<b>Temática e objetivo do grupo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ciclos da vida	8	33,33
Saúde Mental e Autocuidado	4	16,7
Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e Doença Infeciosas	5	20,8
Promoção de Saúde	2	8,4
Organização de Trabalho	3	12,5
Saúde Bucal	2	8,3

Fonte: A autora.

Os maiores atores envolvidos com a escolha das temáticas dos grupos foram a própria instituição (32,3%) e o profissional de saúde (29,4%), sendo que a participação dos usuários nesta escolha foi de apenas 17,6%, revelando baixa participação popular nas escolhas dos temas dos grupos educativos desenvolvidos, como vemos no Quadro 5.4.

Quadro 5.4 - Decisores das temáticas dos grupos

<b>Decisores das temáticas dos grupos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Instituição	11	32,35
Políticas Públicas	7	20,59
Profissional de saúde	10	29,41
Usuários	6	17,65

Fonte: A autora.

No que se refere ao tipo de contribuição aos grupos educativos, o quadro 5.5 revela que a maior parte dos participantes relataram que a sua contribuição nos grupos se deu acumulando os papéis de organizador e facilitador (42,1%), sendo que 31,6% disseram ter sido facilitadores e 21% disseram que foram apenas organizadores dos grupos.

Quadro 5.5 - Tipo de contribuição ao grupo educativo

<b>Tipo de contribuição ao grupo educativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Facilitador	6	31,6
Organizador	4	21,1
Organizador e Facilitador	8	42,1
Não respondeu	1	5,3

Fonte: A autora.

No Quadro 5.6, podemos observar que as atividades realizadas nos grupos eram, em sua maioria, palestras expositivas, rodas de conversa e dinâmica (31,6%) e atividades administrativas (21,1%) e atividade física para o alívio de dores e prevenção de quedas em idoso (21,1%), sendo que as outras atividades eram escuta qualificada e acolhimento (15,8%), oficina culinária (5,3%) e escovação com flúor para promoção de saúde bucal (5,3%).

Quadro 5.6 - Atividade realizada no grupo educativo

<b>Atividade realizada no grupo educativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atividade física para o alívio de dores e prevenção de quedas em idoso	4	21,1
Palestra expositiva, roda de conversa e dinâmica	6	31,6
Oficina culinária	1	5,3
Escovação para promoção da saúde bucal.	1	5,3
Escuta qualificada e acolhimento	3	15,8
Atividade administrativa	4	21,1

Fonte: A autora.

Os participantes trouxeram que os recursos/ferramentas mais utilizados nos grupos foram Datashow e recursos audiovisuais (38,5%) e materiais lúdicos e visuais (34,6%). Sendo que materiais de papelaria (23,1%) e recurso humano (3,9%) foram os menos utilizados, como podemos observar no Quadro 5.7.

Quadro 5.7 - Recursos/ferramentas utilizados nos grupos educativos

<b>Recursos/ferramentas utilizados nos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Recurso humano	1	3,9

Datashow e recursos audiovisuais	10	38,5
Materiais de papelaria	6	23,1
Materiais lúdicos e visuais	9	34,6

Fonte: A autora.

No Quadro 5.8, vemos que 83,3% dos participantes usaram palestras expositivas e rodas de conversa como estratégia e método nos grupos, sendo que apenas 16,7% relataram ter usado atividades lúdicas. O Quadro 5.9, revela que 94,7% dos participantes responderam que identificam essas estratégias/ métodos que utilizaram nos grupos como processos educativos, sendo que, de acordo com o Quadro 5.10 sobre motivo da identificação ou não das estratégias/métodos utilizados nos grupos como processo educativo, 47,4% disseram ser processos de ensino aprendizagem, 15,8% disseram ser processo social de relações entre as pessoas e 21% disseram ser troca de experiência e discussão.

Quadro 5.8 - Estratégias/métodos utilizados nos grupos educativos

<b>Estratégias/métodos utilizados nos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atividades lúdicas	5	16,7
Palestra expositiva e roda de conversa	25	83,3

Fonte: A autora.

Quadro 5.9 - Identificação das estratégias/métodos utilizados nos grupos como processo educativo

<b>Identificação das estratégias/métodos utilizados nos grupos como processo educativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	1	5,26
Sim	18	94,74

Fonte: A autora.

Quadro 5.10 - Motivo da identificação ou não das estratégias/métodos utilizados nos grupos como processo educativo

<b>Motivo da identificação ou não das estratégias/métodos utilizados nos grupos como processo educativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	3	15,8
Processo de ensino aprendizagem	9	47,4
Processo social de relações entre as pessoas	3	15,8
Troca de experiência e discussões	4	21,1

Fonte: A autora.

No Quadro 5.11, podemos observar que 57,9% dos participantes responderam que os usuários conseguiram participar ativamente do grupo e 42,1% relataram que não. Destes, (Quadro 5.12) 27,3% disseram que utilizaram estratégias para participação relacionadas ao esclarecimentos de dúvidas e compartilhamento de experiências, 13,7% disseram que utilizaram da divulgação do grupo, 9% disseram que utilizaram da criação de vínculo entre profissionais e usuários e sentimento de pertencimento, 9% utilizaram de abordagem multiprofissional e apenas 4,5% disseram que utilizaram de participação dos usuários na elaboração da atividade como estratégia para promover a participação ativa dos usuários nos grupos, como vemos no Quadro 5.12.

Quadro 5.11 - Participação ativa dos usuários nos grupos educativos

<b>Participação ativa dos usuários nos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	8	42,11
Sim	11	57,89

Fonte: A autora.

Quadro 5.12 - Estratégias utilizadas para a participação dos usuários nos grupos educativos

<b>Estratégias utilizadas para a participação dos usuários nos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	8	36,36
Abordagem multiprofissional	2	9,09
Criação de vínculo entre profissionais e usuários e sentimento de pertencimentos dos usuários	2	9,09
Divulgação	3	13,64
Esclarecimentos de dúvidas, compartilhamento de experiências, etc.)	6	27,27
Participação dos usuários na elaboração da atividade	1	4,55

Fonte: A autora.

Em relação à utilização de ferramentas para avaliar indicadores de saúde e de adesão nos grupos 52,6% dos participantes responderam que não foi utilizada uma ferramenta e 47,7% responderam que utilizaram, como observado no Quadro 5.13. Destes 27,3% disseram terem utilizado de evolução no prontuário, questionário, lista de presença, observação e escuta qualificada como ferramenta; aproximadamente 9% disseram que utilizaram de escala de autoeficácia ou entrevista semiestruturada; 9% utilizaram roda de conversa; e 4,5% utilizaram a avaliação da composição corporal como ferramenta (Quadro 5.14).

Quadro 5.13 - Utilização de ferramenta para avaliar indicadores de saúde e de adesão nos grupos educativos

<b>Utilização de ferramenta para avaliar indicadores de saúde e de adesão nos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	10	52,6
Sim	9	47,4

Fonte: A autora.

Quadro 5.14 - Ferramentas utilizadas para avaliar indicadores de saúde e de adesão nos grupos educativos

<b>Ferramentas utilizadas para avaliar indicadores de saúde e de adesão nos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	11	50,00
Avaliação da composição corporal	1	4,5
Escala de autoeficácia ou entrevista semiestruturada	2	9,1
Evolução no prontuário, questionário, lista de presença, observação e escuta qualificada	6	27,3
Roda de conversa	2	9,1

Fonte: A autora.

Sobre a carga horária de trabalho dos participantes da pesquisa 57,9% disseram trabalhar 40 horas semanais; 21% possuíam carga horária de trabalho de 30 horas semanais; 5,3% trabalhavam 20 horas semanais e 15,8% não responderam (Quadro 5.15). Destes 57,9% dos participantes relataram que dedicaram de 0 a 10 horas semanais para elaboração e execução dos grupos; 15,8% dedicaram de 11 a 20 horas semanais; 5,3% dedicavam de 21 a 25 horas semanais e 5,3% não tinham nenhuma ou muito pouca para dedicação nos grupos (Quadro 5.16).



Quadro 5.15 - Carga horária de trabalho semanal

<b>Carga horária de trabalho semanal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	3	15,79
20 horas semanais	1	5,26
30 horas semanais	4	21,05
40 horas semanais	11	57,89

Fonte: A autora.

Quadro 5.16 - Horas semanais dedicadas para elaboração e execução dos grupos educativos

<b>Horas semanais dedicadas para elaboração e execução dos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não respondeu	3	15,8
0 a 10 horas	11	57,9
11 a 20 horas	3	15,8
21 a 25 horas	1	5,3
Nenhuma ou muito pouco (realiza em casa, fora do horário de trabalho)	1	5,3

Fonte: A autora.

### 5.3 PERGUNTAS E RESPOSTAS (GRUPO NÃO)

Da mesma forma que o grupo SIM, os participantes que responderam não terem contribuído com grupos educativos (29,63%) em seus trabalhos, trouxeram suas perspectivas sobre esses grupos, conforme responderam às perguntas desta pesquisa. Seguem os resultados compilados de respostas, com o destaque que as mesmas dizem respeito às percepções dos participantes e não, necessariamente, às vivências em grupos educativos.

Como mostrado no Quadro 5.17, apenas 1 participante, dos 8 que responderam não ter contribuído para grupos, relatou que não acredita na eficácia dos grupos educativos. Cerca de 88% responderam que não contribuiriam para grupos pois não eram realizados grupos educativos no serviço de saúde que atuavam.

Quadro 5.17 - Motivo de não contribuição em grupos educativos

<b>Motivo de não contribuição em grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
--	----------	----------

Não acredita na eficácia dos grupos educativos	1	12,50
Não são realizados grupos educativos no serviço de saúde que atua.	7	87,50

Fonte: A autora.

Cerca de 73% dos participantes responderam acreditar na utilização de recursos/ferramentas em grupos relacionados aos materiais visuais e audiovisuais (imagens, filmes, músicas, etc.), 18% responderam acreditar na utilização de roda de conversa e apenas 9% responderam sobre o uso de atividades lúdicas (desenho, contação de histórias, encenação) Quadro 5.18.

Quadro 5.18 - Percepções de recursos/ferramentas que poderiam ser utilizados em grupos educativos

<b>Percepções de recursos/ferramentas que poderiam ser utilizados em grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Roda de conversa	2	18,18
Materiais visuais e audiovisuais (imagens, filmes, músicas, etc.)	8	72,73
Atividades lúdicas (desenho, contação de história, encenação)	1	9,09

Fonte: A autora.

No Quadro 5.19, nota-se que cerca de 55% dos participantes responderam acreditar na utilização de estratégias/métodos em grupos relacionados à roda de conversa, e nas outras categorias, sobre métodos que promovam interação, palestra expositiva, ter um profissional educador em saúde e vídeos educativos, teve somente 1 participante em cada categoria.

Quadro 5.19 - Melhores estratégias/métodos para ser utilizada em grupos educativos

<b>Melhores estratégias/métodos para ser utilizada em grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Métodos que promovam interação e participação dos usuários	1	11,11
Palestra expositiva	1	11,11
Profissional educador em saúde	1	11,11
Roda de conversa	5	55,56
Vídeos educativos	1	11,11

Fonte: A autora.

Por volta de 88% dos participantes responderam que identificam que as estratégias/ métodos apontados na pergunta anterior são processos educativos e, apenas 1 participante respondeu que não identifica (Quadro 5.20). Esse único participante que respondeu não identificar que as estratégias/métodos apontados são processos educativos (Quadro 5.21), relata que as informações recebidas pelos usuários nos grupos não produzem mudança na saúde dos mesmos. Entretanto, 87% dos participantes responderam que identificam como processos educativos pois as estratégias/métodos envolvem processo de aprendizagem dos usuários.

Quadro 5.20 - Estratégias /métodos para grupos são identificadas como processos educativos

<b>Estratégia /métodos para grupos são identificadas como processos educativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	1	12,50
Sim	7	87,50

Fonte: A autora.

Quadro 5.21 - Motivo de as estratégias /métodos para grupos serem identificadas como processos educativos

<b>Motivo de as estratégias/métodos para grupos serem identificadas como processos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
As informações recebidas pelos usuários nos grupos não produzem mudanças na saúde dos mesmos	1	12,50
Envolve processo de aprendizagem	7	87,50

Fonte: A autora.

Cerca de 67% dos participantes percebem que os usuários poderiam participar de forma ativa nos grupos, por meio de profissionais de saúde com escuta qualificada, escolha da temática de acordo com a demanda dos usuários e utilização de questionários com sugestões críticas; 22% acredita que essa participação poderia ocorrer com palestras e utilização de recursos visuais e; 11% acredita que essa participação ativa poderia acontecer com a atuação multiprofissional, e a participação dos agentes comunitários (Quadro 5.22).

Quadro 5.22 - Estratégias para os usuários participarem de forma ativa nos grupos

<b>Estratégias para os usuários participarem de forma ativa nos grupos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atuação multiprofissional, com a participação dos agentes comunitários	1	11,11
Palestras e utilização de recursos visuais	2	22,22
Profissionais de saúde com escuta qualificada, escolha da temática de acordo com a demanda dos usuários e utilização de questionários com sugestões e críticas	6	66,67

Fonte: A autora.

#### 5.4 PERGUNTAS E RESPOSTAS (GRUPO SIM E NÃO)

Após responderem as perguntas do questionário relacionadas a terem ou não participado de grupos educativos, todos os participantes responderam as perguntas sobre suas percepções sobre a importância de estratégias educativas, colaboração dos usuários e organização de processo de trabalho. Seguem os resultados compilados de respostas de todos os participantes (27), com o destaque que as respostas dizem respeito às percepções dos participantes e não, necessariamente, às vivências em grupos educativos.

Mais de 77% dos participantes responderam que é extremamente necessário o uso de estratégias educativas na realização do grupo, e cerca de 22% disseram que as estratégias educativas podem auxiliar no desenvolvimento do grupo. Ainda sobre as necessidades, cerca de 70% dos participantes relataram que os profissionais de saúde necessitam da participação ativa dos usuários para a realização dos grupos

educativos, quase 4% relataram que acreditam não ter necessidade e 26% dizem que pode auxiliar no desenvolvimento do grupo (Quadro 5.23).

Quadro 5.23 - Percepções sobre necessidades dos grupos educativos

<b>Necessidade de utilizarem estratégias educativas para a realização dos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
É extremamente necessário, sem ela o grupo não seria eficaz.	21	77,78
Pode auxiliar no desenvolvimento do grupo.	6	22,22
<b>Necessidade de utilizarem participação ativa dos usuários para a realização dos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
É extremamente necessário, sem ela o grupo não seria eficaz.	19	70,37
Não necessitam.	1	3,70
Pode auxiliar no desenvolvimento do grupo.	7	25,93

Fonte: A autora.

Cerca de 63% dos participantes relatam que os usuários não colaboram com ações para comunidade, sendo que 33,3% relatam que os usuários colaboram na elaboração de ações para comunidade, porém apenas 30% destes responderam como essa colaboração acontece. Destes, cerca de 8% trouxeram que essa colaboração acontece por meio de participação dos usuários em movimentos sociais e em torno de 22% relataram que acontece por meio de sugestões no planejamento de atividades (Conselho Gestor, caixa de sugestão e convite para a comunidade) (Quadro 5.24).

Quadro 5.24 - Colaboração dos usuários em ações para comunidade

<b>Colaboração dos usuários em ações para comunidade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Participação em movimentos sociais	2	7,41
Sugestões no planejamento de atividades (Conselho Gestor, caixa de sugestão e convite para a comunidade)	6	22,22

Fonte: A autora.

No Quadro 5.25, podemos observar que por volta de 41% dos participantes relatam que os profissionais de saúde não estão capacitados para elaborar estratégias educativas nos grupos para os usuários do serviço. Do total de

participantes que responderam essa pergunta, cerca de 15% dizem que as estratégias educativas, elaboradas pelos profissionais, apresentam pouca participação e são distantes da realidade dos usuários (palestras expositivas etc.); perto de 45% relataram que os profissionais não possuem conhecimento teórico/prático e que os processos de formação profissional não capacitaram sobre estratégias educativas em grupos; e por volta de 19% dos participantes dizem que todos os profissionais estão aptos para conduzir grupos educativos, pois os processos de formação profissional os capacitaram e permitiram identificar demandas.

Quadro 5.25 - Percepções sobre os profissionais de saúde estarem capacitados ou não para elaborarem estratégias educativas nos grupos para os usuários do serviço

<b>Percepções sobre os profissionais de saúde estarem capacitados ou não para elaborarem estratégias educativas nos grupos para os usuários do serviço</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	2	7,41
Estratégias educativas, elaboradas pelos profissionais, apresentam pouca participação e são distantes da realidade dos usuários (palestras expositivas etc.	4	14,81
Organização do processo de trabalho nos serviços de saúde não favorece a elaboração de grupos educativos	4	14,81
Os profissionais não possuem conhecimento teórico/prático e os processos de formação profissional não capacitaram sobre estratégias educativas em grupos	12	44,44
Todos os profissionais estão aptos para conduzir grupos educativos, pois os processos de formação profissional os capacitaram e permitiram identificar demandas	5	18,52

Fonte: A autora.

Cerca de 31% dos participantes responderam que os profissionais entendem a importância destas estratégias educativas, destes participantes em torno de 93% responderam a percepção deles sobre o motivo de os profissionais estarem ou não capacitados para elaborarem estratégias educativas em grupos educativos. Sendo assim, obtivemos como justificativa dos participantes que 22% percebem que os profissionais entendem o impacto positivo na saúde da população e na gestão da demanda; cerca de 11% percebem que os profissionais enxergam os grupos como uma obrigação burocrática, que apenas otimizam os atendimentos e distantes das condições socioeconômicas da população; e 50% percebem que falta conhecimento teórico/prático dos profissionais sobre as estratégias educativas, utilizando-se de estratégias educativas hierarquizadas e culpabilizando os usuários (Quadro 5.26).

Quadro 5.26 - Percepções sobre a importância das estratégias educativas

<b>Percepções sobre a importância das estratégias educativas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	5	17,86
Entendem o impacto positivo na saúde da população e na gestão da demanda	6	21,43
Enxergam os grupos como uma obrigação burocrática, que apenas otimizam os atendimentos e distantes das condições socioeconômicas da população	3	10,71
Falta conhecimento teórico/prático dos profissionais sobre as estratégias educativas, utilizando-se de estratégias educativas hierarquizadas e culpabilizando os usuários	14	50,00

Fonte: A autora.

No Quadro 5.27 por volta de 71% dos participantes responderam que os serviços de saúde, no que diz respeito a organização do processo de trabalho, "NÃO" auxiliam e possibilitam que os profissionais de saúde consigam realizar grupos educativos. Por volta de, 7% dos participantes responderam que os serviços de saúde apresentam recursos e infraestrutura (espaço físico, materiais, etc.); 20,69% dos participantes responderam que faltam o trabalho multiprofissional, recursos e infraestrutura (espaço físico, materiais, etc.); 7% relatam que existe espaço na agenda para grupos; e 55,17% dos participantes relata que nos serviços de saúde não há espaço na agenda para grupos, existe a lógica de metas para atendimentos individuais.

Quadro 5.27 - Motivo da organização do processo de trabalho, nos serviços de saúde, possibilitar ou não a realização de grupos educativos

<b>Motivo da organização do processo de trabalho, nos serviços de saúde, possibilitar ou não a realização de grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	3	10,34
Apresenta recursos e infraestrutura (espaço físico, materiais, etc.)	2	6,90
Falta o trabalho multiprofissional, recursos e infraestrutura (espaço físico, materiais, etc.)	6	20,69
Existe espaço na agenda para grupos	2	6,90
Não há espaço na agenda para grupos, existe a lógica de metas para atendimentos individuais	16	55,17

Fonte: A autora.

Na pergunta sobre identificação de outras estratégias de educação em saúde, além dos grupos educativos, pouco mais de 18% responderam que não identifica; 13,51% responderam atendimento individual; 27% responderam campanhas e ações, informativos em sala de espera e recursos de mídias digitais; cerca de 11% responderam promoção da autonomia dos usuários, educação em saúde como processo contínuo, metodologias ativas e utilização de recursos musicais; mais de 13% responderam roda de conversa, oficinas, palestras, etc.; e mais de 13% responderam visita domiciliar (Quadro 5.28).



Quadro 5.28 - Identificação de outras estratégias de educação em saúde, além dos grupos educativos

<b>Identificação de outras estratégias de educação em saúde, além dos grupos educativos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não responderam	1	2,70
Não identifica	7	18,92
Atendimento individual	5	13,51
Campanhas e ações, Informativos em sala de espera e recursos de mídias digitais	10	27,03
Promoção da autonomia dos usuários, educação em saúde como processo contínuo, metodologias ativas e utilização de recursos musicais	4	10,81
Roda de conversa, oficinas, palestras, etc.	5	13,51
Visita domiciliar	5	13,51

Fonte: A autora.



## 6 DISCUSSÃO

A análise das respostas dos participantes ao questionário, possibilitou obter percepções sobre processos educativos no âmbito da educação em saúde realizada nas atividades em grupo, nos serviços de saúde. De acordo com Świątoniowska-Lonc et al. (2020) isso se faz importante pois a educação em saúde pode possibilitar o tratamento em saúde com os usuários potencializando o nível de autocuidado e adesão às recomendações de tratamento. Além disso, a utilização de grupos como estratégia educativa em saúde requer que estes profissionais de saúde realizem um planejamento e seleção cuidadosos, de maneira organizada, levando em consideração vários elementos, como diagnóstico, objetivos, mensagem, estratégia educativa e avaliação (Cervato-Mancuso, 2011).

Em relação a este estudo, os resultados demonstraram que se obteve a maior concentração de objetivo e temática, dos participantes que já haviam contribuído para grupos educativos, voltados à ciclos da vida, DCNT e doenças infecciosas, sendo que promoção de saúde foi um dos menos relatados. No âmbito de serviços de saúde, principalmente na APS, é natural que DCNT apareça como um dos principais temas e objetivos de grupos, de acordo com as "Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias", (Brasil, 2013a). De acordo com Brasil (2013), as DCNT são um problema de saúde de grande impacto. Porém, causa certo estranhamento a temática e objetivo de promoção da saúde ter sido uma das menos relatadas, pois como visto por Ferreira Neto e Kind (2011), os grupos educativos podem ser espaços de potencial trabalho de promoção de saúde nos serviços de saúde, obviamente a temática de promoção da saúde pode perpassar todos os outros temas e objetivos, mas isso não foi apontado pelos participantes desse estudo.

Sobre as estratégias/métodos utilizados em grupo educativo, relatado pelos participantes deste estudo e que já contribuíram para grupos, mais de 80% dos mesmos trouxeram que essa estratégia/método se deu por meio de palestra expositiva e roda de conversa. Esse resultado não fica distante dos participantes que não contribuíram para grupos, pois os mesmos trouxeram que a melhor estratégia/método para ser utilizado em grupos seria a roda de conversa. É interessante destacar que esse resultado pode sugerir, como encontrado na literatura,

uma certa limitação de estratégias que podem ser utilizadas em grupos educativos, focando apenas em palestras expositivas e roda de conversa, onde o ator central é o profissional de saúde. Entretanto, estudos sugerem que devem ser utilizados outros tipos de estratégias e métodos para grupos educativos, como exibição de curta-metragem, uso de "sala de aula invertida" com produções feitas pelos usuários, oficinas de workshops e rádio, oficinas e atividades lúdicas, etc (Gomes; Oliveira, 2015; Vives-Cases et al., 2019; Young et al., 2019; Chen et al., 2021).

Para que outras estratégias sejam possíveis de serem realizadas e utilizadas em grupos educativos, é importante termos profissionais de saúde capacitados e que consigam lançar mão dessas estratégias e serviços de saúde que possibilitem a inovação de estratégias e métodos. Por isso, a relevância de incorporar essa temática nas estratégias de Educação Permanente em Saúde segundo os autores (Kyaw et al., 2019; Rodrigues et al., 2020).

Os participantes que já contribuíram para grupos trouxeram sobre os recursos/ferramentas utilizados nos grupos. A maior parte relatou ter utilizado Datashow e recursos audiovisuais. Os participantes que não contribuíram para grupos, trouxeram de maneira parecida, que os melhores recursos/ferramentas para ser utilizado em grupos seriam materiais visuais e audiovisuais. Esses dados revelam que a maior parte dos participantes apresentam uma visão de recursos focados em ferramentas tecnológicas. Essas ferramentas como vídeos e materiais impressos, por exemplo, podem ser promotoras de educação em saúde, já que permitem o emprego simultâneo de várias ferramentas interativas e lúdicas, promovendo a formação de representações mentais ou associações visuais, o que viabiliza a aquisição de conhecimentos, a memorização e o desenvolvimento de habilidades específicas. Entretanto, de acordo com a Moura Sá et al. (2019) e Herval et al. (2019) é importante ressaltar que o uso desses recursos também pode significar a transmissão do conhecimento de forma hierarquizada, onde o profissional de saúde utiliza de vídeos e Datashow para passar apenas informações de forma individualizada para um grupo de pessoas com características de saúde em comum, por exemplo em forma de palestra, os estudos mostram que isso gera uma baixa eficácia dos grupos e a falta de interação dos participantes.

Em relação ao grupo dos participantes que contribuíram para grupos educativos como os que não contribuíram, a maior parte identifica as estratégias/métodos utilizados nos grupos como processo educativo. Esses mesmos

participantes trazem que o motivo de identificarem é que essas estratégias/métodos envolvem processo de ensino aprendizagem. Isso sugere que os participantes, enquanto profissionais de saúde também, entendem que o grupo é um espaço potencial de educação em saúde. Segundo a OMS (1986) o grupo se caracteriza como um espaço de processo educacional em saúde buscando promover a aquisição de conhecimentos pela população em relação a temas específicos. Sendo um conjunto de práticas do setor que tem como objetivo aumentar a autonomia das pessoas no cuidado com sua saúde e na participação em debates com profissionais e gestores, visando a alcançar uma atenção à saúde que atenda às suas necessidades. Essas práticas pedagógicas são caracterizadas pela participação ativa e emancipatória dos indivíduos.

Todos os participantes responderam sobre percepções e a importância das estratégias educativas, metade desses participantes trouxeram que falta conhecimento teórico/prático dos profissionais sobre as estratégias educativas, utilizando-se de estratégias educativas hierarquizadas e culpabilizando os usuários. E no que diz respeito às percepções, se os profissionais de saúde estivessem capacitados ou não para elaborar estratégias educativas nos grupos, a maior parte dos participantes relata que os profissionais não possuem conhecimento teórico/prático e os processos de formação profissional não o capacitaram sobre estratégias educativas em grupos.

Segundo Vincha et al. (2017), destaca que as estratégias educativas, utilizadas nos grupos educativos devem ser baseadas na reciprocidade, ou seja, todos os atores devem participar do processo de aprendizagem e avaliação, de forma igualitária. Isso significa que os profissionais de saúde devem ser educadores, mas também devem estar abertos a aprender com os usuários. Com isso, a necessidade de incentivo financeiro e educação permanente para a realização dos grupos educativos se faz extremamente necessária.

Os dados encontrados sobre avaliação de grupos educativo, no que se refere à adesão dos usuários e indicadores de saúde, mostrou que mais da metade dos participantes deste estudo, que já haviam contribuído para grupos educativos, relataram não utilizar nenhuma ferramenta para avaliação dos grupos e dos que relataram utilizar alguma ferramenta a maior parte utilizou de evolução no prontuário, questionário, lista de presença, observação e escuta qualificada. Esse dado sugere

que a avaliação de grupo nem sempre está presente nos grupos educativos. Entretanto, achados na literatura (Cervato-Mancuso, 2011; Tanaka, 2011) mostraram que a avaliação deve ser feita de forma contínua, mesmo que de maneira simples, definidas desde o planejamento do grupo, para que ocorra a melhoria da qualidade do cuidado e que se tenha resultados em saúde, por meio da ação educativa. Além da avaliação ser definida no planejamento do grupo é essencial que ela também seja definida em conjunto com os usuários e que os profissionais de saúde tenham um olhar ampliado para questões territoriais, do serviço de saúde e da própria vivência das ações em saúde (Furtado, 2001; Brasil, 2012).

De acordo com alguns trabalhos (Bosi; Uchimura, 2006; Sobral; Santos, 2010) é importante destacar que a avaliação de um grupo pode ser compreendida como uma análise minuciosa de como ele é conduzido e quais são os seus resultados. Esse processo envolve a utilização de critérios de análise para compreender, mensurar, determinar e avaliar a eficácia das ações, o que, por sua vez, estimula o aprendizado e o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde que atuam como facilitadores nesses grupos. A avaliação do processo deve abranger critérios que vão além da simples quantificação objetiva e considerar elementos da experiência vivida pelo grupo, uma vez que esse cuidado é desenvolvido dentro de um contexto social, onde se busca a coesão e interação grupal.

Além destas avaliações, é importante destacar a relevância da avaliação sobre adesão dos usuários nos grupos educativos, como apontados pelos participantes desse estudo ao relatarem a utilização de lista de presença como um exemplo de avaliação. A adesão dos grupos está ligada a fatores estruturais e interpessoais. Os fatores estruturais incluem a disponibilidade de recursos, como espaço físico, material didático, recursos de apoio e modelos educativos, a falta desses recursos pode dificultar a realização dos grupos e desencorajar os usuários a participar. Os fatores interpessoais incluem o convite ao grupo, a produção simbólica do primeiro encontro e a forma como os profissionais mediam o grupo. Um convite realizado com qualidade e um primeiro encontro positivo podem ajudar a aumentar a adesão, enquanto um modelo verticalizado e autoritário de mediação pode desencorajar os usuários a participar (Afonso; Lemos, 2011; Araújo et al., 2011; Botelho et al., 2016; Vasconcelos; Magalhães, 2016).

Sobre o tipo de contribuição ao grupo, os dados revelaram que a maior parte dos participantes, que já contribuíram para grupos educativos, relataram que a sua

contribuição nos grupos se deu acumulando os papéis de organizador e facilitador. É interessante notar que o papel de facilitador de grupo é o papel que os participantes mais se identificaram, junto com o papel do organizador. Achados na literatura (Vieira et al., 2020; Jaime; Lourenço, 2022) sugerem que ser facilitador significa possuir conhecimento sobre o conteúdo a ser abordado e, por meio de habilidades pedagógicas eficazes, conseguir relacionar os temas com a realidade dos educandos. Desempenhando o papel de agente transformador, o facilitador conecta os educandos como protagonistas de seu próprio processo de ensino-aprendizagem.

Um pouco mais da metade dos participantes, que já contribuíram para grupos educativos, relataram que existe participação ativa dos usuários nos grupos educativos. Entretanto, quando perguntados sobre quais estratégias são utilizadas para que essa participação aconteça, a maior parte não respondeu essa pergunta. Já os participantes que não haviam contribuído para grupo, trouxeram que os profissionais de saúde podem utilizar de estratégias como escuta qualificada, escolha da temática de acordo com a demanda dos usuários e utilização de questionários com sugestões e críticas. Vale ressaltar que quando perguntado para todos os participantes sobre a importância da participação ativa de usuários em grupos educativos, quase todos relataram que é extremamente necessário, sem ela o grupo não seria eficaz ou que pode auxiliar no desenvolvimento do grupo.

Alguns estudos (Brasil, 2012) apontam que a participação ativa dos usuários em grupos é fundamental para garantir que todos os envolvidos se sintam ouvidos e valorizados. Isso envolve uma escuta ativa, o reconhecimento dos conhecimentos diversos, a construção coletiva de novos saberes, a formação de vínculos e a promoção de relações horizontais. Sem essa abordagem, os participantes podem não se sentir pertencentes ao grupo, o que pode levar à desvalorização do atendimento prestado.

No grupo de participantes que relataram não ter contribuído para grupos educativos, a maior parte traz que o motivo dessa não contribuição se deu pois não são realizados grupos educativos no serviço de saúde que atua. Vale ressaltar que, de acordo com Silva et al. (2016) estratégias de educação em saúde em forma de grupos têm contribuído para melhora nas condições de saúde dos usuários. É relevante ressaltar que educação em saúde, em um contexto de grupo educativo, é um processo contínuo, dinâmico, complexo e planejado de ensino e aprendizagem ao

longo da vida, realizado em diversos contextos. É implementada por meio de uma parceria justa e negociada entre o indivíduo e o profissional de saúde, com o objetivo de capacitar a pessoa a adotar estilos de vida e comportamentos saudáveis que resultem em melhorias em sua saúde. A educação em saúde leva em consideração os fatores internos e externos que afetam a saúde dos indivíduos e grupos, buscando potencializar seus conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças relacionadas às suas necessidades de saúde.

Dos participantes que já contribuíram para grupos educativos, a maior parte relatou que trabalham com carga horária de 40 horas semanais e a maior parte trouxe que dedicava de 0 a 10 horas para elaboração e execução de grupos educativos.

Todos os participantes, que contribuíram para grupo e os que não contribuíram, quando questionados sobre o motivo da organização do processo de trabalho, nos serviços de saúde, possibilitar ou não a realização de grupos educativos, a maior parte dos participantes relatam que não há espaço na agenda para grupos, e que existe a lógica de metas para atendimentos individuais, no caso, em detrimento de atividades coletivas como os grupos educativos.

Como relatado por Ferreira Neto e Kind (2011) existe um baixo investimento no planejamento das ações educativas na organização do processo de trabalho nos serviços de saúde. Esse baixo investimento, pode ser compreendido não apenas como recursos financeiros, mas como investimento de tempo, recursos humanos e de espaço.

Apesar das dificuldades apresentadas de se realizar o grupo por conta da organização de processos de trabalho que não incentivam a realização dos mesmos, os grupos acontecem e os participantes, mesmo os que não haviam contribuído para grupos apresentam uma percepção de grupos educativos alinhados ao que se preconiza como educação em saúde. Porém, quando questionados sobre a efetividade das ações, como prática dessas percepções, percebe-se o desalinhamento de alguns pontos do que é preconizado como educação em saúde em grupos educativos.

Nesse sentido, ainda de acordo com a literatura (OMS, 1986; Sobral; Santos, 2010; Tanaka, 2011) ressalta-se a necessidade de superar tais dificuldades e desalinhamento a fim de incorporar na prática educação em saúde por meio de grupos alinhados ao que é preconizado. Isso permitirá que grupos educativos sejam espaços



de promoção de saúde, por meio de uma educação em saúde problematizadora, emancipatória e que de fato gere mudanças de condições de saúde na população.



## 7 CONCLUSÃO

Por se tratar de um estudo qualitativo, o mais relevante foi ter realizado a análise minuciosa e estruturada das respostas, que possibilitou entender as percepções dos participantes do estudo e agregou de forma construtiva análises para o objeto desse estudo.

Foram identificadas percepções sobre grupos educativos coerentes com a literatura e com o que é preconizado para educação em saúde. Entretanto, percebeu-se um distanciamento na efetividade dessas percepções em ações, relacionados aos: decisores das temáticas dos grupos; recursos e ferramentas utilizadas; estratégias e métodos utilizados e a organização do processo de trabalho possibilitar a realização de grupos educativos. Isso reforça a importância de se olhar para grupos educativos com uma perspectiva mais ampliada e voltada para uma educação em saúde emancipatória e problematizadora, além de revelar a necessidade de capacitação de profissionais de saúde para atuarem em grupos educativos.

Acredita-se que seja importante trabalhar na formação dos profissionais de saúde ou em educação permanente, conceitos de educação em saúde para que os profissionais de saúde atuem como facilitadores de grupos educativos e que possibilitem ações em saúde em grupos com participação ativa dos usuários, mudança de estilo de vida e melhora nas condições de saúde. Entretanto, é importante destacar o papel fundamental na organização de processo de trabalho nos serviços de saúde para possibilitar a realização de grupos educativos, percebeu-se nesse estudo um desalinhamento sobre metas mais focadas em atendimentos individuais que se distanciam da valorização e da importância de ações coletivas como os grupos educativos, entendendo que esses grupos também são efetivos e trazem resultados em saúde.

Mais estudos são necessários para entender melhor como os serviços de saúde, enquanto sua organização de processo de trabalho, podem potencializar ações de educação em saúde por meio de grupos educativos. Ainda, houve algumas limitações relacionadas ao tamanho da amostra e por ser um questionário aplicado de forma online.



## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

Afonso RR, Lemos A. Adesão nos grupos educativos em contracepção em uma área programática do Rio de Janeiro. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2011;1(2):238-47. doi:10.19175/

Araújo V, Dias M, Bustorff L. A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica. *Referência – Rev Enferm [Internet]* 2011.[citado 12 de outubro 2019].3(5):7-17. Disponível em:

[https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000300001?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000300001](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300001?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300001)

Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ; 2002.

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 1977.

Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann ITSB, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação e saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm*. 2007 abr-jun;16(2):307-14. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200014>

Bordenave JD. Alguns fatores pedagógicos. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor.

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas e centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. p. 87-117.

Botelho FC, Guerra LDS, Pava-Cárdenas A, Cervato-Mancuso AM. Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 abr;21(6):1889-1898. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08862016>

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica do SUS. Dispõe sobre a Sistema Único de Saúde. Brasília. Diário Oficial da União, Brasília, DF (1990 set. 19); Sec.7:2

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68.

---

<sup>1</sup> De acordo com Estilo Vancouver.

Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(Sup. 2): 177-85. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600018>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª ed. Brasília (DF); 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Clínica Ampliada. Brasília (DF); 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília (DF); 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Políticas e Ações. Brasília (DF); 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília (DF); 2013a.

Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília (DF); 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Gestão do trabalho e da educação na saúde Brasília (DF); 2006.

Cervato-Mancuso AM. Elaboração de um programa de educação nutricional. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, organizadores. Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 2011. p. 187-97.

Chen G, Zhao Y, Xie F, Shi w, Yang Y, Yang v, Wu D . Educando pacientes ambulatoriais para preparação intestinal antes da colonoscopia usando métodos convencionais versus vídeos de realidade virtual mais métodos convencionais: um ensaio clínico randomizado. *JAMA Network*. 2021 Nov. 1;4(11):e2135576. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.35576.

Ferreira-Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis* 2010 Dec.;20(4). doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400004>

Ferreira-Neto JL, Kind L. Promoção da saúde: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família. Belo Horizonte: Fapeming; 2011.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 41a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6:165-81. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>.

Gazzinelli MFC, Marques RC, Oliveira DC, Amorim MMA, Araújo EG. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. *Trab Educ Saúde*. 2013 set-dez;11(3):553-71. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300006>.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Gomes RM, Oliveira VC. Cooperação internacional Brasil-Cuba-Haiti: o papel das rádios comunitárias no fortalecimento da mobilização social no contexto da saúde pública no Haiti. *Ciência Saúde Coletiva*. 2015 Jan;20(1):199-208. doi: [10.1590/1413-81232014201.20512013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.20512013).

Herval AM, Oliveira DPS, Gomes VE, Vargas AMD. Health education strategies targeting maternal and child health: A ecoping review of educational methodologies. *Medicine (Baltimore)* 2019 Jun 98(26):e16174. doi: [10.1097/MD.00000000000016174](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016174).

Jaime PC, Lourenço BH. *Manejo da obesidade por abordagem coletiva na atenção primária à saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2022. doi: <https://doi.org/10.11606/9786588304051>.

Kyaw BM, Saxena N, Posadzki P, Vseteckova J, Nikolaou CK, George PP, Divakar U, Masiello I, Kononowicz AA, Zary N, Tudor Car L. Virtual reality of health profession education: Systematic review and meta analysis by the digital health education collaboration. *J Med Internet Res*. 2019 Jan 22;21(1):e12959. doi: [10.2196/12959](https://doi.org/10.2196/12959).

Machado AGM, Wanderley LCS. *Educação em Saúde*. [São Paulo]:UNA-SUS UNIFESP; 2012.[citado 27 out. 2019]. Disponível em: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/171>.

Machado MFAS, Monteiro EML, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Saúde Coletiva*. 2007 ago;12(2):335-42. doi: [10.1590/S1413-81232007000200009](https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009)

Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family health strategy – delivering Community based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015 jun;372(23):2177-81. doi: [10.1056/NEJMp1501140](https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140).

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004 set-out.;20(5):1411-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção 184 primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2018 abr-jun;31(2):1-3. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1994.

Moura Sá GG, Silva FL, Ribeiro dos Santos AM, et al. Tecnologias promotoras de educação em saúde para idosos comunitários: revisão integrativa. *Rev Lat Am Enferm*. 2019 out;27:e3186. doi: 10.1590/1518-8345.3171.3186.

Oliveira LMP, Leite MTM. *Concepções pedagógicas. Módulo Pedagógico. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância*. UNA-SUS UNIFESP, 2011 [citado 27 out. 2019]. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_pedagogico/Unidade\\_1.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_pedagogico/Unidade_1.pdf).

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*. 2011 May;377(9779):1778-97. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab Educ Saúde*. 2011 jul-out;9(2):201-21. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200003>

Reis INC, Silva ILR, Un JAW. Espaço público na atenção básica de saúde: educação popular e promoção da saúde nos centros de Saúde-Escola do Brasil. *Interface*. 2014 jan;18(2):1161-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013>.

Rodrigues DV, Pequeno AMC, Pinto AGA, Carneiro C, Machado M de FAZ, Magalhães Júnior AG, Silva Negreiros FD da. Educação permanente e apoio matricial na atenção primária à saúde: cotidiano da saúde da família. *Rev. Bras. Enferm* 2020;73(6). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0076>

Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 set;21(9):2935–48.

Sobral NAT, Santos SMC. Proposta metodológica para avaliação de formação em alimentação saudável. *Rev Nutr*. 2010 jun;23:399-415. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000300008>

Świątoniowska-Lonc NA, Sławuta A, Dudek K, Jankowska K, Jankowska-Polańska BK. **The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients**. *Adv Clin Exp Med*. 2020 abril;29(4):481-92. doi: 10.17219/acem/115079.



Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc.* 2011 dez;20:927-34. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>.

Vasconcelos ACCP, Magalhães R. Práticas educativas em segurança alimentar e nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. *Interface (Botucatu, Online)*. 2016 jan-mar;20:99-110. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0156>

Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. *Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. 4<sup>a</sup> ed. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG; 2009.

Vieira SL, Reis da Silva GT, Oliveira Silva RM, Amestoy SC. Diálogo e ensino-aprendizagem na formação técnica em saúde. *Trab Educ Saúde*, 2020;18 (suppl. 1):e0025385. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00253>

Vincha KRR, Vieira VL, Guerra LD da S, Botelho FC, Pava-Cárdenas A, Cervato AM. “Então não tenho como dimensionar”: um retrato de grupos educativos em saúde na cidade de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(9). doi: 10.1590/0102-311x00037116

Vives-Cases C, Davo-Blanes MC, Ferrer-Cascales R, Sanz-Barbero B, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-San Segundo M, Lillo-Crespo M, Bowes N, Neves S, Mocanu V, Carausu EM, Pyżalski J, Forjaz MJ, Chmura-Rutkowska I, Vieira CP, Corradi C. Lights4Violence: a quasi-experimental educational intervention in six european countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health*. 2019 apr 8;19(1):389. doi: 10.1186/s12889-019-6726-0.

Young S, Gomez N, Maxwell AE. Fornecendo educação em saúde para agricultores mixtec na Califórnia por meio de workshops e rádio: um estudo de viabilidade. *Health Promot Pract*. 2019 Jul;20(4):520-8. doi: 10.1177/1524839918772282.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada “**Compreensão dos recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais da saúde que cursaram o programa de mestrado profissional interunidades em formação interdisciplinar em saúde-USP**” consiste em identificação e análises de recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais de saúde que cursam ou cursaram o programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde- USP (MPI) entre 2016 a 2019. Será desenvolvida pela pesquisadora Jhessica Campos Victor, aluna do Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde-USP e coordenado pela Professora Carina Domaneschi da Faculdade de Odontologia da USP (FOUSP). O Objetivo da pesquisa é trabalhar os dados coletados, e realizar um conteúdo interativo para profissionais de saúde sobre grupos educativos que será disponibilizado publicamente e, este será o produto do Mestrado Profissional. .

Solicito a sua colaboração para responder a um questionário curto (em média 10 minutos), que será disponibilizado *on-line* por meio do *Google Forms* sobre recursos didáticos utilizados em grupos educativos, como também sua autorização para apresentar eventualmente os resultados deste estudo em eventos científicos da área de interesse e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Este questionário será a base de dados para o projeto do Mestrado da pesquisadora. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, até mesmo para a pesquisadora responsável pelo o estudo.

Esclareço que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Não haverá custos para participar deste trabalho nem indenizações ou pagamentos. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Esta pesquisa não oferece nenhum risco, no entanto, se o Sr. (a) sentir sua integridade (moral, psicológica e social) comprometida ou tiver

qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa deve contactar o CEP-FOUSP - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – 1º Andar – Sala 02 da Administração - Avenida Professor Lineu Prestes nº 2227 – 05508-000 – São Paulo – SP – Telefone (11) 3091.7960 – e-mail cepfo@usp.br. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira das 9 às 12h e das 14 às 16h (exceto em feriados e recesso universitário). Em caso de greve ou recesso institucional os contatos e procedimentos ficarão disponíveis no endereço [http://fo.usp.br/?page\\_id=7497](http://fo.usp.br/?page_id=7497). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012). Em caso de dúvida pode ainda contatar a pesquisadora responsável, através do Departamento de Estomatologia - Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - 1º Andar - Avenida Professor Lineu Prestes nº 2227 – 05508-000 – São Paulo – SP – Telefone (11) 30917893, Profa. Dra. Carina Domaneschi ou pelo email [jhessica.victor@usp.br](mailto:jhessica.victor@usp.br).

---

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Nome (participante de pesquisa):

Data:

Aceito participar: ( ) Sim ( ) Não

APÊNDICE B - Questionário para levantar percepções sobre os processos educativos em grupos educativos

### **Apresentação**

Olá! Meu nome é Jhessica Campos Victor, sou aluna do Mestrado Profissional Interunidades - Formação Interdisciplinar em Saúde-USP. Eu, juntamente com a minha orientadora, Prof. Dra. Carina Domaneschi, realizamos este questionário como parte da minha pesquisa do Mestrado Profissional, que tem por objetivo entender as percepções dos profissionais de saúde do Mestrado Profissional sobre os processos educativos utilizado em grupos.

Devido ao contexto que estamos vivendo em relação à saúde pública imagino a grande demanda nos serviços de saúde e que seu tempo possa estar escasso, mas gostaria de pedir 10 minutos da sua atenção para responder este questionário que me dará subsídio para elaborar o meu Produto Educacional final (guia para auxiliar na elaboração de grupos educativos por profissionais de saúde).

Sua participação nesta pesquisa será voluntária, totalmente confidencial e extremamente importante, pois irá contribuir com o meu projeto.

Estou a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Desde já agradeço sua atenção e colaboração!

Conto com você!

### **Perguntas de caracterização da amostra:**

- 1) Data Nascimento:
- 2) Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
- 3) Ano de formação na graduação:
- 4) Ano que ingressou no Mestrado Profissional:
- 5) Profissão:
- 6) Cargo:
- 7) Instituição de trabalho atual:
  - Público ( )
  - Privado ( )
- 8) Nível da Atenção da Instituição de trabalho atual:
  - ( ) Primária
  - ( ) Especializada
  - ( ) Outros, qual? \_\_\_\_\_
- 9) Cidade/Estado em que trabalha:

**Perguntas relacionadas ao objeto de estudo:**

10) Você já contribuiu para algum grupo educativo com os usuários em seu trabalho?

Sim

Não

**A) Se sim:**

A-1) Qual era a temática e objetivo do grupo?

A-2) Quem decidiu sobre essa temática (políticas públicas, instituição, gerência, profissionais, usuários, etc.)?

A-3) Como foi sua contribuição para o grupo educativo?

A-4) Descreva detalhadamente uma atividade que você realizou no grupo educativo?

A-5) Quais recursos / ferramentas eram utilizados no grupo (ex: data show, cartazes, outros)? Especifique.

A-6) Quais estratégias / métodos eram utilizada para o grupo (ex: palestra, roda de conversa, outros)? Especifique.

A-7) De acordo com as estratégias / métodos para grupos que foram apontadas, você as identifica como processos educativo? Por quê?

A-8) Você diria que os usuários conseguiam participar ativamente do grupo? Quais estratégias você utilizou para que essa participação acontecesse?

A-9) Nos grupos educativos foi utilizada alguma ferramenta para avaliar indicadores de saúde e de adesão? Se sim, qual? Houve melhoria da qualidade de vida da população?

A-10) Qual a sua carga horária de trabalho semanal? Dessas, quantas horas foram dedicadas para elaboração e execução dos grupos educativos?

**B) Se não:**

B-1) Qual o motivo de não ter contribuído para grupos educativos?

B-2) Quais recursos / ferramentas você imagina que poderiam ser utilizados em grupos educativos (ex: data show, cartazes, outros)? Especifique.

B-3) Quais estratégias / métodos você julgaria melhor para ser utilizada em grupos educativos (ex: palestra, roda de conversa, outros)? Por que? Especifique.

B-4) De acordo com as estratégias / métodos para grupos que foram apontadas, você as identifica como processos educativo? Por quê?

B-5) Como os usuários poderiam participar de forma ativa nos grupos educativos? Quais estratégias você utilizaria para que essa participação acontecesse?

11) Os profissionais de saúde necessitam utilizar estratégias educativas para a realização dos grupos educativos?

- Não necessitam.
- Ajuda mas não é imprescindível.
- Pode auxiliar o desenvolvimento do grupo.
- É extremamente necessário, sem ela o grupo não seria eficaz.

12) Os profissionais de saúde necessitam da participação ativa dos usuários para a realização dos grupos educativos?

- Não necessitam.
- Ajuda mas não é imprescindível.
- Pode auxiliar o desenvolvimento do grupo.
- É extremamente necessário, sem ela o grupo não seria eficaz.

13) No serviço que você está inserido, os usuários colaboram na elaboração de ações para a comunidade? Como?

14) Na sua experiência profissional, você diria que os profissionais de saúde estão capacitados para elaborar estratégias educativas nos grupos para os usuários do serviço? Por quê?

15) Os profissionais entendem a importância destas estratégias educativas? Justifique sua resposta.

16) Você diria que os serviços de saúde, no que diz respeito a organização do processo de trabalho, auxiliam e possibilitam que os profissionais de saúde consigam realizar grupos educativos? Justifique sua resposta.

17) Você identifica outras estratégias de educação em saúde, além dos grupos educativos? Quais?



APÊNDICE C – Produto Educacional

**JHESSICA CAMPOS VICTOR**

**Criação de conteúdo interativo: Educação em saúde em grupos educativos**



São Paulo  
2023

**JHESSICA CAMPOS VICTOR**

**Criação de conteúdo interativo: Educação em saúde em grupos educativos**

Produto Educacional apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Mestrado Profissional Interunidades - Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Carina Domaneschi



São Paulo

2023

## RESUMO

Victor JC. Criação de conteúdo interativo: Educação em saúde em grupos educativos - USP [Produto Educacional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem; 2023.

As demandas da Política Nacional de Atenção Básica, e a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, trazem no trabalho com os usuários, a importância do acolhimento, a realização da escuta qualificada das necessidades dos mesmos e o estabelecimento do vínculo profissional-usuário. Um dos requisitos para se promover saúde é por meio da educação em saúde. Uma das estratégias pedagógicas utilizadas por profissionais da saúde são os grupos educativos, que constituem espaços potenciais para a promoção da saúde, utilizando da educação em saúde. Para isso se faz necessário aprofundar conceitos sobre educação em saúde para grupos educativos. A criação do conteúdo interativo possibilitou a realização de material que possa servir como instrumento de formação para profissionais de saúde, sobre educação em saúde em grupos educativos.

**Palavras-chaves:** Promoção da saúde. Educação em saúde. Grupos educativos. Recursos didáticos para grupos educativos.

## JUSTIFICATIVA

Um dos requisitos para se promover saúde é por meio da educação, especificamente, a educação em saúde, que se mostra como uma importante ferramenta, envolvendo os aspectos teóricos e filosóficos, os quais devem orientar a prática de todos os profissionais de saúde. A educação em saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades [...]. Conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório (OMS, 1986).

Neste processo educativo é quebrada a hierarquia entre o detentor do saber e o que não possui o conhecimento, entendendo que na verdade tanto os profissionais da saúde quanto a população possuem conhecimentos, que são diferentes, mas que podem se complementar.

Um das ações em saúde que se utilizam de processos educativos, são os grupos, que se configuram como ações coletivas voltadas para um público com demandas da área. Os grupos constituem espaços potenciais para a promoção da saúde, tendo a educação em saúde como principal ferramenta. A utilização de grupos como estratégia de intervenção na área da saúde possui uma longa história, cujas origens remontam às iniciativas de Joseph Pratt em um hospital geral em Boston, no tratamento de pacientes com tuberculose. Essa abordagem era educativa e denominada de "aulas", que consistiam em uma breve palestra sobre higiene e tratamento da doença, seguida por uma sessão de perguntas e discussões. No Brasil, é comum encontrar grupos organizados para cuidar de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, nas Unidades Básicas de Saúde, e a prática de palestras seguidas de perguntas ainda é amplamente prevalente somadas a outras abordagens (Ferreira Neto; Kind, 2010). Considerando isso, faz sentido que a busca de percepções sobre como os profissionais de saúde compreendem a educação em saúde, aconteça a partir, mas não de forma exclusiva, nos grupos educativos.

Entretanto, é importante considerar que a educação em saúde, na prática, tem sido pouco utilizada por estes profissionais, já que as estratégias pedagógicas

utilizadas parecem estar associadas à transmissão de orientações de forma vertical e autoritária, pouco reflexiva e sem a valorização dos saberes populares (Boehs et al., 2007; Pinafo et al., 2011; Gazzinelli et al., 2013; Botelho et al., 2016) revelando a necessidade desses profissionais em receber educação permanente que abranjam novas possibilidades metodológicas de atuação (Reis et al., 2014), com isso se mostra necessário ter materiais de apoio que possibilitem a formação desses profissionais em educação em saúde em grupos educativos.

## APRESENTAÇÃO

A elaboração deste produto educacional está vinculada ao Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo – USP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

O produto foi pensado a partir dos resultados que apareceram na pesquisa “Compreensão dos recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais da saúde do programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde - USP”, realizada pela mestranda Jhessica Campos Victor.

O produto é um conteúdo interativo que pode ser acessado no link: <https://view.genial.ly/64c80c86ae16390012611a2b/learning-experience-didactic-unit-vibrant-learning-unit>

## REFERÊNCIAS

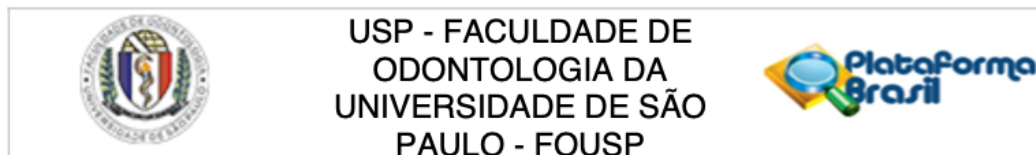
- Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann ITSB, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação e saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200014>
- Botelho FC, Guerra LDS, Pava-Cárdenas A, Cervato-Mancuso AM. Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016 Abr.; 21(6):1889-1898. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08862016>
- Ferreira-Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis* 2010 Dez.; 20 (4). doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400004>
- Gazzinelli MFC, Marques RC, Oliveira DC, Amorim MMA, Araújo EG. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde.* 2013 Set-Dez; 11(3): 553-571. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300006>
- Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde.* 2011 Jul.-Out.; 9(2):201-221. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200003>
- Reis INC, Silva ILR, Un JAW. Espaço Público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. *Interface.* 2014 Jan.; 18 (2):1161-1174. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013>.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Carta de Ottawa para Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986.





## ANEXOS

## ANEXO A - Parecer do comitê de ética em pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Compreensão dos recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais da saúde

**Pesquisador:** Jhessica Campos Victor

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 29643919.9.0000.0075

**Instituição Proponente:** Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.023.383

**Apresentação do Projeto:**

Proposta relacionada ao contexto da Educação em Saúde junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), será avaliada por meio de pesquisa exploratório-descritiva, que utilizará da abordagem qualitativa.

**Objetivo da Pesquisa:**

O Objetivo do projeto é identificar e analisar os recursos didáticos utilizados em grupos educativos por profissionais de saúde que cursam ou cursaram o programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde- USP entre o período de 2016 à 2019 e desenvolver um manual-instrutivo para profissionais de saúde acerca dos componentes do processo educativo para elaboração de grupos educativos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

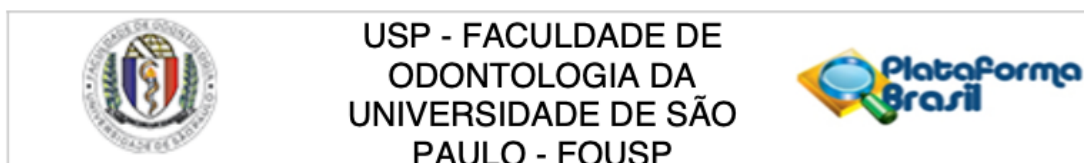
Foram avaliados e estão dentro dos parâmetros éticos propostos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma Emenda: "Após o Exame de Qualificação, a Banca Examinadora sugeriu mudanças no questionário para que ele contemple melhor os objetivos da pesquisa: - Acrescentar texto de apresentação; - Incluir numeração das questões; - Inclusão de questões (3; A-2; A-3; A-10; B-1; 13; 16 e 17) - Edição de algumas questões (A-5; A

-6; A-7; A-8; B-2; B-3; B-4; B-5; 11; 12; 14 e 15). Obs: Essas mudanças foram feitas no arquivo

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar, sala 02 da administração  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br



Continuação do Parecer: 4.023.383

do "Projeto Detalhado" (ANEXO II) e no arquivo "anexo" que tem só o questionário de pesquisa."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE, folha de rosto, informações básicas do projeto, projeto detalhado e instrumento a ser utilizado (questionário): presentes e seguem as diretrizes éticas.

Todos os alunos e ex-alunos do Programa do Mestrado profissional serão contactados por e-mail com o convite para participar deste estudo junto com a explicação sobre a pesquisa e sua finalidade. Neste e-mail haverá o link para o questionário e terão total liberdade de participarem ou não, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Recomendações:**

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site [www.saude.gov.br/plataformabrasil](http://www.saude.gov.br/plataformabrasil)).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

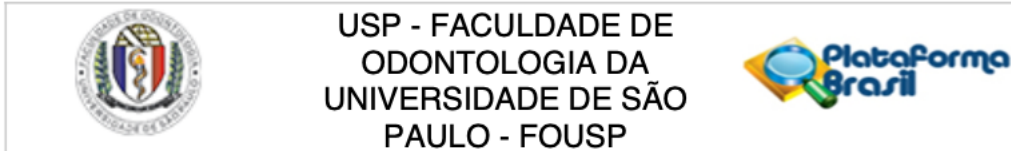
Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1546602_E1.pdf	27/04/2020 18:02:01		Aceito
Outros	anexo.pdf	27/04/2020 17:37:41	Jhessica Campos Victor	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	27/04/2020 17:37:19	Jhessica Campos Victor	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/03/2020 14:36:32	Jhessica Campos Victor	Aceito

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br



Continuação do Parecer: 4.023.383

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	01/03/2020 14:35:47	Jhessica Campos Victor	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 12 de Maio de 2020

---

**Assinado por:**  
**Alyne Simões Gonçalves**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br