

ARTIGO DE REVISÃO

**Modelos educacionais aplicados às atividades de educação em saúde na atenção primária**

*Educational models applied to education activities on health in primary care*

**Edilson Misael Guimarães**

Enfermeiro. Especialista em Gestão de Saúde. Mestre em Ciências da Saúde. Docente na Fundação Comunitária do Ensino Superior de Itabira. E-mail: [edilson.guimaraes@funcesi.br](mailto:edilson.guimaraes@funcesi.br)

**Jucileny Aparecida Duarte Zanon**

Enfermeira. Especialista em Urgência e Atendimento Pré-Hospitalar. Mestre em Ciências da Saúde. Docente na Fundação Comunitária do Ensino Superior de Itabira. E-mail: [jucilenyduarte@hotmail.com](mailto:jucilenyduarte@hotmail.com)

**Márcia Rosário Souza Guerra**

Enfermeira. Especialista em Docência Superior. Mestranda em Ciências da Saúde. Docente na Fundação Comunitária do Ensino Superior de Itabira. E-mail: [marcia.guerra@funcesi.br](mailto:marcia.guerra@funcesi.br)

**Vitor Aguiar Colaço**

Enfermeiro. E-mail: [vitoraguiar1989@hotmail.com](mailto:vitoraguiar1989@hotmail.com)

**Resumo:** O estudo teve como objetivo conhecer os modelos educacionais aplicados às atividades de educação em saúde na Atenção Primária. Trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória. O modelo tradicional de educação em saúde é orientado por métodos de ensino, onde quem aprende é apenas um mero expectador daquele que ensina, este, por sua vez, deposita os conhecimentos científicos sobre os educandos que precisam memorizar tais conhecimentos. Nesse modelo, não são levados em consideração os conhecimentos do educando e tampouco suas condições de vida. Já o modelo dialógico de educação em saúde é uma prática pedagógica crescente, que estimula o aprendizado por meio da relação entre o educador e o educando. O indivíduo é estimulado a desenvolver o seu senso crítico e sua capacidade de dialogar.

**Palavras-chaves:** Educação em Saúde. Modelo Tradicional de Educação. Modelo Dialógico de Educação

**Abstract:** This study has the objective to know the educational models applied to the health education at primary attention. This is an exploratory bibliographic review. The traditional health education is guided by teaching methods, where who learn is just a viewer that he teaches, this, in turn, puts the scientific knowledge over the students who needs memorize such knowledge. In this model, aren't take account the knowledge of the student nor their living conditions. But the dialogic health education model is a crescent pedagogic practice that incites the learning by the relationship between teacher and student. The individual is stimulated to develop critic sense and dialog capacity.

**Key words:** Health Education at Primary. Traditional Health Education. Dialogic Health Education.

## INTRODUÇÃO

No início do século XX, com o crescimento da medicina científica, as responsabilidades das ações de educação em saúde foram divididas entre os profissionais da saúde e educação. Aos primeiros, cabia desenvolver os conhecimentos necessários para as intervenções a serem feitas sobre a doença, diagnóstico e tratamento. Aos profissionais da educação, cabia o desenvolvimento das ações educativas para o controle das patologias (ALVES; AERTS, 2011).

Educação em Saúde é definida como: “uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva” (BRASIL, 2007).

A educação em saúde surgiu em 1909, nos Estados Unidos e baseava-se em três pressupostos: os problemas de saúde devem ser prevenidos por meio do esforço individual de cada um; a falta de informação causa os problemas de saúde; a educação deve ser transmitida de maneira neutra e apenas com instrumentos médicos. Até o final da década de 70 e início da década de 80, a educação em saúde era utilizada para instruir a população sobre as causas das doenças, limitando-se a orientações sobre higiene e conscientização sanitária, impondo métodos preventivos de acordo com os interesses das classes dominantes. Já em 1994, com a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde (MS), criou-se um modelo de vigilância da saúde, no qual, a responsabilidade da população, moradora de um determinado território, é da equipe de saúde, reorientando assim, as ações de saúde com ênfase nas práticas educativas (ALVES; AERTS, 2011).

O objetivo das práticas educativas é instruir grupos e indivíduos para a melhoria da saúde da população e essas práticas estão presentes desde os tempos remotos, quando a população recorria à medicina popular pra resolver seus problemas de saúde (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008.).

A prática educativa em saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, possibilita que as pessoas se informem sobre as suas condições e tenham a capacidade de fazer escolhas saudáveis para a sua vida (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Saúde e educação estão intimamente articuladas e não podem ser dissociadas quando analisadas a luz de práticas sociais, uma vez que, tornam-se responsabilidade dos profissionais de saúde para a construção do conhecimento da população em geral, contribuindo para maior autonomia das pessoas sobre a sua saúde e suas necessidades (FERNANDES; BACKES, 2010).

A educação deve contribuir para a formação do indivíduo, ensinando a assumir sua condição humana, a viver e a como se tornar cidadão. O educador estimula o aprendizado que, por sua vez, ocorre no educando, não podendo uma pessoa aprender por outra. Ensinar não é o mesmo que aprender, se o educando não aprender, todo o esforço para ensiná-lo se perderá (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

As ações de educação em saúde estão vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida, uma vez que, promovem um espaço de troca de informações e diminuem a distância entre profissionais da saúde e população (OLIVEIRA et al, 2009).

A enfermagem tem, nas ações educativas, um de seus principais instrumentos para vincular-se aos clientes em qualquer espaço, em especial na saúde pública (ACIOLI, 2008). O enfermeiro deve desenvolver competências para mobilizar os conhecimentos, habilidades e atitudes que o levem à prática pedagógica (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008). A educação em saúde deve ser prioridade dentre as atividades de enfermagem, principalmente na atenção primária onde se está tão perto da comunidade e o profissional enfermeiro está intimamente ligado às práticas educativas, pois está cada vez mais preparado para desenvolver o seu papel de educador (VILA; VILA, 2007).

O estudo teve como objetivo conhecer os modelos educacionais aplicados às atividades de educação em saúde na Atenção Primária, comparando-os e verificando vantagens e desvantagens desses modelos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada pesquisa bibliográfica de cunho exploratório e analítico, tendo como fontes principais livros e/ou artigos científicos onde, de forma exploratória, pode-se conhecer melhor o assunto pesquisado para se obter uma familiarização com o problema e, assim, de maneira analítica pode-se associar dois ou mais eventos para determinar uma relação entre eles (GIL, 2002).

O levantamento bibliográfico foi realizado a partir de consulta à Biblioteca Virtual de Saúde Bireme nas seguintes bases de dados: Lilacs, Medline, Scielo.

A análise foi realizada através da leitura exploratória e seletiva, concomitante à seleção do material bibliográfico, posteriormente foi feita a leitura analítica, interpretativa na qual foi possível realizar a organização lógica do assunto que subsidiou a construção do texto.

## RESULTADOS

O conceito de educação sofreu influências do nativismo e do empirismo. No primeiro, acredita-se que, as habilidades do ser humano nascem com ele, sendo papel dos educadores colocá-las para fora. Já no segundo, essas habilidades podem ser adquiridas com as experiências vividas (MARTINS, 2006).

O surgimento da filosofia na Grécia fazia com que a razão fosse utilizada para descobrir a finalidade das coisas e solucionar todos os problemas da época. Os filósofos gregos ensinavam a arte do diálogo como forma de poder, afirmando que, cada homem vê o mundo de maneira diferente. Para eles, não havia verdade absoluta, propagavam um sistema educacional que pudesse trazer triunfo e felicidade ao indivíduo e, mesmo a educação não sendo um direito do cidadão grego, era por meio dela que eles poderiam se tornar melhores e felizes (MARTINS, 2006).

O filósofo grego Platão entende a educação como liberdade, um processo capaz de tirar o homem de uma situação de ignorância, com a finalidade de formar o homem moral, preparado para atuar na sociedade, porém, essa educação não pode ser pela força, pois, segundo Sócrates, outro grande filósofo grego, quando uma pessoa é forçada a aprender algo, o ensinamento não é absorvido (MENEZES, 2012).

Em Roma os educadores se preocupavam com questões práticas, não havia produção filosófica considerável, a educação romana visava fazer o homem pensar corretamente e se expressar de forma convincente. Além disso, tinha por objetivo formar um cidadão corajoso, prudente, honesto e sério, tendo a família um importante papel no sentido de alcançar tais virtudes, necessárias para cumprir bem os deveres de cidadão (MARTINS, 2006).

Para Paulo Freire, filósofo e educador brasileiro, educar é construir, é libertar o homem do determinismo passando a reconhecer o papel da História e da identidade cultural como essenciais à prática pedagógica proposta. A concepção de educação de Paulo Freire percebe o homem como ser autônomo, que busca sempre “ser mais” e tem a capacidade de transformar o mundo. O homem se diferencia do animal por não perceber-se como um ser unitário distinto do mundo, o animal não tem história (ZACHARIAS, 2012).

A lei número 9.394 de 20 de dezembro de 1996 dispõe sobre a educação:

Art. 1º. A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. Art. 2º. A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1996).

O processo educacional é de extrema importância para desenvolver o ser humano, tanto no passado como na atualidade, contribuindo significativamente para os avanços da humanidade. A educação atua na transformação do homem com o objetivo de lhe garantir um futuro melhor (VIANNA, 2006).

O conceito de saúde não representa a mesma coisa para todos, ele varia de acordo com a situação social, econômica, política, cultural, época e lugar. O mesmo pode ser dito para as doenças, pois o que é considerado doença varia muito, em determinadas épocas ou culturas, algumas atitudes poderiam ser consideradas doenças (SCLIAR, 2007).

As doenças na antiguidade eram tratadas como um desequilíbrio do corpo e do espírito, as concepções mágico-religiosas definiam que a doença representava a ira divina e seria um sinal de pecado. Como não eram conhecidas as causas das doenças, principalmente as infecciosas, a prevenção era feita inconscientemente, como na cultura de alguns povos que proibiam o consumo ou criação de certos animais, por ser isso um pecado e, dessa forma, determinadas doenças eram evitadas (SCLIAR, 2007).

Ainda na antiguidade, acreditava-se que as doenças estavam relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e aos animais e, para se conseguir um corpo equilibrado, deveriam ser consideradas as estações do ano, as características do vento e da água, surgindo nesse período a ideia de contágio. Na idade média, as causas das doenças retornam ao caráter religioso e, ao final desse período, com as crescentes epidemias, a ideia de contágio entre os homens é retomada, abrindo uma porta para o surgimento das ciências básicas e dos estudos empíricos para se descobrir as origens das matérias causadoras das doenças (BACKES, 2009).

No século XIX, com a utilização do microscópio, que até então não era muito valorizado, foi descoberta a existência de microorganismos causadores das doenças. Surge então, a bacteriologia e a concepção de que cada doença possui um agente etiológico, pela primeira vez, as doenças poderiam ser prevenidas por meio do controle desses agentes (SCLIAR, 2007).

A partir dessas descobertas ao longo do tempo a biologia científica se fortaleceu e, as concepções filosóficas e religiosas ligadas às doenças foram deixadas de lado. A partir do século XX, os fatores causadores das doenças eram relacionados aos comportamentos de risco a que as pessoas se submetem, tais como o estresse, a vida sedentária, a alimentação inadequada, a drogadição, ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente, sendo considerados também os fatores psíquicos. O homem começa a ser visto como um ser bio-psico-social (BACKES, 2009; OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Na atualidade, é frequente se pensar que conceituar saúde é considerar apenas elementos negativos como a ausência de doença. Em contrapartida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, em 1948, um conceito de saúde, no qual a negatividade relacionada à doença pudesse ser diminuída, definindo-a como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. A princípio, esse conceito foi muito criticado, pois a saúde aparece como algo absoluto e inatingível, porém, é válido atualmente por considerar os diversos fatores que envolvem a avaliação da saúde de uma pessoa (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Em 1977, Christopher Boorse, em objeção ao conceito da OMS, disse que, a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes deveria ser feita de maneira objetiva de acordo com a eficiência das funções biológicas e sem juízos de valor, porém, não há como caracterizar a saúde de um indivíduo ou população sem levar em consideração os fatores sociais, econômicos e culturais (SCLIAR, 2007). Por isso, a Constituição Federal de 1988 não aborda um conceito de saúde e se limita a dizer que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2010).

A educação em saúde deve ser entendida como uma prática voltada para a melhoria das condições de vida e de saúde da população. Para que uma pessoa possa atingir um nível de saúde adequado ela deve ser capaz de refletir sobre seus comportamentos e modos de vida, para que,

assim, possa decidir sobre a mudança dessas atitudes como forma de melhorar as suas condições de saúde (SILVA et al, 2010).

Historicamente, a educação aplicada na área da saúde apresenta uma descrição dos problemas de saúde que eram escolhidos para serem trabalhados, a fim de aumentar a hegemonia das classes dominantes. As políticas de saúde pública eram desenvolvidas de acordo com os conceitos de saúde e educação em saúde de cada época com o objetivo de manter a manutenção da saúde da mão de obra trabalhadora para fins econômicos (SILVA et al, 2010).

A educação em saúde, propriamente dita, surgiu em 1909 nos Estados Unidos, como uma estratégia de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, utilizando métodos de domesticação da população por meio do uso de regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelas classes dominantes (ALVES; AERTS, 2011).

As ações de educação em saúde no Brasil tiveram seu início nas primeiras décadas do século XX. A partir de 1940, as campanhas educativas tinham um caráter autoritário, tecnicista e biologicista, onde as classes populares eram consideradas incapazes de cuidar da sua própria saúde. Até a primeira metade da década de 1970, as práticas de atenção à saúde se baseavam, quase que exclusivamente, no setor privado e nos hospitais da previdência para os trabalhadores que possuíam carteira assinada, nas quais, se resumiam, em um caráter basicamente curativista. As condições de saúde da população eram péssimas e contrárias ao crescimento que o país apresentava na época o que obrigou o governo a atentar para os problemas mais básicos das classes mais pobres, surgindo então uma proposta de medicina comunitária que valorizava os aspectos preventivos da saúde. Para isso, foram criados postos e centros de saúde em várias partes do país, onde os profissionais dessa área podiam atuar junto à população (GOMES; MERHY, 2011).

Em 1986 é realizada a primeira conferência mundial sobre o tema promoção da saúde, no Canadá, e é elaborada a Carta de Ottawa que diz que os indivíduos devem ser capacitados para compreender e atuar no controle do seu estado de saúde. Esse documento também leva à reflexão sobre a necessidade de diminuir as divergências entre as classes sociais e a construção de uma comunidade mais envolvida com os seus problemas de saúde para que sejam aumentadas as possibilidades de evitar as doenças (OLIVEIRA, 2005).

Nos anos 90, com a criação do Sistema Único de Saúde e, posteriormente em 1994, com o Programa de Saúde da Família (PSF) houve a consolidação da medicina comunitária que visava promover a popularização do saber médico, possibilitando a organização da atenção básica à saúde, onde fossem respeitados os sentimentos da população. A educação em saúde é o compartilhamento de informações e saberes populares sem deixar de lado os conhecimentos científicos aumentando a adesão da população por meio dessa interação (MANO, 2004).

Ao longo das últimas décadas, as atividades de educação em saúde vêm sofrendo mudanças teóricas que visam melhorar as práticas educativas, porém, essas mudanças não se concretizam na prática, sendo mantidas

as concepções de que as doenças são causadas por agentes externos e que, ao serem eliminados, garantem a cura. Assim, depositam-se nos indivíduos, a responsabilidade pelo seu estado de doença e, sobre os profissionais da saúde, a capacidade de lhes passar conhecimentos necessários para acabar com o mal que os atinge. As práticas educativas são pautadas na perspectiva de que, ao se adotar um novo estilo de vida, pode-se bloquear a doença (GAZZINELLI et al, 2005).

A intervenção educacional parte da ideia de que se pode educar para promover a saúde, considerando que várias patologias podem ser evitadas ou curadas por meio de medidas corretivas ou educativas. Essa hipótese levou às práticas pedagógicas de imposição de conhecimentos ao se acreditar que, os comportamentos considerados inadequados, de acordo com o que é preconizado como correto pelo saber técnico, podem ser corrigidos por meio da imposição de informações científicas. Porém, ocorrem situações onde a imposição do saber científico não gera, necessariamente, mudança de comportamento na população e, é a partir daí que, se faz necessário a escolha do modelo educacional a ser utilizado nas ações de educação em saúde (GAZZINELLI et al, 2005).

Dentre as mudanças que ocorrem nas atividades de educação em saúde, as práticas educativas mais conhecidas ou hegemônicas se sobressaem às práticas emergentes e da convivência e, entre as duas, surgem dois principais modelos educacionais que se encontram distantes um do outro – o modelo tradicional e o modelo dialógico. Estes podem ter sua nomenclatura modificada de acordo com os diferentes conceitos estudados, porém a sua ideia principal permanece inalterada (ALVES, 2005).

Ao se analisar as relações entre educadores e educandos em qualquer lugar, é possível notar uma relação que pode ser descrita como meramente narradora e dissertadora, onde aparecem o narrador ou sujeito e os ouvintes ou educandos. O sujeito educador deposita as informações nos educandos que devem ser apenas espectadores de tais informações sem qualquer crítica ou diálogo, há apenas a memorização mecânica dos conteúdos. Essa é a visão bancária da educação, em que o saber é considerado uma doação dos que se acham sábios, para os que eles julgam que não sabem nada (FREIRE, 1987).

O modelo tradicional de educação em saúde é baseado na velha política pública de saúde que objetiva a prevenção de doenças, trabalhando com a ideia de que os modos de vida das pessoas como, por exemplo, alimentação inadequada, sedentarismo e vícios são os responsáveis pela destruição da saúde. Essa é uma visão individualista que culpabiliza a própria pessoa pela sua doença e a prevenção deve ser feita impondo a esses indivíduos os conhecimentos acerca de modos de vida compatíveis com a saúde ideal na visão dos profissionais da saúde (OLIVEIRA, 2005).

Esse modelo tradicional considera o saber científico como superior ao saber popular ou coletivo. Nessa concepção de educação, as propostas de ensino são feitas para o grupo e não com o grupo, há uma verticalização da relação entre o educador (profissional de saúde) e o educando (cliente) onde o conhecimento científico é depositado nos educandos e estes, se submetem a essa

situação, na esperança de ter os seus problemas resolvidos (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Na maneira tradicional de educação, não há o estímulo à criação e o educador também não é estimulado a buscar outros conhecimentos, pois, não é desafiado pelos educandos. As pessoas são consideradas desinformadas e as orientações de como manter uma boa saúde são impostas para os educandos sem considerar os aspectos socioeconômicos e culturais das pessoas. É um modelo que prioriza o pensamento curativista e a prevenção individual. Esse modelo tem como objetivo aumentar os conhecimentos do educando sem se preocupar com o ser integral (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Uma dificuldade encontrada ao utilizar o modelo tradicional de educação é o fato de este ser pautado em métodos biologicistas com ênfase na mudança de comportamentos considerados inadequados. Há a transmissão de conhecimentos de maneira apenas pontual, onde as técnicas mais utilizadas pelos profissionais de saúde são as palestras, montadas a partir de temas definidos pelos profissionais, sem consulta prévia às necessidades da população. As palestras estão limitadas a transmitir um conteúdo descontextualizado fora da realidade da população, pois os trabalhadores da saúde não vêem a educação como parte de suas atividades e os momentos educativos são desvalorizados (ALVES; AERTS, 2011).

O modelo tradicional possui a vantagem de transmitir para a população, o conhecimento produzido cientificamente, com todas as informações quanto aos danos e agravos à saúde, podendo ampliar os conhecimentos já existentes. Possui a desvantagem de formar indivíduos passivos sem capacidade de reflexão crítica acerca dos seus comportamentos e modos de vida, podendo estes não saberem aplicar os ensinamentos à sua realidade e promove uma relação desigual entre o profissional de saúde e o cliente. É um modelo que pode ser utilizado em projetos e capacitações onde haja um grande número de pessoas, que poderão ser ensinados sem necessariamente haver mudança de comportamento (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Como crítica ao modelo tradicional de educação em saúde, está o fato de, nesse modelo, a visão holística de um indivíduo ou comunidade ser deixada de lado e a abordagem individualista que, ao ignorar os fatores socioeconômicos e culturais, considera que todas as pessoas estão em um mesmo nível de conhecimento e têm condições de autocuidado apenas por adquirir os conhecimentos necessários à mudança do comportamento, o que torna essa abordagem ineficiente, pois, em determinadas situações, o comportamento da pessoa e a sua possível disposição para a mudança dependerá do cenário onde o indivíduo se encontra (OLIVEIRA, 2005).

O modelo tradicional de educação em saúde ainda está fortemente presente nas ações educativas na atenção primária. Essa prática se contrapõe a um modelo mais amplo que aborda o indivíduo como um todo e objetiva a formação da consciência crítica da população em relação ao seu estado de saúde-doença na esperança de proporcionar mudanças duradouras nos comportamentos considerados inadequados, pois a educação tem que ser mais do que a simples domesticação das pessoas precisa ser uma experiência transformadora (CECCON et al, 2011).

Ao contrário do modelo bancário apresentado anteriormente, educação problematizadora não é o ato de apenas narrar ou depositar os conhecimentos nos educandos que são apenas espectadores passivos, é um ato de conhecimento conjunto onde a barreira verticalizada é quebrada e, os educadores passam a estimular os educandos a desenvolver sua consciência crítica, sua capacidade de adquirir conhecimento e, não apenas, de memorizar o que é ensinado. Dessa forma, o próprio educador aprende com os educandos, pois estes, o desafiam a buscar mais conhecimentos e experiências, fazendo com que todos aprendam por meio das vivências comuns (FREIRE, 1987).

A prática do cuidar em enfermagem é baseada na observação das particularidades de cada ser humano, uma vez que, o cuidado é singular e precisa atender às características de cada cliente. Isso deve ser considerado na educação em saúde, para que haja uma relação entre sujeitos e que, o processo de educar, ocorra de maneira horizontal, dialógica e humana (ALVIM; FERREIRA, 2007).

A educação em saúde visa a prevenção de doenças e pretende orientar o indivíduo para uma mudança de comportamento, visando à melhor qualidade de sua saúde por meio do estímulo de sua consciência crítica e capacidade de determinar o que é bom ou não em relação à sua saúde, porém nem sempre essas escolhas são as que os profissionais de saúde consideram corretas, por isso há uma dificuldade em estimular a livre escolha ao mesmo tempo em que se define o que pode ser saudável ou não (OLIVEIRA, 2005).

No modelo dialógico de educação em saúde (QUADRO 1), há participação conjunta dos educadores com os educandos na perspectiva de se resolver algum problema por meio do diálogo. Nessa relação, não há posições hierárquicas, todos são sujeitos do ensino e do aprendizado, devem, portanto, ser levados em consideração os saberes e conhecimentos da população, pois, mesmo sem dispor do conhecimento científico, esses não podem ser deslegitimados pelos profissionais da saúde. Em um modelo dialógico todos são iguais, porém com papéis diferentes (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

**Quadro 1 - Síntese das concepções dos modelos tradicional e dialógico de educação**

MODELO TRADICIONAL	MODELO DIALÓGICO
<b>Concepções</b> Educação Bancária; Transmissão de conhecimentos e ampliação de informações; Cabeça bem-cheia; Educandos: depósitos de conteúdos, são objetos do educador; Não há estímulo para criação; Seres passivos; Educação verticalizada; Considera-se a realidade do educador; Pode não haver mudanças de hábitos e comportamentos; Proporciona menor autonomia ao educando.	<b>Concepções</b> Educação Problematizadora; Construção de conhecimentos e competências; Cabeça bem-feita; Educandos: portadores de um saber, objeto de uma ação educativa e sujeito da própria educação; Aprende-se por meio de uma prática reflexiva; Seres ativos; Educação baseada no diálogo; Considera-se a realidade do educando; Mudanças duradouras de hábitos e comportamentos; Proporciona maior autonomia ao educando.

Fonte: FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010, p. 120

Os educandos devem ser vistos como agentes participantes do processo educativo para que possam receber os conhecimentos de maneira a estimular sua criticidade proporcionando uma mudança duradoura nos seus comportamentos de saúde. Ao se ver como sujeito portador de um saber, o indivíduo passa a abandonar sua situação de oprimido e atua verdadeiramente na sua transformação, por meio do diálogo com os serviços de saúde, responsáveis pelo estímulo de tal comportamento. Esse modelo de educação possui como vantagens (QUADRO 2) a construção coletiva do conhecimento que

oferece aos indivíduos uma visão crítica e reflexiva da sua realidade, capacitando-o para a tomada de decisões. As desvantagens estão no fato de os profissionais de saúde não estarem capacitados para aplicá-lo da melhor forma possível nas atividades de educação em saúde. É um modelo que pode ser mais bem aproveitado aplicando-o (QUADRO 3) em atividades com menor número de participantes, onde o objetivo é a autonomia dos indivíduos e mudança duradoura de comportamento com relação aos modos de vida (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

**Quadro 2 - Vantagens e desvantagens dos modelos tradicional e dialógico de educação**

MODELO TRADICIONAL	MODELO DIALÓGICO
<b>Vantagens</b> Proporciona à população o conhecimento produzido cientificamente; Amplia informações e conhecimentos já existentes; Produz aquisição de conhecimento.	<b>Vantagens</b> Construção coletiva do conhecimento; Proporciona ao educando visão crítica e reflexiva da realidade; Capacita o educando para tomada de decisões.
<b>Desvantagens</b> Formação de um indivíduo passivo, mero receptor de informações; Não aplicação à realidade dos conteúdos ensinados; Relação assimétrica entre educador e educando.	<b>Desvantagens</b> Falta de conhecimento e capacitação de profissionais para aplicação deste modelo.

Fonte: FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010, p. 120

**Quadro – 3 Aplicação dos modelos tradicional e dialógico de educação**

MODELO TRADICIONAL	MODELO DIALÓGICO
<b>Aplicação</b> Projetos e capacitações de abrangência nacional; Grupos com alto número de participantes, Finalidade de sensibilização, sem necessariamente mudança de prática.	<b>Aplicação</b> Projetos e capacitações de abrangência comunitária; Grupos com menor número de participantes; Atitudes de promoção de saúde; Finalidade de produzir autonomia no indivíduo.

Fonte: FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010, p. 120

Um dos maiores problemas que as equipes de saúde enfrentam ao se utilizar o trabalho com grupos ou comunidades é a dificuldade em se entender a concepção de mundo para as classes populares. Os trabalhadores da saúde não compreendem como essas pessoas percebem o mundo, há certa incapacidade em aceitar que pessoas menos favorecidas possam produzir conhecimento e que este está ligado às suas origens culturais. As comunidades também não conseguem perceber como os serviços de saúde funcionam e isso gera uma falta de interação entre

os usuários e os profissionais da saúde. Esse problema pode ser superado levando-se em consideração o importante papel do Agente Comunitário de Saúde na equipe de saúde da família. Por ser uma pessoa que faz parte da comunidade, ele conhece as necessidades desta e passa a atuar como uma ligação entre o serviço de saúde e a comunidade, facilitando a comunicação entre essas partes. Os profissionais de saúde devem, também, interagir com os usuários e utilizar o diálogo como método terapêutico, para que as pessoas possam ser

assistidas antes de apresentarem algum problema de saúde (ALVES; AERTS, 2011).

As orientações governamentais para a prática da educação por meio do modelo dialógico, o que predomina é o modelo tradicional e isso se deve à dificuldade dos profissionais de saúde em trabalhar com o conceito ampliado de saúde onde são considerados os aspectos biopsicossociais das pessoas. Para que as ações educativas que visam à interação dos profissionais da saúde e a população, bem como o estímulo de sua consciência crítica, possam se tornar mais presentes há que se capacitar os trabalhadores da saúde sobre como atuar utilizando o modelo dialógico de educação e saúde (ALVES; AERTS, 2011).

A prática educativa, com ênfase no diálogo e na interação entre os profissionais de saúde e a população, é considerada a melhor forma de atuação educacional na atenção primária, pois além de promover a valorização dos saberes populares e estimular a reflexão e criticidade das pessoas para que possam atuar na transformação da sua realidade, possibilita a participação dos usuários no processo de promoção da saúde para que eles possam atuar em conjunto com os profissionais da saúde e esse é o verdadeiro princípio da promoção da saúde (PEREIRA, 2003).

## CONCLUSÕES

A partir do estudo, foi possível conhecer as práticas pedagógicas que são aplicadas nas atividades de educação em saúde na Atenção Primária, as quais podem ser classificadas em dois modelos educacionais: o tradicional e o dialógico. O modelo tradicional de educação em saúde é orientado por métodos de ensino, no qual quem aprende é apenas um mero expectador daquele que ensina, que por sua vez, deposita os conhecimentos científicos sobre os educandos que precisam memorizar tais conhecimentos. Já o modelo dialógico de educação em saúde é uma prática onde o indivíduo é estimulado a desenvolver o seu senso crítico e a capacidade de dialogar com seu educador que ao ser desafiado pelo educando passa a aprender com ele e essa relação proporciona o desenvolvimento do conhecimento verdadeiro e duradouro.

O modelo dialógico é considerado o mais indicado para a aplicação na Atenção Primária por conseguir abordar o indivíduo como um todo e considerar a sua cultura e seus saberes como importantes no processo de interação com o serviço de saúde. Em comparação ao modelo tradicional ele apresenta a vantagem de fazer com que a população possa atuar na mudança ou não, dos comportamentos incompatíveis com a promoção da saúde. O modelo tradicional tem a vantagem de apresentar às pessoas o conhecimento científico e pode funcionar com grupos de abrangência nacional ou mundial, onde não é possível a interação dos profissionais com a população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Canoas, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.

BACKES, M. T. S.; ROSA, L. M.; FERNANDES, G. C. M.; BECKERIV, S. G.; MEIRELLES, B. H. S.; SANTOS, S. M. A. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei número 9394, 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007, p. 19.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, Secretaria especial de editoração e publicações, Sub-secretaria de edições técnicas, 2010. p. 33.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 243-248, 2008.

CECCON, R. F.; MOURA, K.; ROSSETTO, M. S.; GERMANI, A. R. M. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 56-62, 2011.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciência saúde coletiva*, Uberaba, v. 16, n. 1, p. 1547-1554, 2011.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121 2010.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 218p.

- GAZZINELLI, M. F. GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.
- GIL, A. C. Como classificar as pesquisas? In: \_\_\_\_\_. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. cap. 4, p. 41-57.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 07-18, 2011.
- MANO, M. A. A educação em saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 195-202, 2004.
- MARTINS, R. M. S. F. Direito à Educação: aspectos legais e constitucionais. Rio de Janeiro: Letra Legal, 2004
- MENEZES, Ebenezer Takuno de. Platão e a educação. Educabrazil. São Paulo: Midiamix, 2015. Disponível em: <<http://www.educabrazil.com.br/platao-e-a-educacao/>>. Acesso em: 13 de jun. 2016.
- OLIVEIRA, C. B. FRECHIANI, J.M.; SILVA, F. M.; MACIEL, E. L. N. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. Ciência & Saúde Coletiva, Vitória, v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009.
- OLIVEIRA, D. L. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Revista latino-americana de enfermagem, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.
- OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, 2004.
- OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Revista Escola Enfermagem USP, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.
- PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SILVA, C. M. C.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L.; Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciência & Saúde Coletiva, Campinas, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.
- VIANNA, C. E. S. Evolução histórica do conceito de educação e os objetivos constitucionais da educação brasileira. Janus, São Paulo, v. 3, n. 4, 2006.
- VILA, A. C. D; VILA, V. S. C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 15, n. 6, p. 1177-1183, 2007.
- VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; ARAÚJO, M. B. S.; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. Ciência & Saúde Coletiva, Natal, v. 13, n. 4, p. 1355-1360, 2008.
- ZACHARIAS, V. L. C. Paulo Freire e a educação. Centro de referência educacional, [S.l.], 2007. Disponível em: <<http://www.smec.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-alfabetizar-letrar/lecto-escrita/teorias-teoricos/paulo-freire-educacao.pdf>>. Acesso em: 29 fev. 2012.