

Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde

^{1,2} Briane Medeiros & ¹ João Luis Gurgel Calvet da Silveira

1. Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Regional de Blumenau. Rua Antônio da Veiga, 140, Blumenau, SC – Brasil, 89010-971

gurgeljl@gmail.com

2. Bolsista programa PIBIC/FURB – 2006/2007 *brimedeiros@hotmail.com*

Resumo: A educação em saúde pode ser considerada um campo de conhecimento interdisciplinar, que necessita de diferentes embasamentos das áreas da educação e da saúde. Deve ser capaz de integrar conhecimentos sobre o homem e a sociedade, contemplando a dimensão biológica, para explicar a complexidade do processo saúde-doença e orientar as práticas dos processos educativos. A abordagem metodológica dessa pesquisa foi qualitativa, a partir das representações sociais de 20 sujeitos da comunidade Coripós, sendo usuários do serviço de saúde e membros da equipe de saúde do PSF compreendidos por profissionais e agentes comunitários. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista não diretiva na unidade de saúde ou em visita domiciliar. Para a análise dos dados foram criadas categorias, sendo: 1) dimensões do processo saúde-doença; 2) significados e valores da educação em saúde e 3) barreiras e dificuldades para adoção de hábitos saudáveis. Percebe-se um bom entrosamento e boa aceitação dos usuários com a equipe de saúde, porém esse entrosamento não foi capaz de superar a passividade frente ao conhecimento científico. O enfoque individual quase exclusivo na representação do processo saúde-doença é revelado pela crença no assistencialismo como cura das doenças e responsabilização individual. A preocupação, revelada de forma enfática, pelos diferentes sujeitos com o ambiente que em sua essência traz a possibilidade do coletivo, pode ser uma estratégia para o desenvolvimento de ações coletivas na comunidade.

Palavras-chave: educação em saúde; representações sociais; saúde bucal coletiva; educação popular; promoção de saúde.

1. Introdução

A educação em saúde pode ser considerada um campo de conhecimento interdisciplinar, que necessita de diferentes embasamentos das áreas da educação e da saúde. Deve ser capaz de integrar conhecimentos sobre o homem e a sociedade, complementando a dimensão biológica, para explicar a complexidade do processo saúde-doença e orientar as práticas dos processos educativos. Pereira (2003) reconhece a educação e a saúde como espaços de produção de práticas e conhecimentos determinantes do desenvolvimento das potencialidades humanas, não limitadas ao campo da saúde, mas ampliadas para o campo social.

Nesse contexto, a educação em saúde, conforme Valença (2005) pode converter-se em um meio de libertação ou dominação, caracterizando-se como processo político. Ainda segundo a autora a

educação em saúde assume diferentes formas e papéis, condicionadas historicamente. Seus objetivos podem se limitar a divulgar normas de higiene pessoal e do ambiente, como discurso meramente higienista ou assumir um enfoque comunitário que busque organizar os grupos heterogêneos da sociedade para uma pretensa homogeneização das diferenças. Essa fase, numa perspectiva histórica, foi sucedida pelo movimento sanitário que buscava mudanças sociais, econômicas e políticas, rejeitando o academicismo e o discurso autoritário da Educação em Saúde. Nessa concepção a educação em saúde passa a ser definida como “processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas” (VALENÇA, 2005). Embora numa perspectiva histórica se possam conceber diferentes fases da educação em saúde, atualmente pode-se assumir que essas diferentes

concepções coexistem, não sendo possível admitir uma superação completa de seus diferentes enfoques.

Segundo Paul (2005) há duas subdivisões no campo da educação em saúde, considerando seus objetivos estritos: a prevenção das doenças e a promoção de saúde. Propõe o autor três modelos justapostos: o modelo da saúde positiva como bem estar que precisa ser preservado; o da saúde negativa que representa a doença que deve ser evitada e o modelo da saúde global, muito mais complexo que procura englobar os determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais que interferem na saúde ou na doença. Destaca o autor que o modelo da saúde negativa, focado na doença, é muito mais aceito e largamente reproduzido em nossa sociedade sob o paradigma do modelo biomédico.

Dessa forma, qualquer processo educativo deve considerar a participação dos diferentes sujeitos envolvidos. No que se refere à comunidade, os objetivos e técnicas devem ser definidos e planejados para que se possa atingir o nível de participação desejado.

A participação pode ser simbólica quando a população é passiva e apenas incluída no processo, não sendo nem mesmo receptiva. Pode ser receptiva, caracterizada pela associação do recebimento de algum serviço do Estado. Pode ser ativa como nas mobilizações e mutirões e por fim a participação é real quando a população reivindica e assume processos que vão do diagnóstico, passam pelo planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas. (PINTO, 1982)

Na perspectiva da Educação Popular em saúde a valorização do saber popular, baseada no espírito de diálogo e participação da comunidade valoriza e não nega nem exclui o saber popular. Esse processo busca ampliar o espírito de investigação sobre a natureza que muitas pessoas do povo têm. A constante troca de informações e experiências existentes na comunidade é considerada meio importante de construção do conhecimento em saúde. Há um reconhecimento do importante papel da classe trabalhadora na transformação da sociedade, sendo fundamental esta valorização do seu saber que a torna mais capaz de enfrentar seus problemas. Essa abordagem vai no sentido de valorizar esse saber, mas também de ajudar a aperfeiçoá-lo num processo educativo compartilhado e dialógico, não admitindo a supressão do saber popular pelo saber científico (VASCONCELOS, 1997).

A prática da negação e substituição do saber popular pelo científico encontra sua origem na

própria formação acadêmica, cujos currículos da área médica, historicamente, não preparam os profissionais para lidar com diferentes culturas nem contextos sociais marcados pela exclusão (VASCONCELOS, 1997).

Criticando as instituições de ensino, onde se inclui a universidade, Morin (2002) aponta a necessidade de superação da inércia da fragmentação e da excessiva “disciplinarização” do ensino nas últimas décadas no contexto mundial. O autor recomenda uma reflexão crítica das concepções e práticas educacionais, com ênfase nos princípios de ensinar a condição humana a partir da sua unidade e diversidade, ensinar a compreensão ética e cultural e superar as cegueiras do conhecimento determinadas por posições paradigmáticas e intransigentes no campo das idéias. O impacto dessa proposta tem repercussão direta no âmbito da formação de profissionais de saúde, que precisam ser melhor capacitados para lidar com os desafios sociais da educação em saúde.

Ainda no contexto do ensino das profissões de saúde no Brasil podemos assumir que na saúde o ensino tem uma trajetória marcada, desde a sua origem, para a formação de profissionais para atuar no mercado de trabalho privado de forma liberal. O que determina uma organização curricular baseada em um currículo estanque, fechado em conhecimentos específicos. De caráter tecnicista, fragmentado em disciplinas. Esse modelo reduz o papel do professor à transmissão de conhecimentos a partir de sua prática, valorizando a transmissão oral de conhecimentos profissionais, com ênfase nas atividades práticas reprodutivas. Colabora na perpetuação dessa abordagem o fato de que a grande maioria dos profissionais, ainda hoje em atuação, proveio desse modelo de ensino (MASETTO, 1998). Essa constatação determina para a área da saúde o desafio da formação de um profissional cidadão que seja capaz de transformar a realidade da saúde da população, dependendo de habilidades que vão muito além da capacidade técnica, sem jamais prescindir dessa, porém incluindo o sistema público de saúde e o compromisso social na sua formação.

Crítica semelhante é feita por Bordenave e Pereira (1997) à educação tradicional que valoriza exclusivamente os espaços universitários, baseando-se na transmissão de conhecimento e experiência profissional com supervalorização do conteúdo que “deve” ser absorvido e reproduzido pelo aluno. Apontam a necessidade de um conhecimento interdisciplinar, baseado em “situações-problema”. Assim, esse processo

educativo parte da realidade com participação ativa dos alunos, através do diálogo para a construção do conhecimento. Esse processo poderia ser viabilizado a partir de uma organização curricular flexível com ampliação dos espaços de aprendizagem para fora da Universidade. Segundo os autores, as experiências de aprendizado vivenciadas pelos profissionais de saúde nos bancos universitários, quando unidirecionadas e autoritárias, acabam por influenciar as suas práticas educativas em saúde com a comunidade, determinando processos igualmente autoritários, a partir de conteúdos, metodologias e objetivos alienados das demandas e da realidade social.

Destacando a necessidade e o desafio representado pela formação em saúde para “construir novas relações transformadoras entre os trabalhadores da saúde e a sociedade”, Cordon (1998) propõe a reflexão do papel social dos profissionais da saúde, sua inserção no mercado e a revisão dos processos de trabalho nesse campo. Nesse sentido, a promoção da saúde, a partir de seus princípios e práticas, aparece como estratégia relevante para superar o assistencialismo curativista baseado na tecnificação dos procedimentos da saúde enfocados na doença exclusivamente.

Como princípios inseparáveis da promoção da saúde, Dickson e Abegg (apud KRIGER, 2003) definem três fundamentos e possibilidades da educação em saúde: 1) reconceituar a saúde como mudança de ideologia capaz de ampliar a meta de melhorar o estado de saúde, seja individual ou coletiva, para buscar a justiça social; 2) potencialização como “processo pelo qual indivíduos e comunidades são capazes de tomar o poder e agir para transformar suas vidas e seu meio.” 3) participação comunitária: considerando que a saúde é determinada pela equidade e justiça social, a participação efetiva da população passa a ocupar lugar de destaque. Essa participação nos processos decisivos do setor saúde está relacionada, necessariamente, pelo desenvolvimento do conceito de cidadania, entendido como direito e dever do cidadão de participar ativamente de processos relevantes de interesse público, como é o caso da saúde, e para benefício da coletividade.

Nessa perspectiva, repensar os conteúdos e práticas educativas de saúde direcionadas à comunidade, incluindo a dimensão social e política do processo saúde-doença para o fortalecimento do controle social é um objetivo necessário nos processos de educação em saúde (SILVEIRA; CAMPOS; BERNDT, 2006).

O problema dessa pesquisa consiste em conhecer as representações dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de educação em saúde, considerando que esse conhecimento pode ser fundamental para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde.

A utilização da metodologia qualitativa como possibilidade de investigação científica em saúde coletiva permite um maior alcance dos determinantes sociais do processo saúde-doença e uma abordagem mais humanizada dos sujeitos envolvidos nesse processo de pesquisa (MINAYO, 1997; MINAYO, 2000; CHIZZOTTI, 1998).

As representações sociais, entendidas como abordagem e ferramenta de pesquisa, são capazes de revelar dados numa perspectiva interdisciplinar, buscando as subjetividades coletivas, podendo ser aplicadas na área da saúde na perspectiva da integralidade para a elucidação de questões relacionadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Dessa forma, as representações sociais buscam investigar a significação, os valores, interesses e visão de mundo de diferentes segmentos da população, sendo amplamente discutida e documentada na literatura acadêmica. (MOSCOVICI, 2004; SPINK, 2003).

2. Material e Métodos

A abordagem metodológica dessa pesquisa foi qualitativa, a partir das representações sociais de 20 sujeitos da comunidade Coripós sendo estes usuários do serviço de saúde e membros da equipe de saúde do PSF (Programa de Saúde da Família) entre profissionais e agentes comunitários. Todos aceitaram participar voluntariamente da pesquisa após a leitura e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista não diretiva na unidade de saúde do PSF ou em visita domiciliar.

Para a análise dos dados foram criadas categorias, sendo: 1) dimensões do processo saúde-doença; 2) significados e valores da educação em saúde e 3) barreiras ou dificuldades para adoção de hábitos saudáveis.

Esse projeto faz parte do Programa de Extensão da FURB Liga de Saúde Coletiva cujos conhecimentos inerentes à realidade local da comunidade oferecerão subsídios para as abordagens e práticas do Projeto Educação em Saúde.

3. Resultados e Discussão

Para melhor contextualizar os resultados dessa pesquisa cabe descrever a comunidade do Coripós. Localizada próximo ao centro de Blumenau no bairro Escola Asilo, apresenta problemas de saneamento básico, ocupação irregular de encosta, falta de espaços de lazer, violência e carência de serviços públicos básicos, característicos de bairros periféricos. Embora presentes na comunidade, estes problemas distribuem-se de forma distinta, podendo-se identificar microrregiões de maior vulnerabilidade social convivendo com outras que apresentam situação mais remediada. Essa distinção quase nos permite dizer que existem vários Coripós, dependendo da perspectiva de nosso olhar.

No que se refere às dimensões do processo saúde-doença entre os membros da equipe de saúde (profissionais e agentes comunitários de saúde) aparece uma visão ampliada, seja a partir de seus determinantes sociais ou de seu impacto na qualidade de vida como no “modelo da saúde global” (PAUL, 2005), conforme os relatos:

“Doente é por falta de saneamento, mas também sem lazer, por desemprego e educação.”

“Doença é como não ter trabalho e a doença física é o reflexo de alguma carência.”

“Vida estável, ocupar o tempo com atividades, fazer o que gosta também.”

“Se a pessoa tem um bom emprego, isso influencia na pessoa ter saúde. Ela estar desempregada influencia na saúde.”

“Saúde é melhor qualidade de vida, porque se elas têm uma melhor qualidade de vida têm mais condições e informações.”

Entre os usuários do serviço público do Coripós prevalece a concepção biomédica do conceito de saúde, limitando as causas do estado de saúde ao auto-cuidado sobre o corpo ou com o ambiente físico. Percebe-se, de forma preponderante, a reprodução de um discurso higienista e assistencialista sobre o corpo, a partir da prescrição de hábitos e comportamentos individuais como única possibilidade de se evitar as doenças como no “modelo da saúde negativa” (PAUL, 2005). Essa concepção parece distanciada das limitações impostas pela realidade social, prevalecendo a responsabilização individual, focada na doença e baseada no paradigma biomédico:

“Saúde é fazer exercícios, não ser gordo.”

“Deve ter bom preparo no corpo, não ser gordo.”

“Saúde é saneamento básico, moradia, cuidados com a casa. Ambiente fechado pode deixar a

pessoa doente. As pessoas devem tomar cuidado, não andar descalço.”

“Importante de saber sobre saúde é procurar um médico. Cuidar de alimentação.”

“Saber o que fazer bem ou ruim.”

“Conscientizar que quase tudo pode trazer algum problema. É importante saber se controlar.”

“Importante é ir no médico pra se prevenir e como sempre saber o quanto e o que se cuidar.

“Agente não se cuida e agora estou ruim.”

Quanto aos significados e os valores da educação em saúde a concepção entre os integrantes da equipe aparece principalmente como transferência de informação para a mudança de hábitos individuais e co-responsabilização, valorizando os métodos e a transferência de conteúdos aplicados à saúde corporal e individual. Essa maneira de representar a educação em saúde parece contraditória com a concepção ampliada das dimensões do processo saúde-doença apresentada na categoria anterior por estes mesmos sujeitos, conforme as falas:

“[...] na saúde se tiver informação não ficará doente. O hábito de se limpar, a boa saúde vem dos hábitos, se não ensinar desde pequeno, quando adulto não terá o hábito.”

“Você [os usuários] adquirir alguns hábitos e segui-los.”

“A educação tem grande influência positiva [sobre a saúde das pessoas].”

“Alimentação, stress. Saber lidar [a partir da educação].”

“Hábitos, comer comida salgada, hábitos familiares ligados à alimentação. Desconhecimento das doenças pode causar problemas.”

“[educação em saúde como] atividade em que há troca de informações referentes a um tema específico. Ensinar bons hábitos e informações.”

“A educação está em tudo. Se ela tiver um entendimento de como tratar e seguir, entra muito a educação.”

“Tem informação hoje em dia, e esta ajuda muito para se ter saúde e prevenir doenças. O hábito de fazer coisas boas, procurar se distrair, esquecer das coisas ruins influencia para se ter saúde.”

“Boa alimentação, procurar informação.”

“São feitos muitos grupos, de vários temas. É feito a intervenção até mesmo na casa dos moradores.”

“Passam corretamente, por ter capacitação, eles [a comunidade] esperam passar a informação correta.”

“Muitas vezes a programação [temas e metodologia] não é feita em conjunto. Pouca participação da comunidade. Orientação verbal.

Falta um material de apoio, audiovisual, folhetos.”

“É tudo bem explicado é bem detalhado para a população. Poderia se fazer mais, mas cada um tem sua área específica para passar informação.”

Há um reconhecimento da necessidade do conhecimento, por parte da equipe, dos conceitos, práticas e hábitos de saúde da comunidade para nortear suas ações de educação em saúde, conforme revelam os integrantes da equipe:

“[conhecimento sobre saúde] é importante porque aí pode ter a co-responsabilidade da comunidade [...] a equipe precisa conhecer para organizar as atividades para evitar conflitos culturais.”

“Os agentes visitam as famílias e acabam conhecendo os hábitos, podendo intervir no momento da visita ou levar as questões até a unidade de saúde para saber como posteriormente intervir.”

“Através dessas informações você fica sabendo por que as pessoas fazem as coisas daquele jeito.”

“Pelos hábitos conseguem melhorar a saúde da população. Tudo começa pela escola, teria que ter que ter algo para os pais, não adianta a criança aprender na escola e em casa não ter o exemplo.”

A unidade de saúde do PSF aparece como a maior fonte de conhecimentos sobre saúde para a comunidade, revelando ainda uma aceitação e valorização do acolhimento por parte da equipe. O conceito de educação em saúde e seu impacto na saúde das pessoas, entre os moradores da comunidade aparece como um valor relevante, porém com um enfoque individual, preventivista e higienista, coerente com o conceito de saúde por eles revelado anteriormente. Em suas falas os membros da comunidade reconhecem como natural o seu lugar de expectadores que aprendem passivamente, podendo-se classificar a sua participação como “receptiva” (PINTO,1982):

“[educação em saúde] É quando a gente aprende a se cuidar. Nos ensinam sobre limpeza, o que comer, como devemos fazer as coisas em casa.”

“Conhecimento de remédio, de cuidados, faz com que evite a doença. Hábitos: lavar as mãos, manter a casa limpa.”

“Se não tem hábito bom fica doente. Como eu, tenho colesterol alto mas como muito porcaria. Isso é ruim, mas é um hábito que não largo.”

“[educação em saúde] uma coisa boa, porque antes ninguém falava de prevenção. Agora em todo lugar se fala de saúde, se aprende.”

“Se tem o conhecimento sobre o que é saudável pode mudar o comportamento pra melhor. Tem hábitos bom não fica doente, se não for por acidente, né?”

“Tendo conhecimento ajuda a prevenir e levar a saúde. Só influencia pro bem. Ah! Pra mim é aprender sobre o corpo.”

“Pessoal do posto vem ensinar. Esclarecimento da saúde.”

“Convivência com os outros. Se a pessoa sabe dos hábitos ruins né, é só não fazer. Vícios influenciam.”

“Se eu sei sobre hábitos bons, vou tentar seguir eles.”

“Eles ensinam com cartaz, explicações no posto. Às vezes eu entendo bem.”

“Aqui é bom, simples a linguagem.”

“A médica lá de cima [do PSF] é um amor [...] as agentes são queridas e fazem tudo pra ajudar.”

“Me receberam bem e cuidaram bem. Vieram até a minha casa pra saber se tava melhor.”

“Todos são simpáticos. Nunca me deixaram sem resposta. São pacientes e calmos.”

“Acho que eles passam certo [o conhecimento]. Até agora deu certo.”

“Todos nos atendem bem e sabem como passar a informação.”

“É adequado porque ajuda todo mundo. Muito queridos e tudo é acessível.”

Em relação à troca de conceitos, práticas e hábitos de saúde da comunidade com a equipe de saúde, os usuários reconhecem haver influência positiva para o processo de educação em saúde, porém essa troca fica limitada aos aspectos técnicos e assistenciais do domínio biomédico, conforme as falas a seguir:

“[a troca de conhecimentos com a equipe] Influencia, mas saber da vida toda não precisa. Só da doença tá bom.”

“Assim eles sabem o que acontece. Muito importante às vezes agente não sabe o que fazer e eles ajudam.”

“Sim, é importante [a educação em saúde], o posto tem valido pra nós. Não compro o remédio da pressão, eles dão.”

“É importante porque a pessoa vai no posto e eles já sabem o que precisa. Tudo isso é bom, quanto mais informação agente tem mais preparada agente fica.”

“É importante [a troca de conhecimentos]. Antes aquele remédio era bom, que aquele chá era bom, agora a gente não sabe direito.”

Somente uma usuária revelou valores e significados da troca de conhecimentos e práticas nos processos de educação em saúde entre a equipe e a comunidade não limitadas à dimensão biomédica característico do modelo de “saúde negativa” (PAUL, 2005), na perspectiva da participação “ativa” e “real” da educação em saúde definida por Pinto (1982):

“O que nós sabemos eles não entendem bem. O que fazemos pra resolver nossos problemas não vale para os profissionais. Eles têm remédios mais fortes, cirurgia. O que nós fazemos em casa dá pra quebrar um galho, principalmente quando não dá pra ir no posto. Se dá pra influenciar eu não sei, é que os médicos e enfermeiras já sabem o jeito certo que tratar. Mas ser escutado pelos outros já ajuda na cura. A gente se sentir ouvido é importante, dá confiança.”

Quanto às barreiras ou dificuldades para adoção de hábitos saudáveis, a condição sócio econômica e ambiental é apontada como a principal dificuldade por parte da equipe de saúde para que os moradores da comunidade possam ter uma boa condição de saúde no Coripós. A falta de interesse ou motivação em participar das atividades educativas também é apontada como um desafio:

“A falta de eles mesmos levarem a saúde a sério. Deles não irem nas reuniões, também dificulta.”

“Saneamento básico, desemprego, problemas sociais [...] às vezes eles procuram por outras coisas... problema financeiro.”

“Não se sujeitam a se empenhar nas mudanças. Dificuldade de entender e praticar os novos hábitos como os alimentares. Hábitos fortes que não conseguem mudar. Tem recursos disponíveis mas falta vontade de mudar como no caso das escovas de dentes que nós distribuimos.”

“Ruas impróprias, morros, falta de espaço para lazer, dificuldade para caminhadas.”

“A principal dificuldade é o financeiro, depois o desinteresse das pessoas pela informação.”

“Social, nível de escolaridade. Financeiro.”

“Higiene pública e familiar, preguiça, consciência. Boa vontade falta.”

A preocupação com saneamento, principalmente o lixo, predomina nas falas dos moradores como impacto negativo na saúde, gerando grande dificuldade para a mudança de hábitos individuais, assim como a falta de assistência, considerada uma grande barreira à saúde, a partir dos relatos:

“Casa em cima de casa, saneamento básico [prejudica a saúde].”

“Mas tem o lixo né? Lá em cima é um horror mesmo! Eu já tinha morrido se morasse lá pra cima.”

“É difícil ter tempo pra cozinhar coisas mais saudáveis.”

“Pra baixo tem bastante lixo. Às vezes o pessoal vai no posto e não tem remédio. O que atrapalha é que no posto às vezes não tem consulta e remédio.”

“A gente tem tudo aqui. Os vizinhos são bem relaxados, eles jogam pote [lixo, material plástico] e podiam cuidar para não ter dengue.”

“Não se esforçar, preguiça toma conta.”

“Não acho nada, a gente não sabe nada! O remedinho que eles dão pra gente serve.”

“Muita gente relaxada com o lixo!”

4. Conclusão

As falas dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de educação em saúde, representados pela comunidade e a equipe de saúde revelam a necessidade de se ampliar o enfoque coletivo, abordando os seus determinantes sociais e ampliando o conceito de saúde como conceito global. A busca de novas metodologias mais participativas também aparece como uma necessidade para ir além da informação e alcançar a motivação e a mobilização a partir de uma participação ativa e real onde os sujeitos sejam capazes de reivindicar e assumir processos.

A ressignificação dos conceitos e valores que os sujeitos têm sobre os temas envolvidos no processo saúde-doença, sejam eles profissionais ou usuários, é fundamental para gerar o compromisso coletivo com a mudança. Para este fim o compartilhamento de experiências pode ser uma estratégia legítima, sem o estabelecimento de superioridade entre os diferentes tipos de saberes, sejam eles o científico e ou o popular, em adequação aos princípios da educação popular.

O enfoque individual quase exclusivo da representação do processo saúde-doença é revelado pela crença no assistencialismo como cura das doenças ou na responsabilização individual pelo adoecimento.

Podemos classificar a participação da comunidade nos processos educativos como simbólica ou receptiva baseado no bom entrosamento e aceitação dos usuários apreendidos pelos relatos, porém esse entrosamento não foi capaz de superar a passividade para atingir a participação ativa e real, capaz de transformar a realidade.

Considerando que o ambiente é um espaço coletivo por natureza, sua deterioração afeta a todos e depende de todos implicando na saúde coletiva.

A preocupação revelada de forma enfática pelos diferentes sujeitos com o ambiente, apontado como uma dificuldade de saúde pode ser um importante fator para o desenvolvimento estratégico de ações educativas coletivas na comunidade.

5. Agradecimentos: PIBIC/FURB.

6. Referências

1. BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
2. CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1998. 164 p.
3. CORDÓN, J. A. P. **A Inserção da Odontologia no S.U.S. – avanços e dificuldades**. 1998. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 1998.
4. KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal – paradigma, ciência e humanização**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
5. MASETTO, M. T. Discutindo o processo de ensino/aprendizagem no ensino superior. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier. 1998. p. 11-19.
6. MINAYO, M. C. S. Saúde: concepções e políticas públicas. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor e MOREIRA, M. Cecília G. B. (org.). **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997. 135 p. Cap. 1, p. 31-56.
7. MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 17 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 80 p.
8. MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 6 ed. São Paulo: Cortez. 2002. p. 118.
9. MOSCOVICI, S. **Representações sociais**. Investigações em psicologia social. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 403 p.
10. PAUL, P. **A Dimensão Ética na Educação para a Saúde: Saúde e Sociedade**, 2005. Disponível em: http://apsp.org.br/saudesociedade/XIV_1/revista%2014.1%20artigo%204.pdf Acesso em: 24 jan. 2007.
11. PEREIRA, A.L.F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500031&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 03 Maio 2007. Pré-publicação.
12. PINTO, J. B. **Planejamento Participativo: Produção do Conhecimento na Ação Comunitária**. Belo Horizonte: Encontro de Experiência em Educação em Saúde da Região Centro-Oeste, 1982.
13. SILVEIRA, J. L. G. C; CAMPOS, M. L. C.; BERNDT, R. L. **Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde**. Pesq Bras odontoped Clin Integr. João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 29-34, jan./abr. 2006.
14. SPINK, M. J. P. **Psicologia Social**. Práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003. 339 p.
15. VALENÇA, Ana Maria Gondim. **A prática educativa em saúde: uma reflexão**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, v.5, n.2, p. 101-102, mai/ago. 2005.
16. VASCONCELOS, M. E. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.