

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RENATA MENDONÇA MOREIRA PENNA

**PROJETO DE MELHORIA DA ADESÃO DOS USUÁRIOS DA ESF
DONA NAZINHA ÀS MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM
SAÚDE**

LAGOA SANTA – MG

2014

RENATA MENDONÇA MOREIRA PENNA

**PROJETO DE MELHORIA DA ADESÃO DOS USUÁRIOS DA ESF
DONA NAZINHA ÀS MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Maria Dolôres Soares Madureira

LAGOA SANTA – MG

2014

RENATA MENDONÇA MOREIRA PENNA

**PROJETO DE MELHORIA DA ADESÃO DOS USUÁRIOS DA ESF
DONA NAZINHA ÀS MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Maria Dolôres Soares Madureira

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de janeiro de 2014

Aos meus familiares e amigos

DEDICO

AGRADECIMENTOS

A Deus, a Nossa Senhora Aparecida e ao menino Jesus de Praga, pela luz, amparo e pela graça de concluir este trabalho;

À minha família, em especial à minha mãe Sílvia, pela dedicação incondicional, aos meus irmãos Patrícia, Gustavo e à minha cunhada Karen pelo apoio de todas as horas;

Ao Rafael Gustavo, meu noivo, pela grande contribuição, carinho e incentivo;

Às minhas colegas, Mafe e Joana, pela convivência amigável, pela ajuda e pelas horas de descontração no internato rural;

À minha orientadora Maria Dolôres pela orientação;

A todos os amigos de Santa Maria de Itabira, pelo acolhimento e apoio.

“Se deres um peixe a um homem faminto, vais alimentá-lo por um dia.

Se o ensinares a pescar, vais alimentá-lo toda a vida.”

Lao-Tsé

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo: elaborar um plano de ação para melhorar a adesão das pessoas da área de abrangência da equipe de saúde da família “Dona Nazinha” no município de Santa Maria de Itabira – MG às medidas de promoção e prevenção em saúde. Após análise situacional da unidade e através de reuniões comunitárias foram feitos: seleção do macro-problema “falta de adesão às medidas de promoção e prevenção em saúde”, levantamento de suas causas e consequências, e, elaboração de um plano de ação em busca da solução do problema escolhido, através da ação sobre os nós-críticos: falta de conscientização da população sobre prevenção, falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre educação do adulto e abordagem equivocada dos agentes de saúde nas visitas domiciliares. O levantamento bibliográfico de sustentação teórica deste estudo baseou-se em obras anexadas a indexadores de grande relevância, como o PubMed, Scielo e CAPES, além de publicações do Governo Federal e Organização Mundial de Saúde. A problematização foi realizada a partir dos recursos metodológicos do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) - método de estimativa rápida participativa. O plano de ação foi desenvolvido a partir de concepções da andragogia, metodologia de ensino do adulto. Por meio desta proposta de intervenção, espera-se que o macro-problema seja minimizado ou resolvido, levando à diminuição de sequelas dos agravos das doenças crônicas, incapacidades e/ou morte, perda de peso, anemia, aprendizado deficiente, desencadeamento de novas doenças e reduzindo os custos ao serviço de saúde.

Palavras chave: Modelos educacionais. Educação em saúde. Prevenção. Atenção Primária em Saúde. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aims to develop an action plan to improve the adhesion of the people of the area covered by the family health team "Dona Nazinha" in Santa Maria de Itabira - MG to the promotive and preventive health actions. After the unit situational analysis and through the community meetings the following was made : the selection of the macro - problem " the lack of adherence to the prevention and health promotion actions" , the causes and consequences seeking, and the formulation of an action plan in pursuit of the problem chosen solution, through an action on the critical nodes: public awareness of prevention lack, knowledge lack among the health professionals about adult education and misguided approach to the health workers on home visits . The literature survey of the theoretical support of this study is based on articles attached to indexers of great relevance, as PubMed, SciELO and CAPES, and databases of the Virtual Health Library (VHL), publications of the Federal Government and the World Organization Health. The questioning was conducted from the methodological resources of the Altadir Popular Planning Method (MAPP) - a participatory rapid assessment method. The action plan was developed from concepts of andragogical , adult education methodology .Through this proposed action , it is expected that the macro - problem is solved or minimized , leading to a reduction of the chronic disease injuries sequelae, disability and / or death , weight loss , anemia , impaired learning , triggering new diseasesand reducing costs to the health service.

Keywords: Educational models. Health education. Prevention. Primary health care. Family health program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Seleção do macro-problema.....	11
1.2 Levantamento de causas e consequências.....	12
1.3 Um plano de ação em busca da solução do problema proposto.....	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO DE LITERTURA	19
5.1 Promoção da saúde e prevenção de agravos.....	19
5.2 Educação em saúde.....	21
6 PLANO DE AÇÃO	25
6.1 Situação Problema.....	25
6.2 Objetivos do Plano.....	25
6.3 Nós críticos.....	25
6.4 Operações/projetos.....	25
6.5 Gestão, monitoramente e avaliação.....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui uma forma de reorganização do modelo assistencial no Brasil, promovendo a saúde e prevenindo doenças, buscando a qualidade de vida da população. Ela opera por meio da definição de equipes multiprofissionais – distribuídas em unidades básicas de saúde (UBS) – a quem cabe a responsabilidade de acompanhar um número determinado de famílias, segundo uma área geográfica delimitada (BRASIL, 1997)

Ações relativas à promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação de agravos, reabilitação e patologias mais frequentes são frentes de atuação das equipes (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) culminando na manutenção da saúde da comunidade a quem a equipe está atribuída. Em seu estudo, Mendonça (2004) explicita que esta responsabilidade pelo acompanhamento de famílias determina a necessidade da equipe de saúde de ultrapassar os limites predeterminados para a atenção básica no Brasil, particularmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste âmbito, evidencia-se a importância da Estratégia Saúde da Família na reorganização da assistência de saúde à população, e a necessidade de que este serviço seja integralmente provido por profissionais capacitados e ilustrados quanto à sua relevância e competências.

Considero que o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), do qual sou aluna, representa a mais concreta via de aperfeiçoamento e fortalecimento das práticas de saúde da atenção primária, por meio de capacitação dos profissionais nela atuantes.

Um dos objetivos destacados pelo CEABSF, e que deve ser satisfeito pelo profissional de saúde inserido na Saúde da Família, é a confecção de um diagnóstico situacional do município em que atua (FARIA *et al.*, 2009), levantando os principais problemas de saúde de sua população por meio do uso de métodos de estimativa rápida, englobando visões da comunidade na tomada de decisões.

Sarti *et al.* (2012, p.546) afirmam que as “ações de planejamento em saúde adaptadas ao contexto local são fundamentais no cotidiano da Estratégia Saúde da Família”.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, esta tomada conjunta de decisões é denominada Planejamento Participativo em Saúde, e envolve a reflexão e o esforço sincrônico de todos os que atuam neste contexto: usuários, trabalhadores da saúde e gestores (TANCREDI, BARRIOS e FERREIRA, 1998). É necessário um conhecimento prévio das necessidades da população e um esforço simultâneo para que ações sejam propostas de maneira a responder efetivamente a essas necessidades. Essa forma de planejamento propõe um agir diferente, caracterizado pela participação e interação de várias pessoas engajadas e com interesses e objetivos comuns, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995).

Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) enfatizam que por meio do planejamento participativo é possível desenvolver um plano de ação mais fiel à necessidade da comunidade-alvo, resultando em intervenções que propiciam um maior benefício.

O presente trabalho apresenta o Plano de Ação proposto para a Estratégia de Saúde da Família – ESF “Dona Nazinha”, no município de Santa Maria de Itabira - MG, traçado por meio de reuniões comunitárias em que foram determinados, fracionadamente:

1.1 Seleção do macro-problema: dentre os problemas apresentados pela comunidade, o de maior relevância segundo os critérios avaliados (abrangência, urgência, impacto e capacidade de enfrentamento) foi a *falta de adesão às medidas de prevenção*.

Esta análise situacional e determinação do macro-problema foi fruto de reuniões com as Agentes Comunitárias de Saúde. O delineamento do problema deu-se com base do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) (TANCREDI, BARRIOS e FERREIRA, 1998).

O passo inicial da problematização da comunidade adscrita é a *seleção dos problemas do plano*, realizada mediante a avaliação dos resultados insatisfatórios que se observam na realidade. Determina-se a natureza do problema a partir da divergência de uma situação das normas ou padrões considerados válidos pelo senso comum, desde que sejam passíveis de intervenção, dentro das capacidades do serviço de saúde (BRASIL, 2003).

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) foram escolhidas como observadoras, uma vez que essas profissionais são instrumentos tanto de saúde pública quanto de empoderamento da sua comunidade (JOHNSON *et al.*, 2013), agindo como seus representantes diretos na tomada de decisões. Os problemas foram colhidos, a princípio, através da chamada “chuva de ideias”, momento em que as ACSs têm a oportunidade de citar livremente as situações indesejáveis que percebem na comunidade. Dentre os problemas levantados, foram citados: “roubo”, “baixa escolaridade”, “uso de drogas”, “sedentarismo”, “alcoolismo”, “marginalidade”, “sexualidade precoce”, “falta de conhecimento quanto à importância da educação”, “falta de parceria entre a comunidade e a escola”, “lixo em lote vago”, “falta de adesão às *medidas de promoção e prevenção em saúde*”, “cachorros soltos na rua”, “falta de opções de lazer” e “obesidade”. Estes problemas foram posteriormente agrupados por similaridade e votados segundo quatro critérios: urgência, abrangência, capacidade de enfrentamento e impacto. Conforme previamente afirmado, o problema que melhor supriu os critérios de seleção, e foi, portanto, eleito o macro-problema foi a *falta de adesão às medidas de promoção e prevenção em saúde*.

1. 2 Levantamento de causas e consequências: Após a eleição do problema “*falta de adesão às medidas de promoção e prevenção em saúde*”, as reuniões seguintes objetivaram a descrição do problema, identificando suas causas e consequências, além da criação de uma *árvore explicativa*, bem como determinação dos *nós críticos*, cuja resolução auxiliaria na resolução de outros problemas secundários. Estes foram determinados como sendo, principalmente: falta de conscientização da população sobre prevenção, falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre educação do adulto, abordagem equivocada do paciente pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares.

A preocupação primária foi capacitar as ACSs a descrever o problema, através da identificação de causas e consequências, e definir o que são evidências. As agentes levantaram como evidências do problema escolhido: Hipertensão Arterial descontrolada, Doenças infecciosas e Diabetes descontrolada.

Quanto às consequências dos sintomas, as ACSs mencionaram que os agravos das doenças causando sequelas, incapacidades ou morte; perda de peso; anemia; dificuldades de aprendizagem; desencadeamento de outras doenças e alto custo ao serviço de saúde eram os fatores resultantes dos sintomas.

1.3 Um plano de ação em busca da solução do problema proposto.

Diante do problema de não aderência da população adscrita da equipe de saúde da família Dona Nazinha às medidas preventivas, da identificação dos recursos críticos e da análise da viabilidade, será desenvolvido o projeto para melhorar a adesão dos usuários às medidas preventivas, visando valorizar as peculiaridades dos adultos, a fim de favorecer seu desenvolvimento intelectual e social para que se tornem elementos ativos nesta comunidade, minimizando, assim, este grande problema.

Serão necessários, para realização deste projeto, poucos recursos, o que o torna mais fácil de ser desenvolvido e mais viável. A capacitação será realizada através de reuniões, na própria unidade de saúde. Estarão envolvidos neste processo a médica, responsável e organizadora do projeto, a enfermeira, que auxiliará no desenvolvimento e na avaliação periódica dos resultados e as ACSs, que, baseados somente na motivação de melhoria da sua própria comunidade, serão os aprendizes. Este plano de ação propõe cultivar metodicamente a inteligência e racionalizar a aprendizagem cotidiana com o objetivo de preparar o adulto para desenvolver-se em seu meio, de forma ativa, reflexiva e solidária.

A base do projeto é proporcionar ao adulto um treinamento que lhe permita chegar a desenvolver e usar suas potencialidades intelectuais. O método parte da prática cotidiana e a ela retorna, mas já reprocessado pela análise e reflexão procurando levar o adulto a assumir novos comportamentos. Isto significa uma transformação da prática pessoal, profissional e social, baseada em uma visão racional dos problemas.

O plano de ação então elaborado constitui-se de três pilares baseados em determinações da Andragogia: a conscientização da população sobre a importância da prevenção, a transmissão equivocada de informação à população e a abordagem contínua e adequada dos problemas nas visitas domiciliares (SANTOS, sd.).

Neste sentido, Santos (sd., p.7) enfatiza que a prática andragógica cultiva “os comportamentos que sejam úteis aos indivíduos e aos grupos”, e faz “com os mesmos participem e tenham um alto grau de engajamento”, uma vez que os adultos tendem a ter comportamentos grupais consistentes quando se trata de suas próprias necessidades. Nogueira (2009, p.17) conceitua a andragogia como “um conjunto de princípios teóricos e práticos que suscitam em muitos adultos novas forças para realizar aprendizagens com sucesso”.

A discussão pormenorizada da elaboração e pontuação do referido plano de ação será posteriormente aprofundada.

2 JUSTIFICATIVA

A importância de ações preventivas é sumária no processo de saúde-doença, uma vez que seus benefícios podem ser observados em qualquer fase da história natural de uma enfermidade: no período pré-patogênico, podem evitar o estabelecimento do estímulo patológico, ao passo que no período patogênico podem interromper a evolução do agravo e diminuir suas consequências (HELMAN, 2003).

Tendo em vista a multiplicidade de causas envolvidas no processo de adoecer e variedade de maneiras de sua atuação, faz-se necessária a instituição de diferentes níveis de prevenção, de forma a reduzir a incidência de patologias, controlar aquelas existentes e prevalentes, e diminuir o risco de sequelas, mortes precoces, e principalmente, reduzir o custo aos serviços de saúde, permitindo investimento de recursos em níveis mais carentes.

Observa-se que no município de Santa Maria de Itabira - MG há certa resistência da população com relação às atitudes preventivas de doenças, primordialmente devido a seu desconhecimento da importância destas. Há pouca aderência às medidas de prevenção, possivelmente como consequência de uma “educação” inadequada da população, em que se valorizava mais a passagem da informação do que a forma como esta é transmitida.

Este trabalho justifica-se na necessidade de se adequar a abordagem da população de forma a garantir que haja reflexão e adoção dos métodos de prevenção em saúde, atingindo-se, assim, os benefícios de um processo preventivo efetivo.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para melhorar a adesão das pessoas da área de abrangência da equipe de saúde “Dona Nazinha” às medidas de promoção e prevenção em saúde.

4 METODOLOGIA

O levantamento bibliográfico de sustentação teórica deste estudo baseia-se em obras anexadas a indexadores de grande relevância, como o PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e CAPES, publicações do Governo Federal e Organização Mundial de Saúde, entre outros compêndios de literatura clássica. Os passos do MAPP foram seguidos segundo detalhados pelo Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Os descritores utilizados foram: modelos educacionais, educação em saúde, prevenção, atenção primária em saúde e programa de saúde da família.

A problematização descrita neste trabalho foi realizada a partir dos recursos metodológicos do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e da Problematização, métodos de Estimativa Rápida Participativa.

O MAPP consiste em um método de eleição para planejamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados (TANCREDI, BARRIOS e FERREIRA, 1998). Os autores o descrevem um método simples, criativo e que tem como objetivo viabilizar a planificação popular. Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças, uma vez que participam da análise de seus problemas, empoderando-se para o enfrentamento dos mesmos.

Trata-se de um método coerente com os princípios do SUS e recomendado como instrumento para a elaboração do planejamento de unidades básicas de saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

É constituído de 15 passos:

Passo 1 - Seleção dos problemas do plano;

Passo 2 - Descrição do problema;

Passo 3 - Explicação do problema: árvore explicativa - árvore de problemas;

Passo 4 - Desenho da situação objetivo;

Passo 5 - Seleção dos nós críticos;

Passo 6 - Desenhos das operações e demandas de operações;

Passo 7 - Definição das responsabilidades pelas operações;

Passo 8 - Definição de responsáveis pelas demandas de operação;

Passo 9 - Avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações – orçamento;

Passo 10 - Identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano;

Passo 11 - Identificação de recursos críticos para desenvolver as operações;

Passo 12 - Identificação dos atores que controlam os recursos;

Passo 13 - Seleção de trajetórias;

Passo 14 - Análise de vulnerabilidade do plano;

Passo 15 - Desenho de sistema de prestação de contas.

A problematização é uma metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade (BERBEL, 1998).

Ainda segundo Berbel (1998, p.144), a metodologia da problematização é:

[...] um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem.

Sugerimos o uso de técnicas andragógicas como ferramenta para facilitação do entendimento de pacientes adultos da importância da adoção de medidas preventivas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Promoção da saúde e prevenção de agravos

As primeiras definições de promoção da saúde foram propostas, em 1920 e em 1946, pelos autores Winslow e Sigerist, respectivamente. Segundo Sigerist, a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação consistiam as quatro tarefas essenciais da medicina (BUSS, 2003). Promover tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (FERREIRA, 2009).

Conforme definido por Leavell e Clarck, promoção da saúde se dá de forma bem mais ampla que prevenção, por se referir às medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (LEAVELL e CLARCK, 1976, p.19).

Segundo Terris, as estratégias de promoção focam na transformação das condições de vida e de trabalho dos indivíduos, indo de encontro com a estrutura subjacente aos problemas de saúde, fazendo necessário uma abordagem intersetorial (TERRIS, 1990 *apud* CZERESNIA, 2003).

A promoção da saúde, hoje, possui um significado diferente por se associar com outros valores tais como: "vida, saúde, desenvolvimento, equidade, democracia, solidariedade, cidadania, participação e parceria" (BUSS, 2000, p.165). Importante pontuar que, como a promoção da saúde abrange o desenvolvimento de habilidades individuais para permitir que decisões sejam tomadas e que a participação seja efetiva no planejamento e execução de iniciativas, palavras como *empowerment*, autocuidado e capacitação (ou auto capacitação) estão sendo cada vez mais empregadas (FARINATTI e FERREIRA, 2006).

O termo prevenir significa "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (FERREIRA, 2009).

Segundo Leavell e Clarck, a prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL e CLARCK, 1976, p.17).

Já de acordo com Czeresnia (2003), as ações preventivas consistem em intervenções orientadas, cuja finalidade é evitar o surgimento de doenças específicas, diminuindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo se baseia no conhecimento epidemiológico moderno e tem como objetivo controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir o risco de doenças degenerativas ou outras enfermidades específicas. Os planos de prevenção e de educação em saúde apresentam como pilares, a divulgação de informação científica e das recomendações de mudanças de hábitos.

A prevenção consiste em detectar, controlar e enfraquecer os fatores de risco de doenças, focando na enfermidade e nos meios de atacá-las (BUSS, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foca na promoção da saúde e na prevenção de agravos, justificado pela proposta de um modelo assistencial focado no cuidado, e não na prática curativista. Dessa maneira, a ESF pode culminar em mudanças na atenção à saúde, refletindo a reorientação do modelo de operação dos serviços e de intervenção na atenção à saúde (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Faz-se necessário, então, que a saúde seja elemento da cidadania, direito dos indivíduos que ultrapassa a perspectiva curativa, focando em ter uma vida saudável (PERES, 2002).

Por meio da implementação de ações preventivas, promoção à saúde e reabilitação, a ESF avalia o indivíduo no contexto do seu território e suas condições de vida, determinando o processo de adoecer. Assim, conhecer e analisar as conseqüências que essa estratégia está gerando nas formas tradicionais de atenção torna-se importante (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Diante dessa nova forma de orientação da saúde, percebem-se dificuldades de adaptação e de criação de estratégias para que os objetivos de prevenção de agravos e promoção da saúde sejam alcançados de forma eficaz. É necessário que os profissionais de saúde adquiram habilidades além da técnica e que a comunidade assuma a corresponsabilidade no processo saúde-doença (RODRIGUES *et al.*, 2008; RONZANI e SILVA, 2008; SOUSA *et al.*, 2005).

Diante dos novos enfoques das ações de promoção de saúde, é necessário que se desenvolva metodologias e práticas mais eficazes, a fim de melhor explorar o potencial da saúde de comunidade e indivíduos em todos os ciclos da vida (SANTOS *et al.*, 2006).

Uma das maneiras de intervir na comunidade em prol de adquirir uma melhoria na prevenção de agravos e promoção de saúde é implementar as ações educativas em saúde. Para tal objetivo, devem-se criar práticas educativas em concordância com os determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença, deixando de seguir o modelo normatizador e vinculando as características individuais e coletivas ao processo educativo (ACIOLI, 2008).

Focando na prática radical, a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade visando uma melhor qualidade de vida e saúde, envolvendo uma participação mais significativa no controle deste processo.

Segundo Carvalho (2004), a promoção da saúde consiste em um processo que tem como objetivo o desenvolvimento da autonomia e da capacidade de reflexão das pessoas, o que possibilita controlar os determinantes da saúde. Para que isso ocorra, devem-se desenvolver estratégias capazes de garantir que os indivíduos participem da definição de sua maneira de conduzir a vida, além de dar valor ao encontro entre profissionais e usuários e na luta pelos direitos da cidadania.

5.2 Educação em saúde

Nesse contexto, pode-se considerar a educação em saúde como uma prática positiva que deve se unir aos cuidados de saúde, já que, além de transmitir informações, cria alternativas para aprimorar a prevenção à doença e a promoção da saúde. Porém, a educação em saúde pode se caracterizar por ser um modelo que encoraja e organiza a comunidade, desenvolvendo uma postura que critica, chamada educação radical, ou pode ser focada em mudanças de comportamento, configurando uma prática bancária, normativa e tradicional (GASTALDO, 1997; SOUZA *et al.*, 2005).

A palavra Andragogia surgiu do grego *andra* (adulto) e *agogus* (líder de), tendo como significado “a arte de liderar adultos”. O termo se diferencia da pedagogia, que vem de *paid* (criança) e *agogus* (líder de) ou “a arte de liderar crianças” (AQUINO, 2007).

Segundo Márquez (1998), a Andragogia consiste em uma disciplina educativa que tem como objetivo compreender o adulto partindo de todos os componentes humanos, ou seja, como um ser biológico e social.

A Andragogia começou a ser estudada através de Lindeman (Gatti, 2008, p.14):

[...] Nosso sistema acadêmico se desenvolveu numa ordem inversa: assuntos e professores são os pontos de partida, e os alunos são secundários... O aluno é solicitado a se ajustar a um currículo pré-estabelecido... Grande parte do aprendizado consiste na transferência passiva para o estudante da experiência e conhecimento de outrem.

Por meio de Malcolm Knowles, difundiu-se nos Estados Unidos, durante a segunda metade do século passado, que definiu o termo “andragogia como a arte e a ciência de ajudar os adultos a aprender, em contraste com a pedagogia como a arte e ciência de ensinar crianças”. Mais adiante, reconhece que a andragogia encerra apenas um modelo diferente de princípios da aprendizagem e completa que “muitos dos princípios da andragogia são pertinentes à educação de crianças e de jovens” (KNOWLES, HOLTON III e SWANSON, 2009, p. 43 e 58).

De acordo com Eduard Lindeman, em “The Meaning of Adult Education” (1926), a andragogia construiu-se a partir de, pelo menos cinco pilares básicos, e que, posteriormente, transformaram-se em parte dos fundamentos da moderna teoria de aprendizagem de adulto. São eles:

1. Motivação – característica inerente ao indivíduo amadurecido;
2. Autoconceito – ser com personalidade dependente para um autodirigido;
3. Reservatório de experiência – acumulam experiências e se transformam em uma rica fonte de aprendizagem;
4. Prontidão para aprender- são orientados para tarefas com potencial de desenvolvimento de seus papéis sociais;

5. Perspectiva de tempo- a sua perspectiva temporal muda de uma aplicação posterior do conhecimento para a aplicação imediata, sendo que a orientação do aprendizado desloca seu foco das disciplinas para o problema.

Oliveira (2000, p.27) diz que:

A experiência do aprendiz tem pouco valor como fonte de aprendizagem; a experiência considerada é a do professor, a do livro didático, a do escritor e a dos recursos audiovisuais. Por isso, técnicas de transmissão – leituras, dever de casa etc., são a essência da metodologia pedagógica.(...) Aprendizes têm a orientação de aprendizagem voltada para disciplinas; eles vêem o aprendizado como uma aquisição de conteúdos. Por isso as experiências de aprendizagem são organizadas de acordo com a lógica de conteúdo programático.

O adulto consiste num ser independente, com maturidade, interesses e necessidades; experimenta relações interpessoais, torna-se capaz de realizar críticas e analisar situações, traçar paralelos com as experiências já vivenciadas, refutar ou não as informações obtidas, e buscar, de forma contínua, a educação e o aprendizado através de expectativas de aprimorar suas ações. Diante dessas características faz-se necessário estudar uma metodologia adequada para o processo ensino- aprendizagem dos adultos (NOGUEIRA, 2004; SANTOS, sd.)

Nesta metodologia pedagógica, o professor apresenta o papel de um “facilitador do conhecimento”, não mais de única fonte de transmissão de conhecimento. Transforma-se em um guia, cuja função consiste em orientar e aconselhar o grupo para que as metas sejam atingidas (TEIXEIRA, 2012; ALCALÁ, 2003).

Para facilitar o processo de aprendizado, os objetivos da Andragogia devem ser seguidos: a aquisição de sabedoria prática e que favorecem a reflexão, compreensão e impacto na vida pessoal, profissional, espiritual, comunitária e política pertencentes ao mundo real vivido pelos adultos; o incremento de conhecimentos teóricos e práticos; o aprimoramento das atitudes e comportamentos no processo de realizar ações cada vez mais aperfeiçoadas; modificar costumes antigos e desenvolver a técnica de aprender a aprender, possibilitando a capacidade de se autodesenvolver, melhorar a qualificação, produzir e consumir os bens que a sociedade produz (GRIFFA e MORENO, 2009; PERISSE, 2012).

Desta maneira, pode-se afirmar que o processo de transferência de aprendizagem é definido como a;

Capacidade de um sujeito reinvestir suas aquisições cognitivas no sentido mais amplo em situações novas. Sem o mínimo de transferência toda aprendizagem seria, portanto, totalmente inútil, visto que corresponderia a uma situação passada e não reproduzível em sua singularidade (PERRENOUD, 1999, p.56).

Os adultos apresentam uma vantagem grande por desprenderem mais energia e tempo quando decidem que querem realmente aprender, desde o início dessa aprendizagem. Outra diferença surge da consideração de que os adultos aprendem melhor quando relacionam o aprendizado com os problemas que se lhe deparam ou com a possibilidade de melhorar sua vida. Assim, as experiências de vida dos adultos devem ser incorporadas ao processo educativo (NOGUEIRA, 2004).

Em se considerando as aplicações práticas do modelo andragógico na área da saúde, Mccann e Blosson (1990) fizeram um estudo de revisão sobre a educação de pacientes e concluíram uma melhora significativa no alcance dos objetivos almejados após instituição da metodologia andragógica.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Situação problema

Conforme dito anteriormente, o problema priorizado foi a baixa adesão da população adscrita pela ESF Dona Nazinha às medidas preventivas e de promoção da saúde.

6.2 Objetivos do plano

- Conscientizar as pessoas da área de abrangência sobre a importância de promover a saúde e prevenir agravos e doenças.
- Capacitar os profissionais da equipe de saúde sobre a melhor forma de se trabalhar a educação com os adultos.
- Capacitar os ACSs para uma abordagem de qualidade nas visitas domiciliares.

6.3 Nós críticos

- Falta de conscientização da população sobre promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças.
- Falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre educação do adulto.
- Abordagem equivocada dos agentes de saúde nas visitas domiciliares.

6.4 Operações/projetos

- **Aprender +:** Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da prevenção; Sensibilizar usuários.
- **Despertar:** Aumentar o nível de informação sobre andragogia; Sensibilizar profissionais da saúde.
- **Mudar para melhorar:** Capacitar os agentes para realizarem uma abordagem adequada.

A partir dos recursos metodológicos do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) - método de estimativa rápida participativa, conforme detalhado neste trabalho, foram realizados: desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema (Quadro 1), identificação dos recursos críticos para a intervenção

(Quadro 2), proposta de ações para a motivação dos atores (Quadro 3), análise da viabilidade e o criação do plano operativo (Quadro 4).

Quadro 1 – DESENHO DE OPERAÇÕES PARA OS NÓS CRÍTICOS RELACIONADOS AO PROBLEMA

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de conscientização da população sobre prevenção	Aprender + Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da prevenção; Sensibilizar usuários	População mais informada sobre a importância da prevenção.	Avaliação do nível de informação da população sobre a importância da prevenção; Reuniões com a comunidade mensalmente; Produção de material informativo	Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir espaço para as reuniões e meios de reproduzir cópias do material; Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.
Falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre educação do adulto	Despertar Aumentar o nível de informação sobre andragogia; Sensibilizar profissionais da saúde	Profissionais de saúde interessados e reconhecendo a importância da andragogia	Reuniões mensais; Produção de material informativo	Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir espaço para as reuniões e meios de reproduzir cópias do material; Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.
Abordagem equivocada dos agentes de saúde nas visitas domiciliares	Mudar para melhorar Capacitar os agentes para realizarem uma abordagem adequada	População abordada adequadamente pelos agentes capacitados e aderindo às medidas preventivas	Capacitação dos agentes de saúde; reuniões de reciclagem para manutenção	Organizacional: organização da agenda; Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Político conseguir espaço para as reuniões e meios de reproduzir cópias do material; Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.

Quadro 2 – IDENTIFICAÇÃO DE RECURSOS CRÍTICOS PARA INTERVENÇÃO

Operação / Projeto	Recursos críticos
Aprender +	Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo; Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.
Despertar	Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo; Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.
Mudar para melhorar	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.

Quadro 3 – PROPOSTAS DE AÇÕES PARA A MOTIVAÇÃO DOS ATORES

Operação / Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Aprender +	Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo;	Ator que planeja	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.	Ator que planeja	Favorável	Apresentar o projeto
Despertar	Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo;	Ator que planeja	Favorável	Não é necessária
Despertar	Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.	Ator que planeja	Favorável	Apresentar o projeto
Mudar para melhorar	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;	Ator que planeja	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.;	Ator que planeja	Favorável	Apresentar o projeto

Quadro 4 – PLANO OPERATIVO

Operação / Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aprender +	Despertar a consciência de 30% da comunidade adscrita na ESF D. Nazinha sobre prevenção	Reuniões com a comunidade mensalmente; Produção de material informativo	Agendar as reuniões; Avisar a comunidade; Produzir material informativo	Enfermeiro Agentes Comunitários de Saúde Médica	90 dias
Despertar	Despertar a consciência dos profissionais da ESF D. Nazinha quanto à importância da andragogia	Reuniões com a ESF D. Nazinha mensalmente; Produção de material informativo	Agendar as reuniões; Produzir material informativo	Enfermeiro Medica	90 dias
Mudar para melhorar	Capacitar os agentes de saúde da ESF D. Nazinha para abordagem correta nas visitas domiciliares	Reuniões mensais; Capacitação dos agentes de saúde da ESF D. Nazinha	Produzir material informativo; Capacitar os agentes de saúde Agendar reunião	Enfermeiro Médica	90 dias

Por meio desta proposta de intervenção, espera-se que o macro-problema seja minimizado ou resolvido, levando à diminuição de sequelas dos agravos das doenças crônicas, incapacidades e/ou morte, perda de peso, anemia, aprendizado deficiente, desencadeamento de novas doenças e reduzindo os custos ao serviço de saúde. A proposta é viável.

6.5 Gestão, monitoramento e avaliação

Considerando que um bom gerenciamento é fundamental para o sucesso de um plano de ação (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), os resultados serão monitorados através de reuniões periódicas e avaliados por meio do impacto causado sobre o problema. Para isto serão criados instrumentos pela equipe de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” requer um modelo de atenção integral à saúde, de forma que aconteça a incorporação de ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, continuamente.

Os cuidados integrais incluem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco e o tratamento correto dos enfermos, após instalada a enfermidade.

Ações de promoção e proteção da saúde são elementos essenciais para a reorientação dos novos modelos assistenciais, tornando-se uma estratégia de articulação que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e minimizar os riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem uma melhor qualidade de vida.

Considerando a ampliação do conceito de saúde, para muito mais que ausência de doenças, os discursos sobre a questão de como os indivíduos e grupos devem ser educados para que o grau desejável de saúde seja atingido, tem exigido o surgimento de propostas de mudanças nas formas tradicionais de educação. Deve-se aprofundar e estimular políticas nesse sentido, uma vez que apresentam menor custo para serem implantadas em comparação com os altos gastos com internações, exames propedêuticos e tratamento de doenças já instaladas.

Com certeza, a Andragogia consiste na ferramenta ideal para nos auxiliar a atingir estes objetivos. Para tal, é necessário que as práticas democráticas sejam ampliadas no campo da saúde, viabilizando estratégias que tenham como finalidade garantir que os sujeitos participem na definição do seu modo de seguir a vida. A educação permanente em saúde, associada à outras alterações na estrutura organizacional, pode agir sobre estes conflitos.

O trabalho desenvolvido na unidade de saúde “Dona Nazinha” nos mostra, de uma forma pontual, essa real dificuldade enfrentada por muitos serviços de saúde e sustenta a pertinência de tomar-se, como parâmetro de valor, o posicionamento do

novo modelo de atenção diante do compromisso com a produção de saúde e com a formação de sujeitos reflexivos, autônomos e socialmente solidários.

Acreditamos que a proposta deste trabalho possa contribuir com subsídios para que seja feita uma reflexão sobre a abordagem eficaz da educação em saúde e sobre os obstáculos das abordagens individualizadas.

Temos ciência das barreiras que os profissionais têm enfrentado no dia-a-dia decorrente das condições precárias que o sistema brasileiro oferece. Todavia, é importante a tentativa de superar esses desafios, para que o trabalho se desenvolva de forma diferenciada, promovendo o bem estar completo dos indivíduos.

Fica ainda o desafio de aprimorar essas metodologias à medida que forem implantadas e novos desafios surgirem, mas com a certeza de que medidas estão sendo iniciadas.

Esperamos, assim, contribuir para que as ações em saúde coletiva sejam desenvolvidas, cada vez mais, e que alcancem o objetivo final de ter uma vida digna e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A. prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v.61, n.1, p.117-21, jan/fev 2008.

ALCALÁ, A. A prática andragógica em adultos de idade avançada. In: GOECKS R. **Educação de adultos: uma abordagem andragógica**. 2003. Disponível em: <<http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=1&texto=4>>. Acesso em 12 set 2013.

AQUINO, C. T. E. de. **Como Aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem**. São Paulo: Pearson, 2007.

BERBEL, N. A. N.. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, p.139-154, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento em Saúde. **Planejamento em Saúde**. 2003. Disponível em: < http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/07_03.html#1 > Acesso em 18 de junho de 2013, às 2:40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUSS, P. M.. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.5, n.1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>

BUSS, P. M.. Uma introdução ao conceito de saúde. In: CZERESNIA, D. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

CAMPOS, F. C C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.669-678, jul./set. 2004.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53

FARIA, H.P.; SANTOS, M. A.P.; WERNECK, M. A. F.; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2009.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física**: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.

FERREIRA, A. B. de H.. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4.ed. CURITIBA: Positivo, 2009. 2120p.

GASTALDO, D. É a educação em saúde saudável? **Revista Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.147-168, jan./jul. 1997.

GATTI, P. I. **A andragogia na educação à distância**: uma concepção de ensino utilizada na educação corporativa. 2005. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Informática na Educação - da Universidade Estadual de Londrina. 2005.

GRIFFA, M.C, MORENO, J.E. **Chaves para a psicologia do desenvolvimento - tomo 2: Adolescência, Vida adulta, Velhice**. 4 ed.. São Paulo: Paulinas, 2009.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JOHNSON, C. D.; NOYES, J.; HAINES, A.; THOMAS, K.; STOCKPORT, C.; RIBAS, A. N.; HARRIS, M. Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales. **Global Health**. v.9, p 25, 2013

KNOWLES. M., S.; HOLTON III. E. F.; SWANSON. R. A. **Aprendizagem de resultados**: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa. Rio de Janeiro: Campus, 2009.

LEAVELL, S.; CLARCK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LINDEMAN, E. C. **The meaning of adult education**. New York: New Republic, 1926.

MÁRQUEZ, A. **Andragogía**: propuesta política para una cultura democrática en educación superior. Santo Domingo, República Dominicana, jul. 1998. Disponível em: <http://ofdp_rd.tripod.com/encuentro/ponencias/amarquez.html> Acesso em: 13 seto.2013.

MCCANN D..P., BLOSSOM H.J. The physician as a patient educator – From theory to practice. **West J. Med**. v.153, p. 44-49, 1990.

MENDONÇA, M. H. M. de. Resenha do livro "Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer" (de Joana Azevedo Silva & Ana S. Whitaker Dalmaso, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 240 pp.) **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, 2004.

NOGUEIRA, M. O. G.. **Aprendizagem do aluno adulto**: implicações para a prática docente no ensino superior. Curitiba: Ibpx, 2009.

NOGUEIRA, S. M. A andragogia: que contributos para a prática educativa? **Linhas**, v. 5, n.2, 2004. Disponível em: In <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1226/1039>>. Acesso em 21 de junho de 2013, às 23h.

OLIVEIRA, A. B. de.. **Andragogia - facilitando a aprendizagem**. DF, CNI/Sesi, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Série HSP -UNI/ Manuais Operativos, 1995, vol. 1 (8).

PERES, E. M. A estratégia de saúde da família e sua ajuda na consolidação do SUS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.115-24, jan./mar. 2002.

PERISSE, G. **Andragogia**. Disponível em: <www.correiocidadania.com.br/ed340/cultura.htm>acesso em 13 set.2013

PERRENOUD, P.. **Práticas pedagógicas, profissão docente e formação**. Rio de Janeiro: Editora Dom Quixote, 1999.

RODRIGUES, M. P. *et al.* A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.71-82, jan./fev. 2008.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.23-34, jan./fev. 2008.

SANTOS, C. C. R. **Andragogia**: Aprendendo a ensinar adultos. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:b3Km1h2DW3gJ:scholar.google.com/+Andragogia:+Aprendendo+a+ensinar+adultos.&hl=pt-BR&as_sdt=0>. Acesso em 13set.2013.

SANTOS, L. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.2, p.346-52, abr. 2006.

SARTI, T. D.; CAMPOS, C. E. A.; ZANDONADE, E.; RUSCHI, G. E. C.; MACIEL, E. L. N.. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família / Evaluation of health planning activities by family health teams. **Cad Saude Publica**; v.28, n.3, p.537-548, mar. 2012.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. C.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da

promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, ago, 2005.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, R. L.; FERREIRA, J. H. G.. **Planejamento em Saúde**. v.2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

TEIXEIRA, G. **Andragogia**: A aprendizagem nos adultos. 2012. Disponível em: <<http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=1&texto=5>>. Acesso em: 14set. 2013.