



Online Brazilian Journal of Nursing
E-ISSN: 1676-4285
objn@enf.uff.br
Universidade Federal Fluminense
Brasil

da Silva Santos, Álvaro
Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde
Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 5, núm. 2, 2006, pp. 258-268
Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453972029>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos de Revisão

Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde

Álvaro da Silva Santos

RESUMO

Este artigo aborda a importância da Educação em Saúde enquanto prática social. Assim traz à reflexão *a educação para a saúde e a educação popular em saúde*, apontando suas fases e aspectos necessários à sua efetivação, quais sejam: diagnóstico, implementação e avaliação da prática educativa em saúde.

Descritores: Educação, Saúde, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde.

Refletindo sobre a educação e a saúde como práticas sociais

A tentativa de aproximar duas áreas sociais de extrema importância para a vida da comunidade ressalta a necessidade de um diálogo maduro e contemporâneo sobre as mesmas. A educação ao longo da história mostrou-se de grande importância para o crescimento e desenvolvimento dos povos do planeta. A despeito disto, os próprios países asiáticos como China e Japão, onde a pobreza extrema de poucas décadas atrás desqualificava a vida dos seus cidadãos. Outros exemplos como os atuais países do primeiro mundo: a América do Norte e também a própria Europa que tem na educação de suas populações a fonte de progresso e desenvolvimento humano, muitas vezes relacionando-se à própria condição de saúde.

O fim da educação é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico¹.

Assim colocada, a educação enquanto proposta social não pode ser pensada como a simples transmissão ou passagem de conhecimentos para outrem, e fora da realidade deste. A educação como proposta social deve instrumentalizar indivíduos e comunidades a compreender sua realidade e nesta poder interferir de forma que o seu cotidiano e sua vida, individual, familiar ou social seja digna com a condição de humano e, humano este em sociedade.

Pensar sobre os modelos de ensino-aprendizagem da qual as pessoas são inseridas desde a sua infância, traduz algumas preocupações no tocante a educação para a cidadania. *O quanto será que se aprende de questões até interessantes, mas totalmente desconectados da realidade, onde a aplicabilidade é questionável?* É correto

aprender-se latitude e longitude, nas aulas de geografia. Mas qual é o valor disto, quando nada sobre as condições geográficas do bairro onde o aprendiz mora é comentado?

A educação é presente em todas as sociedades e tem como finalidade precípua construir o ser social. Alguns dos cortes sociais importantes da educação é: a construção da cidadania, do pensamento crítico e do agir reflexivo².

Em outra instância, o papel da educação tem se voltado mais à questão de condicionar os indivíduos a realidades, consideradas por uma minoria como adequadas (mais aos seus propósitos) e traduzidas de forma a serem incorporadas como as mais aceitas por *toda sociedade*, suscitando mais a hegemonia de alguns grupos sobre outros.

Educação do latim quer dizer *educere*, significa extraír, tirar e desenvolver. Os clássicos conceitos de educação respondem, por vezes de forma focal, temporal e intencional a um olhar social. Educação é a ação e efeito de educar, de desenvolver as faculdades físicas, intelectuais e morais do ser humano; disciplinamento, instrução, ensino³. Nesta perspectiva inscreve-se muito mais a aplicação de normas e valores que visam condicionar os educandos aos papéis sociais e culturais pré-estabelecidos, sobretudo em situação escolar, onde a relação pedagógica ensino-aprendizagem só aí possa acontecer: o ensino formal. O ensino formal é apenas uma parte de nossa vida e por vezes este é desintegrado da realidade do aprendiz e de seus interesses, o que pode tornar tal proposta de ensino pouco efetiva.

Vários autores colocam que a educação na verdade ocorre muito mais na realidade do cotidiano das pessoas e na medida dos interesses destas, mesmo sendo infantes, adolescentes e até o próprio adulto. Será que o ensino oferecido pelo branco ao índio é de seu interesse, se considerado e respeitado o repertório cultural de ambos, que são diferentes? O ensino formal

realmente é o mais valorizado e destaca, distancia e diferencia quem o possui do restante da comunidade, transformando-se assim num processo de diferenciação de poderes, entre os que tenham ou não alcançado certo nível de escolaridade. Se acrescermos a isto, as técnicas didáticas mais usadas na educação formal e a possível distância dos conteúdos, esta educação, pode estar esvaziada em si.

Outro destaque é a freqüente tentativa de homogeneização do ensino para grupos, locais, comunidades e épocas que não são homogêneas, numa desarticulação que não valoriza especialmente o contexto cultural.

A educação tem um grande componente sociocultural e daí tem nos símbolos, mitos, valores, normas e códigos a sua essência. O próprio conhecimento não se constitui apenas nas pesquisas científicas e acadêmicas, mas também no laboratório existencial do cotidiano social e comunitário e nas suas relações³.

A educação é um instrumento social que pode favorecer ou não o ser humano. Quando pensada apenas em propósitos como desenvolvimento, produção, crescimento tecnológico, industrialização, em favor mais de empresas, sistema políticos e ao próprio regime capitalista é uma educação instrumental, que imprime todo um modo de vida social em favor de minorias, e que muitas vezes é visto pelos *próprios dominados* como a coisa mais correta e ideal.

Direcionar a paz, ao prazer; a um conhecimento que construa e não destrua; que considere os contextos que os educandos vivam, aproximando-se da realidade destes; que tenha a teoria e a prática como intrínsecos e inseparáveis; que use técnicas didáticas mediadas pela necessidade do que vai ser ensinado, de forma dinâmica e ao mesmo tempo evolutiva; que saiba distinguir e ao mesmo tempo aproximar o conhecimento formal, do conhecimento popu-

lar e comunitário parecem traços da educação contemporânea. Vemos que a responsabilidade da educação enquanto área social é grande e deve perspassar a idéia de ensino formal, para uma educação a busca da cidadania e para uma vida melhor. Destas idéias de educação, parece haver similaridades com o conceito de saúde.

Na medida em que, a inversão epidemiológica que tivemos com a vinda de tecnologias de saúde (antibióticos, por exemplo), a expectativa de vida se ampliou, aumentou-se também o número de agravos não curáveis. Observou-se com o decorrer do tempo que essa proposta de doença-cura era insuficiente para responder a complexidade do fazer em saúde. Era necessário pensar em propostas onde equilíbrio, qualidade de vida, estilos saudáveis de vida, vigilância da saúde e outros fossem a tônica.

Na presença ou não de agravos para se ter saúde é necessário cuidados. Assim, a cura deve ser vista como uma possibilidade, mas não a única. Doentes ou não, os seres humanos precisam de: alimentação, lazer e recreação, acesso ao ensino, condições dignas de habitação, transporte, acesso a serviços de saúde, dentre outros; tudo isto com uma responsabilidade mediada que não é mais só do profissional de saúde, mas também e principalmente dos indivíduos, famílias e comunidades.

Neste novo panorama, a saúde passa a ser a resultante não só da oferta de bens, mas também do equilíbrio destes e acrescido pelo autocuidado dos indivíduos em sua comunidade, mediada por ações intersetoriais de organismos públicos e privados da sociedade.

Carregadas de complexidade, aspectos objetivos e subjetivos, históricos, culturais e sociais, a educação e a saúde, tem a nosso ver uma grande responsabilidade no que tange a busca de cidadania, qualidade e condições de vida da comunidade.

Contextualizando a prática de educação em saúde

De acordo com Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP): “o fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico”¹. Fica claro, várias questões neste conceito: o próprio “educando” (seja indivíduo ou grupos) tendo necessidade de compreender sua realidade e daí em conjunto com outros atores (que neste caso, podem ser os profissionais de saúde), identificar problemas e buscar soluções para os mesmos, além de avaliá-la de forma crítica. Vemos que, a introdução desordenada de conteúdos de saúde (mesmo que interessantes para o profissional), sem a mínima participação do usuário ou seu grupo, além de discussão de aspectos fora da realidade destes, parecem inadequados a este conceito.

Numa outra perspectiva, a educação em saúde como tarefa teórico-prática se caracteriza por “uma relação de aprendizagem em que não existem o *educador* que *ensina* e a *população* que *aprende*, mas sim, um grupo que, por meio do trabalho e reflexão, vai produzindo seu próprio conhecimento, a partir da realidade objetiva sentida. É um processo de construção de um saber coletivo, apontando as possibilidades de intervenção e transformação da realidade”¹. Em outras palavras, embora o profissional de saúde tenha o compromisso de dividir seu conhecimento técnico específico precisa ao mesmo tempo compreender o saber popular, que denota experiências que devem ser levados em conta, e sempre que possível aproveitar tal conhecimento, pois já está lá em uso, a mão. Desta forma, a construção partilhada de conhecimentos (da população e dos profissio-

nais de saúde) deve ser mediada por aí; além da otimização de recursos e outras possibilidades interventivas, que não só a educação em saúde.

O Ministério da Saúde (MS) em medida para o controle de doenças tropicais descreve que a educação em saúde “é uma proposta que tem o sentido de formar o pensamento crítico nas pessoas para reconhecer seus problemas e atuar individual e coletivamente para solucioná-los”⁴. Vemos que uma adequada prática de educação em saúde, passa em primeiro momento por um olhar crítico sobre a realidade e o cotidiano, para daí interpretar-se os problemas que possam interferir na saúde, podendo assim intervir-se de forma a alcançar estados saudáveis de vida. É importante destacar que é necessário que o cliente (individual, grupal, familiar ou coletivo) deva refletir sobre as coisas que acredita, e muitas vezes mediá-las, superá-las, se estas forem nocivas à sua saúde e vida.

Assim, educação em saúde é: “uma ação planejada, que visa criar condições para produzir mudanças comportamentais desejáveis em relação à saúde, as quais permitem por sua vez, garantir uma melhoria das condições de saúde da coletividade”⁴. Tal conceito ainda acresce que, a educação em saúde é um “processo que só tem efeitos duradouros quando conhecimentos e valores são modificados, ou reorientados na direção pretendida”. Até certo ponto, parece óbvio que toda a prática educativa, independente de ser ou não na saúde, busca não só trazer novidades, mas incorporar saberes que traga algum ou outro tipo de mudança nos atores envolvidos. O que vale acrescer aqui, é que entre a realidade de vida deste ator (educando) e do facilitador de aprendizagem (educador) existem halos enormes (diferentes mundos), e que este último em geral tem dificuldades de traduzir, e interpretar a realidade do primeiro. O primeiro vai agir de acordo com suas crenças e realidades, por isto que, por melhor que a prática

educativa em saúde possa ser, ao não se considerar estes aspectos, pode ser uma ação esvaziada em si.

Em outro ângulo educação em saúde “é parte de um processo de seleção, organização e aplicação de conhecimentos e métodos das ciências biomédicas e psicossociais, visando o desenvolvimento, no indivíduo e na sociedade, de sistemas conceituais e de valores que estimulem padrões de vida saudável⁵. A educação em saúde deve ser uma prática perto da realidade da comunidade sim, mas organizada, planejada; além do que, vale-se dos conhecimentos da saúde e das ciências humanas buscando levar aos indivíduos envolvidos o alcance de práticas saudáveis de vida. Santos^{6,7} afirma que as conceituações sobre educação em saúde evidenciam um objetivo comum: a mudança de hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em indivíduos, grupos e coletividade, e que tais mudanças dar-se-iam pela aquisição de novos conhecimentos e pela adoção de atitudes favoráveis à saúde.

Ao se fazer análises mais críticas da produção científica e da própria prática de educação em saúde, verificamos que mudanças vem ocorrendo no cenário sócio-sanitário, influenciados pelos eventos sociais, políticos e até mesmo econômicos, e que direta ou indiretamente interferem na saúde dos indivíduos (por exemplo: a responsabilidade pela saúde e autocuidado que sai da esfera exclusivamente governamental e torna-se também responsabilidade dos indivíduos).

Silva⁸ em pesquisa sobre a produção científica de educação em saúde num estado brasileiro, verificou que existem dois níveis de elaboração nesta área:

- Um primeiro, vinculado a informações sobre autocuidado, chamado Educação para a Saúde;
- Um segundo, ligado a processos de ampliação da participação popular no acesso e gestão de bens e serviços públicos, chamado de

Educação Popular em Saúde.

Com relação à *educação para saúde*, a mesma autora menciona as ações desta como ligadas ao conhecimento necessário para o cuidar do corpo, da vida, do estilo de vida, e outros. Assim, focaliza práticas voltadas às ações programáticas em saúde, como grupos de educação em saúde, dos mais variados tipos (grupo contra hipertensão arterial, contra diabetes, de puericultura e outros); acrescido a isto, as ações de ensino de saúde em ambiente escolar para crianças e adolescentes, voltadas a práticas saudáveis de vida, além de eventos como campanhas, criação e distribuição de cartilhas, comunicação de massa, e outros. Em ambos casos, o sujeito é passivo, a informação e a mudança de hábitos serão os elementos fundamentais. Ao longo da história da área de saúde, esta foi e ainda é a prática educativa mais reproduzida.

Num segundo momento temos a *Educação Popular em Saúde* que se subdivide em dois níveis; o primeiro é a *contrastação da educação e da saúde* como duas importantes áreas sociais a serem articuladas, quer seja na formulação de políticas públicas, quer seja no sentido de acesso, na melhoria do nível de instrução, na equidade das ações, seja de uma área ou de outra; enfim, como duas áreas que devem ser refletidas e amadurecidas pela comunidade, ora em foros separados, guardadas suas especificidades, ora em conjunto, já que são áreas que buscam e proporcionam o bem social, sempre com a possibilidade de parceria entre atores e instituições de interesse (comunidade - técnicos de saúde e ou de educação - instituições sociais) .

Um outro nível deste segundo momento, se diz respeito à *educação popular em saúde propriamente dita*, que pode ser compreendida como “espaço onde as próprias camadas populares refletam criticamente, redirecionam e valorizam de forma coletiva as suas formas de aprender, apreender e explicar os saberes da vida em

sociedade e em família. Para tanto, o saber e poder popular se sobressaem. A presença ou não de agravos a saúde, ou mesmo de riscos a esta, são lidos e interpretados a luz da cotidianidade, de onde os atores sociais provenham, de sua realidade; tudo isto agregados numa proporção de importância similar aos fatos da vida social e individual, que são na sua maioria os geradores de agravos à saúde; outrossim podemos acrescer, que qualidade de vida, auto cuidado, bem estar, felicidade, prazer; num corte contemporâneo de promoção à saúde, são os mais adequados a esta proposta. Com certeza que este segundo momento, não isenta a realização de grupos educativos, voltados a condições de vida, que podem estar associados a elementos nocivos a saúde; mas interpretados na realidade e no cotidiano dos envolvidos e interligados a uma questão maior, que não só a cura ou estabilização de doenças, mas a um viver social, familiar e individual saudável, onde também se eleja a otimização das condições de vida (nas suas mais variadas facetas); enfim, que busquem a melhoria da qualidade de vida como um todo.

Assim colocado, a educação em saúde é uma prática complexa, mas deve ser efetiva; que não busca um fim imediato, mas uma melhora constante e evolutiva nos padrões de vida da população.

Fases da Educação em Saúde:

As práticas de educação em saúde podem ser desenvolvidas tanto de forma individual, como coletiva; no entanto somos mais adeptos a realização desta em grupo, já que a possibilidade de disseminação do conhecimento é maior.

Numa atividade de educação em saúde, o usuário que dele participa, deve procurá-lo por vontade própria, por querer melhorar sua qualidade de vida, pelo resgate de sua cidadania, e ou por benefícios que não só a relação com a si-

tuação doença ou saúde, mas a vida, a felicidade, o prazer, a boa vida em sociedade.

Tal pressuposto pauta-se na idéia de que um grupo educativo deve criar, muito mais uma relação de convivência, como maior fonte pedagógica, do que se preocupar demasiadamente com temas, técnicas de apresentação, e outros aspectos que tornam esta prática uma atividade enfadonha, repetitiva, de afirmação do profissional de saúde que realiza o grupo. Desta forma, as fases apresentadas a seguir devem ser mediadas com a realidade e necessidade local, e mais do que isto, com as demandas específicas daquele grupo em questão, sem engessar práticas, mas ao contrário servir de guia e ou orientação na ação educativa em saúde.

a. *Diagnóstico das ações de educação em saúde:*

A criação de grupos de educação em saúde a nosso ver, deve começar pelo conhecimento do perfil epidemiológico local e da comunidade a ser assistida.

Aspectos como: morbidade, mortalidade, prevalência, incidência, predominância de grupos especiais ou de risco, a presença de situações nocivas à vida, ou mesmo de instituições na região que tragam ou favoreçam agravos à saúde (indústrias, por exemplo), precisam ser considerados.

Outros aspectos como: extensão territorial, recursos sociais e de saúde, nível de escolaridade da comunidade, condições sócio-econômicas da região, condições sanitárias, ocupação da comunidade, aspectos culturais (crenças, valores, mitos, normas, religiões e outros), ansiedades da comunidade, possibilidade de acesso a recursos sócio-sanitários, e muitos outros, devem também ser considerados, além de dados de agências de saúde que direta ou indiretamente tenham a ver com a região.

Uma importante demanda para grupos de educação em saúde, são os voltados ao contro-

le e participação social, que são espaços interlocutores das percepções e ou necessidades da comunidade.

b. Implementação das Ações de Educação em Saúde

Uma vez feito o diagnóstico de necessidades de educação em saúde, e numa perspectiva mais contemporânea baseado nas percepções da comunidade, um grupo educativo deve considerar qual será o público alvo, número de encontros e em que dia e horário, propostas temáticas, tempo de duração por sessão, recursos audiovisuais, e outros.

-*Público Alvo*: mesmo considerando, que por vezes crianças, infantes e até adolescentes, possam participar de grupos educativos, via de regra o maior público dos grupos de educação em saúde são os adultos e os idosos; sobretudo porque ainda, nos serviços de saúde as práticas educativas são direcionadas a indivíduos com agravos à saúde. A par disto, fala-se de educação em saúde para adultos. O adulto tem um *sistema de valores* resultante de suas experiências de vida, seu modo de ver o mundo, suas *percepções e aspirações de vida, sistema de recompensa*. Qual é de fato o benefício que a prática educativa pode trazer⁹? Em outras palavras a ação educativa deve responder às aspirações e objetivos do cliente envolvido. Os adultos podem ser divididos com relação a temperamento em dois grandes grupos: *ciclotípicos* e *esquizotípicos*. No primeiro caso, temos *hipomaníacos* (otimista, entusiasta, propensão à generalidade, pouco objetivo), *sintônicos* (extrovertidos, enérgicos, espírito prático) e *apáticos* (extrovertidos, raciocínio lento), e no segundo caso *hiperestésicos* (introvertidos, dados a razão, voltados a ciências exatas), *intermediários* (reservados, enérgicos e lógicos, podem ser líderes); *astênicos* (introvertidos, raciocínio lento, feitos a tarefas simples)¹⁰. O adulto tem visão mais realista e pragmática da vida, curiosidade universal, impres-

são de infinitas possibilidades, decréscimo de inteligência, compensada por maior capacidade de organização dos conhecimentos adquiridos e resistências às mudanças¹¹. Suas expectativas estão fortemente ligadas à aplicabilidade dos conhecimentos, e isto de forma imediata.

-*Estrutura Grupal*: o termo grupo humano pode ser definido como um conjunto de pessoas, onde existem condições observáveis ou definíveis de relações, exercendo influência mútua e também respondendo a influências externas. É ainda um sistema de interação social, com um mínimo de organização interna. Um grupo educativo deve ter em torno de seis a dez indivíduos, já que este número facilita dinâmicas de grupo e a interação entre os componentes deste. No tocante a duração, cada sessão deve ter aproximadamente 40 minutos, o que é considerado o tempo ideal^{12,13}; já o número de sessões dependerá dos objetivos traçados no planejamento. No tocante aos dias e horários é coerente que esta decisão seja do profissional de saúde com o grupo, propriamente dito. É possível que em grupos onde haja agravos à saúde (sobretudo se forem crônico degenerativas) o número de sessões não pode ser algo muito engessado, até porque a mudança de alguns hábitos e a incorporação de outros, vai se dando de forma relativamente lenta. Santos e cols⁷ baseados em experiência, ressaltam que os grupos podem ser divididos em *básico* (inicial, por volta de cinco sessões, onde o cliente receberá informações gerais e específicas de uma situação, grupo ou fator de risco, ou mesmo de agravos, se for o caso); e de *convivência* (em média de ocorrência mensal, buscando trazer temas diferentes e atualidades, além de permitir a manutenção do vínculo do cliente ao serviço de saúde, facilitando assim, a monitorização da condição de vida e saúde deste). Aspecto de importância é que o grupo não deve ser visto, como aquele que vai resolver todos os problemas de saú-

de da população, mas como mais uma estratégia de intervenção, e por isto deve estar ligada a um elenco de ações em saúde (consultas, exames e outros).

-Características dos profissionais envolvidos nos grupos educativos: os profissionais de saúde devem estar sensibilizados com relação à importância e alcance das ações de educação em saúde; outrossim a responsabilidade e o compromisso com o objetivo traçado devem ser o fio orientador⁶. A nosso ver, o profissional envolvido na prática de educação em saúde deve ter a flexibilidade de aglutinar ao seu conhecimento científico e a atualidades, o cliente – nas decisões ligadas a esta prática. O profissional deve saber que um grupo educativo lida com pessoas de variados comportamentos, vivências e experiências, por isso deve valorizá-los, mas ao mesmo tempo negociando com estes, de forma reflexiva e não persuasiva, na busca de caminhos mais adequados a uma vida saudável, considerando ainda, as possíveis limitações ou características que tal grupo possa ter (nível de escolaridade, religião, idade, capacidade cognitiva, ansiedades, dificuldades e outras). Vale acrescer que, via de regra os profissionais de saúde, além de terem formação curativista e biologicista, tendem ao imediatismo. Qualquer mudança para uma vida mais saudável deve ser valorizada e no seu tempo; porém por vezes, o tempo do cliente é diferente da expectativa do profissional, já que este último provem de mundo e realidades diferentes. Ao mesmo tempo a experiência mostra que uma equipe o mais heterogênea possível (partindo do pressuposto que as diferentes visões se complementam) permite um grupo forte, completo, coeso e que busca responder as mais diferentes necessidades dos indivíduos envolvidos no grupo educativo. Desta forma, em atenção primária podem compor a equipe: enfermeiro, assistente social, nutricionista, odontólogo, médico, fisioterapeuta,

terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo, psicólogo, educador em saúde pública e outros. Por outro lado, na inexistência de uma equipe, a prática educativa em saúde não pode deixar de acontecer. Aspecto tão importante quanto os citados, se diz respeito a capacitação que os profissionais de saúde devem ter para desenvolverem grupos educativos, tais como: conhecimento sobre aprendizagem de grupo, sobre os diferentes comportamentos humanos, a respeito das questões didáticas, aprendizado nos diferentes ciclos de vida, atualidades, entre outros acrescido de vivências do cotidiano em comunidade. Não há capacitação acadêmica e desvinculada da realidade que substitua a vontade, interesse, perseverança, intencionaldade de ver sua comunidade saudável, do que excelentes capacitações, por vezes demoradas, distantes da realidade da região e que mais dificultam do que facilitam a prática do profissional em sua realidade de trabalho. Outrossim, a presença de um líder que responda pela criação até a avaliação do grupo, se faz necessário.

-Recursos necessários à realização dos grupos educativos: a prática educativa em saúde não pode se tornar aulas por aulas, não se busca certificado em um grupo de educação em saúde! Assim sendo, o recurso pode ser muito variável de acordo com as dinâmicas que se pretenda desenvolver; todavia é necessária, uma sala agradável e confortável, com ventilação, luminosidade e cadeiras suficientes, além de cortinas, quadro negro, retroprojetor, projetor de slides e até datashow (quando possíveis e existentes), giz, lápis, canetas, papéis para rascunho e colagens, cola, pincéis, tinta, rádio, gravador, televisão, CDs, e outros. Porém, a falta de alguns materiais deve suscitar a criatividade e a otimização dos recursos da região, onde o serviço de saúde esteja locado. Daí, uma escola, igreja, creche, indústria, ou outro recurso social pode emprestar ou ceder material para o grupo, e até espa-

ço programado para a realização deste, dentro de uma parceria e negociação necessárias a esta prática social.

-Definição de temas e estratégias: os temas podem seguir uma estrutura mínima, que privilegie as necessidades do grupo, mas sempre de forma que o usuário seja participante ativo desta decisão. Parece correto afirmar que num grupo para clientes com hipertensão, deva-se abordar atividade física e uso de medicamentos; mas isto tem que ser mediado com os interesses e expectativas do grupo. Então, o referido grupo apesar de ter sedentariedade, pode ter uma maior ansiedade com relação à dieta. A linguagem a ser usada num grupo educativo é um aspecto importante. O profissional de saúde deve não só conhecer o nível de escolaridade dos clientes, como também termos e linguagem da região, para que as falas deste não sejam inadequadamente interpretadas. O recurso audiovisual, o ambiente e as dinâmicas devem ser cuidadosamente elaborados; mas deixando sempre espaço para situações, perguntas imprevistas, de onde a criatividade, para além da científicidade, pode responder.

c. Avaliação da prática de educação em saúde

A avaliação de ações de educação em saúde, na prática foi pouco realizada, não ficando por vezes claro, o impacto desta intervenção. A avaliação possibilita a detecção de falhas, levando a mudanças corretivas⁷.

Observa-se por uma série de questões (experiências de promoção da saúde, recrudescimento e persistência de certos agravos) o aumento das práticas de educação em saúde. Resta-nos saber: Quais os resultados efetivos alcançados com tais práticas? Se esta não foi tão positiva, o que será que esta por trás? A ação de educação em saúde ocorre entre sujeitos sociais, em diferentes espaços, para indivíduos com diferentes saberes, devendo ocorrer de forma dialógica

e estratégica, de maneira formal e ou informal, com metodologias progressistas e desenvolvida em área pública ou privada¹⁴. Assim, uma ação com alta complexidade. O que também sugere complexidade na avaliação desta.

A avaliação, no sentido lato da palavra é fato presente em nosso cotidiano e é um dispositivo que favorece julgamentos que afirmam ou não as nossas ações. De forma mais científica, há o julgamento se o esforço empreendido teve sucesso e gerou benefícios para os envolvidos.

Pedrosa¹⁴ citando o Center Disease for Control (CDC) em 1999, mostra alguns elementos na avaliação de práticas de saúde, a saber: qualidade, custo e importância da ação para a população. A par disto, tal documento coloca seis passos para a avaliação de práticas de saúde pública, a saber:

1º Passo – Dada a complexidade das ações em saúde pública (e a ação educativa não é diferente) o início se dá pela discussão com os atores envolvidos na intervenção, do que de fato se quer avaliar, e isto pois gestores, profissionais, educadores e os clientes envolvidos em geral tem expectativas diferentes. Uma vez conhecendo tais interesses, faz-se a seleção conjunta com os atores envolvidos, de que aspectos devam ser avaliados;

2º Passo – se diz respeito a situações ou problemas que a educação em saúde pretende resolver. A complexidade e subjetividade de onde a vida provem, seu contexto, e a daí os riscos de agravos a saúde, ou a própria ocorrência destes, pedem um diálogo entre os envolvidos que estabeleçam resultados possíveis e baseados na realidade. Dimensionar os resultados esperados de forma temporal (curto, médio e longo prazo), ter clareza das ações e seus responsáveis, o diagnóstico e o contexto que levou a ação educativa e um desenho lógico que sumarize de forma fácil objetivos, metas, estratégias, efeitos, são importantes aspectos.

3º Passo – Definir propósitos e metodologia avaliativa – o referido propósito orienta a condução da avaliação. Na prática de educação em saúde, temos: gerar inovações na implementação da prática e monitorar os efeitos da intervenção. No tocante a metodologia, tanto os métodos quantitativos, como qualitativos podem ser usados, ou até ambos; no entanto parece que o qualitativo pela natureza do objeto da educação em saúde, se apresenta como mais adequado na compreensão e interpretação dos fenômenos do mundo social.

4º Passo – é o momento onde se olha para o resultados da pesquisa avaliativa e analisa-se a credibilidade dos dados apresentados, comparando-os com outras avaliações, com consulta a experts no assunto, bem como a literatura.

5º Passo – envolve a interpretação e apresentação dos dados da pesquisa avaliativa, ora comparando, sintetizando, interpretando e reinterpretando significados, emitindo pareceres, deixando recomendações. Todos estes aspectos devem ser apresentados e visibilizados aos envolvidos, de forma muito clara para que os julgamentos de valores, possam ser também adequados.

6º Passo – utilização dos resultados levantados pela pesquisa avaliativa. É o momento onde todo o projeto educativo de forma madura, pode mudar e ampliar o seu sucesso.

Santos⁶, em pesquisa sobre educação em saúde, ressalta três possibilidades de avaliação:

- *quanto ao cliente*: mudanças reais em sua vida e saúde, respostas a suas expectativas, compreensão das mensagens a serem passadas;
- *quanto aos profissionais*: desempenho no grupo, necessidade de capacitação, seu nível de satisfação;
- *quanto ao grupo educativo propriamente dito*: técnicas didáticas, número de encontros, carga horária, periodicidade, tamanho do grupo,

nível de aproveitamento coletivo, recursos audiovisuais e ambiente.

CONCLUSÃO

Uma importante aplicação das ações de educação em saúde, embora não a única, são as doenças ou agravos não transmissíveis (DANT's).

Os avanços tecnológicos têm ocasionado melhorias no setor de atendimento à saúde, garantindo o prolongamento da vida; todavia, muitas vezes, sem se atentar para a qualidade dessa vida... Além disso, a mudança de hábitos e estilos de vida também têm colaborado para o aumento da incidência de várias doenças, como as DANT's, inclusive em faixas etárias cada vez mais jovens. As DANT's são motivos de grande preocupação para os profissionais de saúde, tanto por seus aspectos limitantes quanto pelas consequências de seu tratamento, pois acarreta desgaste e sofrimento para a pessoa acometida e para a família¹⁵.

Vemos daí que as práticas de educação em saúde são potencialmente importantes, tanto para melhorar a qualidade de vida da população evitando tais agravos, ou mesmo, estabilizando-os quando presentes, ou ainda, propondo à família enquanto cuidadora, melhores condições de atenção àqueles que desenvolveram complicações decorrentes da DANT's, que é um verdadeiro desafio da atualidade para os serviços e profissionais de saúde, dado a ser limitante, de alto custo de internação, enfim de alto custo social.

Sem a idéia de prescrições sanitárias, este artigo teve antes a intenção de trazer pistas para o sucesso da prática de educação em saúde, enquanto uma prática de impacto coletivo e individual.

O elenco de ações que podem ser entendidas como educação em saúde é grande, e toda oportunidade deve ser aproveitada, no entanto, como já apresentado, esta ação deve ter uma base diagnóstica, uma implementação planejada e uma avaliação do impacto, como uma ati-

vidade importante e cientificamente adequada nas intervenções de atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde (Brasil). Educação em saúde: planejando as ações educativas – teoria e prática. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS. São Paulo: [s.e.]; 1997.
2. Santos AS. Desvendando os caminhos e descaminhos das ações educativas em saúde coletiva e a formação do enfermeiro: recortes para a antropologia e sociologia. São Paulo, 2001. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
3. Brandão CR. O que é educação. São Paulo: Ed. Brasiliense; 1995.
4. Ministério da Saúde. Educação em saúde nas unidades federadas: diretrizes de atuação da Divisão Nacional de Educação em Saúde. Brasília: [s.e.]; 1980.
5. Lescura Y, Mamede MV. Educação em saúde: abordagem para o enfermeiro. São Paulo: Sarvier; 1990.
6. Santos AS. Treinamento e desenvolvimento em ações educativas: uma investigação com profissionais de saúde coletiva. [Dissertação] São Paulo: Faculdade São Camilo; 1996.
7. Santos AS, Marroni D, Souza VD. Participação do enfermeiro num grupo de terceira idade. São Caetano do Sul. Revista de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIABC. [s.d.]; 1(1): 16-20.
8. Silva JO. Educação e saúde: palavras e atos. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2001.
9. Dayal I. Gerencia de treinamento: texto, casos, exercícios de simulação. São Paulo: Edusp; 1974.
10. Carvalho AV. Treinamento de recursos humanos. São Paulo: Pioneira; 1988.
11. Muccielli R. A formação de adultos. São Paulo: Martins Fontes; 1981.
12. Kochar MS, Woods KD. Controle da hipertensão para enfermeiras e demais profissionais da saúde. 2.ed. São Paulo: Andrei; 1990.
13. Steiner G, Lawrence PA. Educando o paciente diabético. São Paulo: Andrei; 1992.
14. Pedrosa JIS. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo, Hucitec, 2001. p. 261-281
15. Kasper GM, Kirchhof A, Colomé C, Trindade L. The labor load in a socioeducative support center - descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing [internet] 2006 [cited Jan 2006] 5(1). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=279>