

A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica

The instrumentalization of health education in the basic attention

La instrumentalización de la educación sanitaria en la atención primaria

Verbena Santos Araújo*

Maria Djair Dias**

Leila Alcina Correia Vaz Bustorff***

Resumo

Contexto: a educação em Saúde contribui para o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, estimula a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. Objetivos: apresentar a atuação dos profissionais de saúde nas ações educativas, e identificar como os mesmos as instrumentalizam. Metodologia: pesquisa de caráter exploratório e quantitativo. Utilizou-se um questionário semiestruturado junto dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro Tambor – Campina Grande/PB. Resultados e discussão: as ações educativas são praticadas numa perspectiva participativa e agregada a multiplicações de informações, os grupos ativos recebem apoio necessário, as informações são bem compreendidas e os instrumentos metodológicos diversificados, colaborando para o seu sucesso. Conclusão: a educação em saúde operacionalizada consegue atingir satisfatoriamente os usuários, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: educação em saúde; promoção da saúde; profissional de saúde.

Abstract

Context: health education contributes to the development of critical awareness and stimulates problem-solving and organization for collective action. Objectives: to present the performance of health professionals in educational actions and to identify how they apply them. Methodology: a quantitative exploratory research. A semi-structured questionnaire was used with health professionals from the Basic Family Health Units in the Tambor neighborhood – Campina Grande/PB district. Results and discussion: The educative actions are conducted in a participatory approach together with information propagation; the active groups receive necessary support; the information is well understood; and the various methodological instruments. These contribute to its success. Conclusion: the health education, once implemented, reaches users satisfactorily and contributes to improve the quality of life of the population.

Keywords: education in health; health promotion; health professionals

* Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB [verbena.bio.enf@hotmail.com].

** Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem [mariadjair@yahoo.com.br].

*** Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB [leila_bustorff@yahoo.com].

Resumen

Contexto: la Educación Sanitaria contribuye al desarrollo de la conciencia crítica de las personas, alienta la búsqueda de soluciones y la organización hacia la acción colectiva. Objetivos: dar a conocer el desempeño de los profesionales de la salud en las actividades educativas e identificar cómo estos las instrumentalizan. Metodología: investigación exploratoria y cuantitativa. Se hizo un cuestionario semiestructurado a los profesionales de la salud de las Unidades Primarias de Salud de la Familia del barrio de Tambor. – Campina Grande/PB. Resultados y discusión: las actividades educativas se realizan desde un enfoque participativo y agregado al crecimiento de la información, los grupos activos reciben un apoyo necesario, la información es correctamente entendida y los instrumentos metodológicos contribuyen a su éxito. Conclusión: la educación sanitaria establecida puede satisfactoriamente alcanzar a los usuarios, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida de la población.

Palabras clave: educación; promoción de la salud; profesional de la salud

Recebido para publicação em: 03.04.11

Aceite para publicação em: 14.10.11

Introdução

A Promoção da Saúde é um tema que se encontra bastante discutido mundialmente, pois aborda como estratégia internacional, a melhoria das condições de saúde da população, preocupação relevante em todas as esferas governamentais. No nosso país, este tema é recente e representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a nossa população. Tais problemas estão associados a um conjunto de fatores inter-relacionados com as questões socioeconômicas, ambientais, culturais e um espectro, muitas vezes pouco adequado, de cuidados de saúde, além da solidariedade, equidade, participação e parceria, muitas vezes comprometidas. Dentro dessa temática, a Educação em Saúde torna-se elo primordial para minimizar esses efeitos drásticos de repercussão mundial, trazendo a sua contribuição direta para a promoção da saúde e a melhoria na qualidade de vida. Porém, nota-se que as discussões, na área da educação, em saúde têm se prendido, geralmente, ao nível filosófico, a ponto desta problemática ter sido denominada, na literatura especializada, de “falácia filosófica”. Ou seja, fala-se muito em Educação em Saúde, no entanto pouco se faz. Nesse sentido, tem sido complexa para a educação em saúde a transição dos discursos vazios para abordagens técnicas e aplicações práticas mais coerentes (Candeias, 1984).

Partindo do princípio que há, na atual conjuntura, uma enorme necessidade da promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida, tem-se notado a crescente preocupação dos profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família, na realização de ações que contribuam nesse aspecto, proporcionando meios de educação em saúde para os usuários. Sabendo que os profissionais da enfermagem atuam diretamente neste âmbito, incorporando o papel de educador da saúde frente à assistência aos usuários, prestando sua parcela de contribuição nesse sentido, torna-se primordial, também, a ajuda de outros profissionais na execução da Educação em Saúde como prática social. Segundo Sabóia e Valente (2010) todo o trabalho educativo visa mudanças de hábitos da clientela através da informação. Na visão conservadora, educar em saúde é levar as pessoas a compreenderem as soluções que os profissionais consideram corretas. Neste sentido, o processo de contribuição para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas

estimula a busca de soluções e a organização para a ação coletiva, desmistificando essa visão conservadora tão discrepante da realidade e indubitavelmente equivocada do processo ensino-aprendizagem. Então, é de suma importância que toda a equipe esteja envolvida em ações educativas, consciente de que educar em saúde é uma proposta de trabalho passível de erros, mas com grandes chances de dar certo e a partir daí, construir novas perspectivas para os seus usuários, estimulando a busca de soluções para os problemas diagnosticados, a partir da sua própria visão de mundo e considerando o senso comum.

Buscando identificar as necessidades da população no tocante ao tema proposto, optou-se por identificar as ações de educação em saúde, desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família do bairro do Tambor, na cidade de Campina Grande – PB, visando analisá-las, a fim de propor novas alternativas de instrumentalização dessas práticas, para melhorar ainda mais o processo de desenvolvimento social instituído na unidade, além de contribuir significativamente com subsídios para futuras reflexões a respeito das práticas realizadas pelos profissionais da saúde, bem como sua relevância para a melhoria da qualidade de vida da nossa população.

Sendo assim, traçou-se os objetivos: identificar e analisar as ações de educação em saúde, aplicadas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família, nas equipes I e II do bairro Tambor, na cidade de Campina Grande – PB, ressaltando os conceitos e valores da educação em saúde para a sua promoção e prevenção; identificar as ações efetivas de educação desenvolvidas e apresentar a importância da atuação dos profissionais de saúde neste contexto, para a promoção da saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, cujo *locus* do estudo foram as Unidades de Saúde da Família Tambor I e II, situadas na zona urbana de Campina Grande - PB. Os critérios de inclusão que nortearam este estudo foram: fazer parte da equipe de saúde das unidades de estudo, aceitação dos profissionais de saúde em participarem da pesquisa e trabalhar na perspectiva de educação em saúde.

Para subsidiar a sua viabilização, utilizou-se como instrumento o questionário do tipo semiaberto e semiestruturado, impresso em folha de papel tamanho A4 com face única, voltado para a percepção dos profissionais sobre o tema educação em saúde, o mesmo foi estruturado a partir de questões objetivas e subjetivas, as quais foram produzidas dentro de uma sequência lógica e previamente codificada contendo na primeira parte, a identificação do perfil dos profissionais, cujas variáveis foram: sexo; faixa etária; profissão e unidade de saúde da família de atuação; e na segunda parte da pesquisa a efetivação das ações de educação operacionalizadas nas referidas unidades, e as variáveis exploradas foram: operacionalização/instrumentalização, dificuldade, transmissibilidade/compreensibilidade.

A pesquisa seguiu as orientações éticas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, onde esclarece que, para a prática da pesquisa científica envolvendo seres humanos torna-se necessário observar os princípios de ética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Objetivando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Ainda sob orientação da referida resolução, a pesquisa utilizou o consentimento livre e esclarecido, pois o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Para complementar o processo de coleta e análise dos dados, realizaram-se visitas ao campo, tendo como suporte o diário de campo, complementando o questionário, proporcionando ao estudo agregado de pessoas e de grupos pesquisados um maior detalhamento a respeito do seu contexto social quanto ao funcionamento das unidades, ambiente físico, cronograma da equipe e famílias de abrangências.

Na sequência, operacionalizou-se a análise quantitativa das respostas obtidas, a fim de identificar e caracterizar a instrumentalização das ações de Educação em Saúde, efetivamente, realizadas. Após a coleta e a análise dos dados apresentados, os mesmos foram informatizados numa planilha eletrônica do *Microsoft Excel* e representados através da análise das alternativas propostas para cada indicador, isoladamente, com os respectivos comentários pertinentes.

Resultados e discussão

No primeiro momento do questionário, buscou-se caracterizar cada um dos profissionais atuantes nas unidades escolhidas, que se prontificaram a responder as indagações, salvaguardando a sua identidade e traçando o seu perfil, de acordo com o seu gênero, profissão e faixa etária, respectivamente.

Os dados obtidos revelaram que a maioria dos profissionais pesquisados é do gênero feminino, perfazendo um total bastante significativo de 94,44% da amostra, somando 17 participantes e apenas 1 do gênero masculino, observando-se, então, que o universo masculino na atenção básica é muito restrito mediante a média dos outros níveis de atenção existentes.

Em relação aos dados que especificam as profissões que os entrevistados exercem nas unidades pesquisadas, coletamos os dados de que 1 é médico, 2 são enfermeiros, 1 é odontólogo, 2 são auxiliares de consultório dentário, 2 são técnicos de enfermagem, 1 é recepcionista, e os outros 8 entrevistados são Agentes Comunitários de Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde da Família analisadas contam com as equipes mínimas necessárias, ou seja, um número satisfatório de profissionais para o seu funcionamento, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em sua portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2005).

Vale a pena ressaltar a importância de uma equipe multiprofissional trabalhando de forma colaborativa e interdisciplinar, em busca do mesmo ideal, que é a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da coletividade, como verificado nas unidades de estudo, que de uma forma integrativa e aliada a participação dos seus usuários, conseguem manter uma assistência básica de qualidade cumprindo o seu papel tanto na unidade de saúde, quanto no domicílio, estabelecendo o vínculo de corresponsabilidade com as famílias.

A pesquisa revelou que a idade do profissional médico está na faixa entre 32 e 40 anos, no caso dos odontólogos está entre 30 e 38 anos, enfermeiros entre 30 e 34 anos, Auxiliar de Consultório Dentário entre 35 e 38 anos, Agente Comunitário de Saúde entre 26 e 53 anos, técnico de enfermagem entre 24 e 30 anos e recepcionistas entre 28 e 40 anos.

Temos uma população mista, com profissionais mais jovens trabalhando diretamente com pessoas mais maduras de forma integrativa e ativa, o que resulta num panorama de troca de experiências e confiança entre todos os que fazem parte dessas unidades.

No segundo momento do questionário, direcionamos aos profissionais, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família estudadas, indagações sobre as práticas realizadas pelos mesmos e os instrumentos que facilitam suas ações em relação à Educação em Saúde.

De acordo com Araújo (2010), a educação em saúde pode e deve ser encarada como uma estratégia de promoção da saúde num processo de conscientização coletiva e individual de direitos voltados à saúde e responsabilidades, visando estimular ações que atendam aos princípios do Serviço Único de Saúde

(SUS). A partir desse enfoque, Catrib *et al.* (2003) afirmam ser de extrema importância eger estratégias didáticas condizentes com uma transformação dos sujeitos socialmente inseridos no mundo, para ampliar sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável.

Sendo assim, os resultados obtidos revelaram a efetivação das ações de educação operacionalizadas nas referidas unidades, e as variáveis exploradas foram: operacionalização, instrumentalização, dificuldade, transmissibilidade, compreensibilidade.

O gráfico 1 revela um panorama real situacional de operacionalização das ações de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família do Bairro do Tambor, em Campina Grande, destacando os principais grupos atendidos pelas ações executadas e sua abrangência específica.

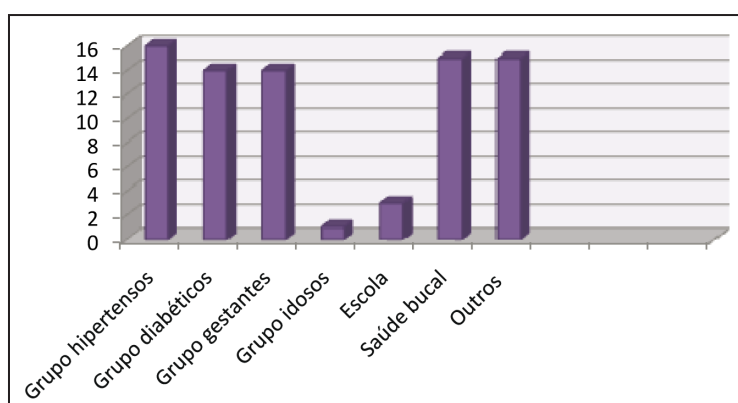


GRÁFICO 1 – Grupos Beneficiados com as Ações Educativas.

Ao analisar o gráfico 1 nota-se que as ações de educação em saúde não são ações direcionadas apenas para um grupo específico, elas podem atingir vários grupos ao mesmo tempo ou estarem associadas, ou seja, numa unidade básica de saúde da família, várias ações podem ocorrer simultaneamente, já que temos uma gama de profissionais trabalhando num mesmo objetivo. Encontramos resultados bastante satisfatórios em praticamente todos os itens pesquisados, o que demonstra que essas ações educativas estão sendo operacionalizadas nas Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro do Tambor de forma satisfatória, como observado no gráfico 1.

Nesta análise, a maioria dos usuários das Unidades Básicas de Saúde da Família pesquisadas, participantes de grupos pré-formados ou de forma isolada, estão sendo bem assistidos nesse sentido, onde quase 89%

das ações de educação são realizadas no grupo de hipertensos associados a um pouco menos de 78% no grupo de diabéticos, o mesmo percentual no grupo de gestantes, mais de 16% nas escolas de sua abrangência, mais de 83% em saúde bucal, embora ainda haja falhas no tocante à realização de ações nos grupos de idosos, uma vez que foi constatado que este grupo não está sendo tão beneficiado com ações de educação quanto os outros grupos em questão, pois apenas um pouco mais de 5% das ações de educação em saúde são direcionadas para esse grupo em especial.

Porém, vale salientar que boa parte dos usuários acometidos por doenças como diabetes e hipertensão fazem parte da terceira idade, ou seja, está acima dos 65 anos de idade, o que remete ao facto de não haver um grupo específico dessa faixa etária, visto que já são

realizadas ações de educação para portadores dessas doenças, de uma forma geral, o que compromete a realização de outras manifestações educativas direcionadas para a parcela da população idosa atendida nas unidades avaliadas.

Diante do atual perfil da população brasileira, onde a expectativa de vida está aumentando de forma exponencial, não se admite a exclusão de grupos de idosos das ações de educação em saúde, ou a sua participação em escala mínima, praticamente inexistente, uma vez que essa etapa de vida está cada vez mais próxima das pessoas e elas devem ser tratadas de forma igualitária, sem haver qualquer tipo de discriminação ou exclusão. Portanto, torna-se necessário que as Unidades Básicas de Saúde da Família tomem consciência da existência desses usuários, intensificando a busca ativa para que comecem a trabalhar de forma mais consistente com os mesmos as questões de saúde, inerentes à terceira idade, pois muitos podem estar necessitando de um apoio neste sentido, o que irá melhorar sua condição de saúde e promovê-la.

Além disso, vale salientar que envelhecer não é mais sinônimo de adoecer, atualmente há subsídios para a melhoria na qualidade de vida desses usuários, que podem adentrar a terceira idade de forma saudável, e não cheios de doenças típicas, sendo assim, eles necessitam de um apoio mais intensificado para que possam chegar a esta etapa de vida da melhor forma possível.

Segundo *Brunner e Suddarth* (2005), envelhecimento é uma ocorrência normal que engloba todas as experiências de vida, então, o cuidado e as preocupações com os idosos não podem ser limitados a uma única disciplina ou profissional, porém são mais bem fornecidos através de um esforço de cooperação. Neste sentido, os profissionais de saúde deverão ser desafiados a idealizar estratégias que abordem a maior prevalência da doença dentro da população idosa.

Observa-se ainda que os grupos trabalhados são previamente formados, levando-se em consideração as patologias mais frequentes na população e todas as estratégias de educação em saúde são baseadas nessas condições, o que restringe muito a abrangência das informações. A Educação em Saúde é um subsídio eficaz para que as pessoas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e assim criarem condições para se apropriarem de sua

própria existência, portanto não deve ser exclusiva ou limitante, no que se refere à formação de grupos mistos ou novos grupos de interesse geral.

A atenção universal, equânime e integral à saúde traz implícita, em sua concepção básica, um significado muito mais profundo que a simples reorganização e manutenção da rede de serviços de saúde. A melhoria na qualidade dos serviços prestados aos usuários do sistema de saúde, a democratização do conhecimento, a utilização de recursos humanos não especializados e de tecnologia simplificada e a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a serem implementadas são ideias norteadoras da nova filosofia sanitária brasileira, expressas por meio das ações de Educação em Saúde (*Levy et. al*, 2004).

No que se refere a outros tipos de ações educativas, foram citadas ações direcionadas para a saúde mental, num total de um pouco mais de 22%, planejamento familiar com mais de 16% das ações implementadas e finalmente um pouco mais de 22% das ações educativas direcionadas para a saúde da criança, além de outras ações não identificadas pelos profissionais questionados, totalizando mais de 83% do total.

Entretanto, vale destacar que a conscientização do profissional quanto ao seu dever de informar e educar os usuários através de seus conhecimentos é uma realidade nesses postos de atendimento e a partir do momento que tais informações são repassadas de forma correta, obtemos resultados benéficos nesse sentido. A Organização Mundial de Saúde recomenda que o educador de saúde passe a ser aluno e facilitador e os membros da comunidade sejam professores e também alunos. Fazendo com que haja uma troca de experiências e ensinamentos entre os profissionais de saúde e a comunidade e entre os próprios usuários, que chegam a ser mediadores e contribuintes reais das ações de educação (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

Sendo assim, todos os grupos interessados em trabalhar com ações educativas, como no caso dos profissionais da área de saúde, podem e devem contribuir para mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existente na sociedade. Sabe-se que a Educação em Saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos

entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde (Levy *et al.*, 2000).

Araújo (2010) afirma que as ações educativas proporcionam aos profissionais de saúde um espaço de descobertas, partilha de experiências, escuta e diálogo, que fortalecem o vínculo entre eles e os idosos, e provocam um *feedback* positivo, além de facilitar no mecanismo de ensino-aprendizagem. Essa troca de informações ajudará na identificação e análise crítica dos problemas que permeiam a vida dos usuários e na elaboração de estratégias de ação em busca da melhoria da sua qualidade de vida.

A seguir, o gráfico 2 indica quais os instrumentos mais utilizados pelos profissionais atuantes nas duas Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro do Tambor em Campina Grande, na execução das ações de educação em saúde operacionalizadas pelos mesmos, para melhorar a qualidade da explanação do conteúdo abordado e facilitar a compreensão dos usuários e, conseqüentemente, contribuir para uma melhor absorção do conteúdo trabalhado, beneficiando os seus ouvintes no sentido de colaborar para a melhoria da sua qualidade de vida, prevenção de doenças e promoção da saúde da população.

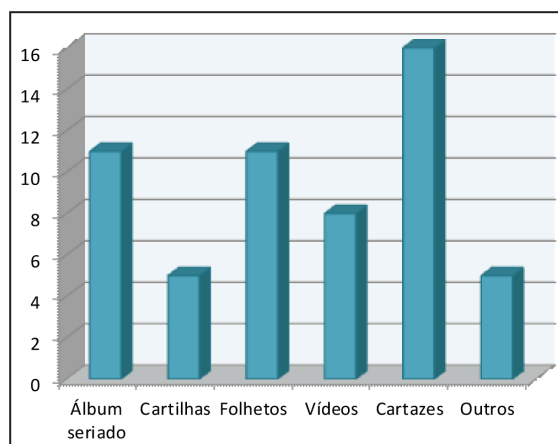


GRÁFICO 2 – Instrumentos Utilizados Pelos Profissionais em Estudo para execução das ações de educação em saúde: operacionalização/ instrumentalização.

No tocante aos instrumentos utilizados para a disseminação das informações de educação em saúde, utilizados nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas, observamos a diversidade de itens citados, apesar de entendermos que outras alternativas também podem ser viáveis para a execução de trabalhos dessa natureza.

No gráfico 2, observa-se que a maioria das ações de educação é mediada pelos profissionais de saúde, cuja instrumentalização se dá através de recursos áudio visuais que facilitam a compreensão do assunto abordado pela plateia, além de contribuir para o esclarecimento de dúvidas, tais como: cartazes, com quase 89%, seguido de folhetos educativos com um pouco mais de 61% e álbum seriado com o mesmo percentual, vídeos didáticos com mais de 44%, cartilhas com quase 30% e outras formas de instrumentalização, como debates e conversas

individuais ou coletivas e ainda dinâmicas recreativas, com quase 28% da preferência dos profissionais questionados para disseminação de informações. Vale salientar que numa mesma ação educativa, vários instrumentos podem estar envolvidos o que justifica as altas porcentagens de escolha para várias formas de instrumentalização.

Muitas pessoas acreditam, erroneamente, que programas de Educação em Saúde se limitam apenas à produção e distribuição de material escrito e de audiovisuais mas não podemos nos deter a esse julgamento, pois como bons profissionais de saúde, devemos buscar novas alternativas de instrumentalização, para melhorar ainda mais o nosso trabalho em educação (Rice e Candeias, 1989).

Os mesmos autores ainda corroboram ao afirmarem que as discussões Técnicas da Organização Pan-Americana da Saúde referem a necessidade de aceitar

novos enfoques e de propor novas estratégias para integrar a educação e a participação comunitária nas atividades assistenciais primárias em saúde. Além disso, mostram a necessidade de mudanças e de ajustamento nas estruturas vigentes dos serviços de saúde, recorrendo ao raciocínio político que fundamenta teórica e praticamente a participação comunitária.

A educação em saúde pode e deve ser executada em qualquer ambiente como enfermarias, consultórios, salas de aula, grupo terapêutico, unidades de saúde, salas de espera e outros, desde que haja um propósito e ambiente propício (Silva, 2005).

Para a realização de ações importantes de educação em saúde não é necessariamente obrigatório o uso de vídeos e de outros materiais sofisticados de multimídia ou metodológicos. Se estes não estão disponíveis, a troca de ideias poderá ser enfatizada a partir da utilização de gravuras, recortes de jornal ou revista, materiais acessíveis na rotina de atendimento (por exemplo, o instrumental para exame ginecológico), a seringa de insulina e acessórios e amostra de cada contraceptivo disponível na unidade. O uso de materiais da própria unidade podem ser recursos

didáticos de ótima valia, pois o que mais vale nesse tipo de estratégia é a criatividade que envolve as ações propostas e o envolvimento do provedor com o seu público-alvo, desencadeando fatores determinantes no sucesso das atividades de educação em saúde.

Então, apresentar as ações educativas constituídas por estes profissionais é de suma importância, já que o processo de educação perpassa os muros das unidades de saúde, atinge as casas dos usuários e de toda uma população interessada sobre os assuntos abordados em cada ação realizada. Isso proporciona um intercâmbio de informações úteis para cada indivíduo interessado, produzindo um ciclo vicioso saudável.

O gráfico 3 retrata as principais dificuldades encontradas pelos profissionais atuantes das Unidades Básicas de Saúde da Família I e II do bairro do Tambor em Campina Grande, na implementação das ações de educação em saúde e consequentemente na sua execução, limitando o desenvolvimento de novas metodologias ou de novas ações educativas, que poderiam ser bastante úteis na questão da prevenção das patologias e promoção da saúde da população.

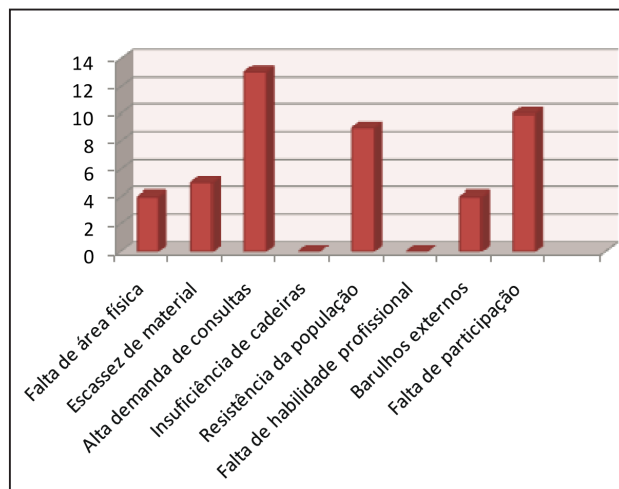


GRÁFICO 3 – Principais dificuldades encontradas pelos Profissionais de Saúde, na Implementação das Práticas Educativas.

Sabe-se que educar não é uma tarefa fácil, pois perpassa a questão da transmissão do conhecimento apenas como disseminação de informações, propondo mudança de atitude, muitas vezes já incorporada aos hábitos das pessoas, requerendo com isso um trabalho incessante e convincente, com as mínimas

condições de execução. Porém, nota-se que existem alguns empecilhos para que esse trabalho flua de forma eficaz, como observado no gráfico 3, onde os profissionais apontam inúmeras dificuldades em relação a esse tópico.

Observou-se que a ausência de uma área física adequada para a realização das ações compromete, de forma direta, a execução eficaz das mesmas, isso associado a escassez de material de apoio, contribui ainda mais negativamente nesse sentido, evidenciando portanto a necessidade de investimentos na infraestrutura, para tornar esse ambiente mais agradável, atrativo e adequado para as atividades junto à comunidade.

Araújo (2010) reitera essa afirmação quando nos mostra que dentre as diversas possibilidades de se executar ações educativas, a sala de espera é um dos locais propícios a execução das mesmas, onde se torna possível abranger um bom número de usuários ao mesmo tempo, prontos e ansiosos para receber um bom atendimento. Na Estratégia Saúde da Família, transformar locais antes não utilizados para tal finalidade, como a sala de espera por exemplo, em espaço de estreitamento das relações e diálogo entre o idoso e o educador em saúde é de suma importância, já que representa um local de aconchego, partilha e conversa para os usuários, onde se pode estimular a humanização do atendimento, proporcionar um ambiente de acolhimento, principalmente aos idosos e familiares que utilizam os serviços de saúde.

Assim, a prática educativa pode existir em todas as relações que envolvam saúde, sejam elas terapêuticas ou preventivas, individuais ou grupais, intencionais ou não intencionais, independente de onde aconteçam, na sala de espera, no consultório, em rodas de conversa ou em grupos direcionados.

Outra dificuldade de grande relevância é a falta de participação da população e a falta de interesse devido a outras prioridades como a busca pelo atendimento apenas curativo, que ainda se encontra embutido na cabeça das pessoas, como sendo a forma mais eficaz de promoção da saúde, o que provoca uma resistência dos mesmos à participação nas ações de educação, contribuindo para ineficiência do processo. Necessitando, assim, estimular ainda mais a participação de todos e as divulgações das ações, buscando, desta forma, maior frequência às atividades propostas.

Vale salientar que a alta demanda de atendimentos nas unidades provoca barulhos externos que dificultam a escuta das informações e dispersa a atenção do grupo, uma vez que essas ações acontecem de forma conjunta com outras ações de caráter curativo ou atendimentos individuais.

Porém, é importante destacar que, apesar de todas as

dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde no tocante à realização de práticas educativas, não houve nenhum desapontamento em relação à quantidade de cadeiras disponibilizadas pela prefeitura municipal, não sendo empecilho para a execução das mesmas, além de se notar que os questionados se sentem aptos a executar tais tarefas, negando a falta de habilidade por parte dos profissionais para o trabalho em grupo, relevando timidez e inibição para o desenvolvimento dessas tarefas.

Bustorff *et al.* (2011) acrescentam que para que a Educação em Saúde se torne uma prática regular é necessário o investimento na infraestrutura, na qualificação e simplificação dos materiais didáticos, estímulos à participação da comunidade, por meio de veículos de massa, como também pela atuação do agente de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) e principalmente a qualificação do educador, por treinamento desse profissional, bem como todos os integrantes da Unidade de Saúde. Percebe-se, assim, que o uso judicioso da educação em saúde provê subsídios adequados para atuar diretamente junto da população, incentivando uma nova postura frente ao autocuidado, promovendo melhorias significativas na qualidade de vida das pessoas, utilizando o Programa de Saúde da Família, como local singular para a efetivação dessas práticas.

Incorporando esse raciocínio, onde as dificuldades são iminentes e se transfiguram nas insatisfações dos profissionais de saúde, a instrumentalização metodológica da educação em saúde na Estratégia Saúde da Família torna-se um ponto de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida da população. É, certamente, um desafio constante para a equipe de educadores em saúde, pois precisa ser atrativa, diferenciada e prender a atenção dos usuários sobre a temática exposta. Cabe ao profissional de saúde, engajado nessa perspectiva, detectar as principais necessidades da sua população idosa e traçar objetivos, determinando o tema a ser trabalhado, o material a ser utilizado como insumo e os mecanismos metodológicos para a sua viabilização. A seguir, o gráfico 4 avalia sob a ótica dos profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família I e II do bairro do Tambor em Campina Grande, o nível de compreensão dos assuntos abordados nas ações de educação em saúde operacionalizadas, para que se trace o desempenho desses colaboradores na questão da transmissibilidade ideal, que deve permear toda e

qualquer explanação, para que os ouvintes consigam captar as ideias principais a serem inferidas e repassá-las da forma correta para outros indivíduos, proporcionando a multiplicação das informações, que

devem sair do local específico da execução da ação e chegar até as casas das pessoas e, conseqüentemente, nas suas vidas, contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade de vida.

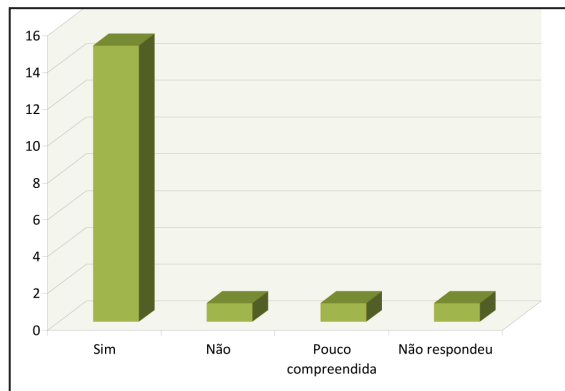


GRÁFICO 4 – Percepção dos Profissionais entrevistados acerca da Compreensão Adequadas das Informações Transmitidas nas Práticas Educativas: Compreensibilidade/transmissibilidades.

Quanto à compreensão adequada das informações transmitidas pelos profissionais de saúde, pela população atendida, realizadas a partir das atividades educativas executadas nas Unidades Básicas de Saúde da Família, notamos que a maioria, 15 dos abordados, acredita que sim, a população compreende corretamente as informações passadas através das ações educativas, não citando nenhum fator que leve à falta de entendimento. Enquanto, apenas um profissional refere que não há uma boa compreensão dos usuários às informações passadas nas ações de Educação em Saúde.

Já para um dos entrevistados, as informações são pouco compreendidas pelos indivíduos participantes das atividades educativas, o que dificulta a aprendizagem e absorção das informações repassadas, repercutindo de forma direta nas suas ações cotidianas em relação à promoção da sua própria saúde, não obstante, o restante dos entrevistados, ou seja, um único participante não se manifestou em relação a este item pesquisado.

Diante desse panorama, cabe aos profissionais de saúde, minimizar esses efeitos para que se obtenham resultados satisfatórios neste sentido, uma vez que a transmissão da informação de forma a ser bem compreendida é importantíssima para que as questões repassadas possam ser seguidas da forma correta e apresentarem efeitos positivos de *feedback*, proporcionando uma maior interação entre os profissionais de saúde e a coletividade.

Reiterando a posição da educação em saúde como mecanismo de troca e parcerias, Levy *et al.* (2004), remetem ao facto de que a veiculação de qualquer conteúdo educativo dá-se mediante a comunicação, esta por sua vez caracteriza-se como um processo de troca de mensagens entre duas ou mais pessoas envolvidas no processo. Neste sentido, independentemente da forma como se processe a ação educativa, seja ela individualmente ou em grupos, necessita-se, portanto, de um transmissor ou emissor e de pelo menos um receptor para que a comunicação se efetive, ou seja, ela deve acontecer visando um determinado destinatário ou público, num processo que ocorre através de um meio, denominado canal e esse meio deve ter duas vias, uma para levar a informação e ser recebida de maneira eficiente e outra para trazer a informação do usuário, resultante das suas experiências de vida.

Para que a Educação em Saúde se torne bem-sucedida e tenha uma repercussão satisfatória, atingindo todos os objetivos, precisa-se contar com técnicos altamente qualificados, através de treinamentos de educação continuada, que possam garantir a implementação das melhores soluções e procedimentos possíveis, para que sejam orientados, também outros profissionais da saúde quanto às ações mais eficazes e com maior probabilidade de êxito.

Enfim, sabemos que há necessidade imediata de treinamento dos indivíduos envolvidos na prática

da educação em saúde, principalmente em relação às metodologias utilizadas para o planejamento, educação e comunicação, implementação, supervisão, administração, acompanhamento e avaliação, já que são etapas imprescindíveis no processo educativo e que não podem conter falhas, senão corre o risco de não satisfazer as necessidades imediatas propostas no início do trabalho, contribuindo de forma direta para a ineficiência do processo.

Também é necessário saber aplicar essas técnicas e metodologias, adaptando-as a cada grupo trabalhado e trabalhando-as de acordo com as peculiaridades do ambiente, para que possam ser melhores compreendidas pela população alvo e, consequentemente, trazendo resultados mais satisfatórios para a melhoria da qualidade de vida dos usuários envolvidos no processo e maior satisfação dos profissionais executantes.

Conclusão

No âmbito da atenção básica, as ações de educação em saúde são utilizadas como ferramentas essenciais para incentivar os usuários a readquirirem a sua autoestima e o autocuidado, a partir de reflexões que levem à mudança de comportamento. A Educação em Saúde reflete-se como uma estratégia promissora na conscientização e participação social, como meio para se atingir os fins de promoção da saúde numa visão geral e não apenas na prevenção ou meramente na cura das enfermidades, baseando-se na confiança entre o profissional de saúde que atende e o usuário que é atendido.

Dentro do que foi exposto, acreditamos que a Estratégia de Saúde da Família oferece uma excelente oportunidade para o desenvolvimento de atividades dentro dessa perspectiva, a fim de proporcionar às pessoas uma forma de vida mais saudável, juntando esforços no sentido de se atingir o potencial máximo da saúde da população.

A análise criteriosa dos dados captados respondeu aos objetivos traçados para a execução desse trabalho: identificar e analisar as ações de educação em saúde, aplicadas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro Tambor, ressaltando os conceitos e valores da educação em saúde para a sua promoção e prevenção; identificar as ações efetivas de educação desenvolvidas e apresentar a

importância da atuação dos profissionais de saúde neste contexto, para a promoção da saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população, pois permitiram conhecer um pouco mais sobre a prática educativa voltada para a comunidade, inerentes ao processo de trabalho dos profissionais envolvidos nesse estudo, retratando a situação real dessa prática na Estratégia Saúde da Família e como esses profissionais conseguem lapidá-la e transformá-la em mecanismo de ação e transformação.

Diante dos objetivos traçados para este estudo, e a partir da análise do material coletado na pesquisa, evidenciou-se a necessidade da Educação em Saúde se tornar uma prática regular na atenção básica, principalmente quando direcionada aos idosos, parcela da população que cresce exponencialmente e precisa de uma atenção diferenciada, devido às peculiaridades inerentes ao avançar da idade.

Sendo assim, torna-se essencial a sistematização do componente Educação em Saúde, pelas equipes da ESF, aplicando uma metodologia de educação popular, através da formação de grupos de interesses comuns, oportunizando discussões com a comunidade e promovendo a aproximação dos profissionais com os movimentos sociais.

Portanto, cabe às equipes de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro do Tambor juntamente com a Secretaria de Saúde do Município, não só oferecer subsídios para o atendimento especializado, mas oferecer todas as condições viáveis e necessárias para o preparo desses atendimentos, ou melhor, da coletividade, na luta pelo seu direito à saúde, a partir de ações mediadoras para o melhor entendimento das suas condições de vida que possam interferir no processo saúde-doença. Em relação às experiências dos profissionais de saúde que trabalham na perspectiva de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família, percebeu-se que na prática há inúmeras fragilidades presentes na atenção à saúde dos usuários e que muito pode ser feito para melhorar as questões que permearam este estudo, como: investimentos mais significativos na infraestrutura das áreas disponíveis, na qualificação dos profissionais de saúde em relação ao tema abordado e qualidade dos materiais didáticos disponibilizados para a execução de práticas educativas, além da promoção de estímulos a participação e frequência da comunidade nas ações propostas, por meio de veiculação de massa, como também pela atuação

mais preparada dos agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família, que precisam participar de treinamentos contínuos e específicos. Para tanto, é necessário que se mantenha uma relação facilitadora, através de educação continuada dos profissionais treinadores que repassarão todos os ensinamentos para os demais participantes do processo.

Neste contexto, observa-se a importância de se adicionar às equipes básicas de saúde da família outros profissionais, que contribuirão para a promoção da saúde dos usuários diante das suas capacidades individuais profissionais, promovendo a interdisciplinaridade, a exemplo do psicólogo, do nutricionista, do fisioterapeuta e do educador físico, seja pelo valor de cada um dentro do tratamento específico, seja pela necessidade de se educar a população de forma holística, para a conscientização da necessidade de mudança de hábitos de vida, no que se refere à prevenção de danos e promoção do bem-estar geral.

As ações de educação em saúde remetem ao incentivo dos usuários em vários sentidos, como a introdução na sua vida diária de uma nova postura frente o autocuidado, promovendo melhoras bastante significativas no tocante à qualidade de vida e adaptação da vida em coletividade, melhorando também a relação com seus familiares e/ou cuidadores, que mantém vínculos diários com os mesmos, sempre beneficiando com os Programas de Saúde da Família, como estratégia singular para a efetivação dessas práticas.

Entretanto, muito pode ser feito para melhorar ainda mais as questões que permearam este estudo, como investimentos nos profissionais da área de saúde em relação às questões metodológicas, a partir de treinamentos especializados, para a execução das ações de educação, maior incentivo governamental para distribuição de material didático de boa qualidade, para garantir melhor aproveitamento das orientações repassadas, entre outros requisitos que possam suprir lacunas existentes, no que diz respeito ao assunto abordado.

Então, as inferências aqui apresentadas servirão de estímulo para todos os profissionais de saúde que realizam, efetivamente, ações educativas direcionadas para todos aqueles que delas necessitam, com o intuito de contribuir com futuras discussões acerca das práticas das equipes de saúde inseridas na Estratégia Saúde da Família e compreender o papel

que cada um, enquanto protagonistas dessa história, e o que realmente representam no processo de construção da saúde, e assim possam assumir uma postura diferenciada, concretizadora de práticas humanizadas, e direcionadas a melhoria da qualidade de vida da população.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, Verbena Santos (2010) - **Educação em saúde para idosos na atenção básica: olhar de profissionais de saúde**. Paraíba : UFPB. Dissertação de mestrado.

BUSTORFF, Leila Alcina Correia Vaz [et al.] (2011) - Análise das práticas educativas desenvolvidas por profissionais das equipes de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE** [Em linha]. Vol. 5, n. 2, p. 185-192.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006) - **Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (2005) - **Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados**. 2ª ed. Brasília : Atual.

BRUNNER, Lillian Sholtis ; SUDDARTH, Doris Smith (2005) - **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan. CANDEIAS, N. M. F. (1984) - Forças propulsoras e restritivas na área de educação em saúde pública. In **Ação participativa: perspectivas de atualização dos educadores de saúde pública**. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

CATRIB, A. M. F [et al.] (2003) - Promoção da saúde: saber fazer em construção. In BARROSO, G. T. ; VIEIRA, N. F., Z. M. V., org. - **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha.

LEVY, S. N. [et al.] (2004) - **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas**. Brasília : Ministério da Saúde.

LEVY, S. N. [et al.] (2000) - **Programa educação em saúde** [Em linha]. [Consult. 02 Set. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.saude.gov.br/programas/pes/pcs/index.htm>>.

RICE, M. ; CANDEIAS, N. M. F. (1989) - Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 23, nº 4, p. 347-353.

SABÓIA, V. M. ; VALENTE, G. S. C. (2010) - **A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos**. Referência. Série III, nº 2, p. 17-26.

SILVA, J. L. L. (2005) - Educação em saúde e promoção da saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde** [Em linha]. Vol. 1, nº 1, p. 3. [Consult. 7 Dez. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.uff.br/promocaooclasude/informe>>.

