

AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nataly Mayara Cavalcante Gomes

Amanda Maria Silva da Cunha

Ana Beatriz de Almeida Lima

Igor Michel Ramos dos Santos

Clodis Maria Tavares

Resumo: No século XIX que se originaram as primeiras propostas de educação em saúde no Brasil. As ações estavam centradas em condutas de higiene, já que se objetivava a inserção dos costumes europeus na elite brasileira. Para as demais pessoas só restavam às medidas de cunho sanitaria campanhista. Com as mudanças dos modelos de atenção à saúde e a necessidade do protagonismo do indivíduo e o firmamento de sua autonomia em seu processo saúde-doença, a educação em saúde modificou-se na proposta de valorizar os saberes da comunidade e permitir uma reflexão e uma problematização do conteúdo, para que o sujeito determine as mudanças que são cabíveis para si. Tem-se como objetivo relatar a experiência das práticas de educação em saúde desenvolvidas por acadêmicos de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um relato de experiência elaborado no contexto da prática de educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família. As atividades seguiram-se as seguintes etapas: etapa I – diagnóstico situacional da ESF; etapa II – planejamento e definição das temáticas; etapa III – execução; etapa IV – avaliação. A educação em saúde é uma ferramenta na produção do cuidado e um indutor de práticas que promovam a criação de vínculo e o protagonismo do usuário.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.

Abstract: In the nineteenth century they originated as the first measures of health education in Brazil. The actions began focusing on hygiene behavior, since it aimed to register European customs in the Brazilian elite. For people so re-established as sanitary-bellied measures. changes in the models of health care and the need for the protagonism of the individual and the firmament of their autonomy in their health-disease process, health education was modified in the proposal of valuing the knowledge of the community and allowing a reflection and a content, so that the subject determines the changes that are. The objective is to report on the experience of health education practices developed by nursing

students in the Family Health Strategy. This is an experience report elaborated in the context of the practice of health education in a Family Health Strategy. The activities followed the following steps: stage I - situational diagnosis of FHT; stage II - planning and definition of the themes; stage III - implementation; stage IV - evaluation. Health education is a tool in the production of care and an inducer of practices that promote the creation of bond and the protagonism of the user.

Keywords: Health Education. Family Health Strategy. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

Foi a partir do século XIX que se originaram as primeiras propostas de educação em saúde no Brasil. As ações estavam centradas em condutas de higiene, já que se objetivava a inserção dos costumes europeus na elite brasileira. Para as demais pessoas só restavam às medidas de cunho sanitarista campanhista que só se iniciaram no final daquele século, e tinha como meta o controle de algumas epidemias como, por exemplo, a febre amarela, que causava prejuízo ao comércio (REIS et al. 2013).

Hoje, a equipe de saúde deve prepara-se não só para realização das ações educativas em saúde, mas no planejamento da atividade para que se possam envolver diferentes profissionais para o compartilhamento de diferentes saberes e a inserção da prática multiprofissional e interdisciplinar dentro do serviço de saúde. Só desta forma será possível visualizar o indivíduo de uma forma integral e estimular a participação dos mesmos no ambiente de educação em saúde de certa forma que todos sejam instrumentos de divulgação da prática (ANDRADE et al. 2013). Tem-se como objetivo relatar a experiência das práticas de educação em saúde desenvolvidas por acadêmicos de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Em 1919, nos Estados Unidos da América, surgiu o termo educação sanitária baseada nos princípios da bacteriologia e da imunologia, já que essas áreas do conhecimento comprovavam que medidas de higiene serviam como condutas profiláticas para o enfrentamento na transmissão de determinadas doenças. Já no Brasil, essa nova fase da política sanitária estava caracterizada como uma regulamentação das condutas da coletividade, utilizando como instrumento o modelo informação-mudança (REIS et al. 2013; MARQUES; BRASILEIRO; FERNANDES, 2016).

Em 1923, no Brasil, Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde. Agora, a educação sanitária surgiu para suceder os atos de represália originados nas campanhas anteriores. As escolas assumiam a responsabilidade da educação sanitária na visão positivista de espaços de ensino e controle social e por isso as estratégias estavam preferencialmente voltadas para o público infantil (SILVA et al. 2010).

Em 1945, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) considerado um marco nacional. O SESP atuou na formação de postos permanentes de saúde em diferentes estados, bem como na incorporação de recursos audiovisuais para as atividades de educação em saúde, como também a educação de grupo e novas técnicas de ensino-aprendizagem (FALKENBERG et al. 2014).

A partir de 1945 com a tramitação de instituir a Organização Mundial de Saúde, fundada em 1948, trouxe para os cenários políticos e de saúde a discussão sobre processo saúde-doença, destacando-se o debate sobre o conceito saúde. No Brasil, outro destaque foi à separação dos Ministérios da educação e da saúde que passaram a ser independentes e autônomos. Além disso, entre a década de 60 e 80 foi criada a Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde e juntamente a essas mudanças à educação sanitária modificou-se para educação em saúde que não visava apenas informar para a saúde, mais sim “transformar saberes existentes” (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Após o golpe militar em 1964 houve um declínio no acesso aos serviços de saúde por parte da população e em consequência disso o recrudescimento de algumas doenças. Na década de 70 os profissionais de saúde junto à comunidade iniciaram um movimento de educação em saúde que ficou conhecido como Movimento Popular que visou o empoderamento social a partir da valorização dos seus conhecimentos na perspectiva de diálogo horizontal (MACIEL, 2009).

Desta forma, a educação popular (EP) tem como metodologia uma combinação da prática e a da teoria, valorizando a cultura e o conhecimento popular. Além de acreditar na potencialidade do ser humano e inserindo-o nos processos de transformações sociais, demonstrando que a responsabilidade e a participação durante o processo é do próprio indivíduo, bem como da coletividade (PEREIRA; PEREIRA, 2010; BRASIL, 2014).

Um dos idealizadores da EP foi Paulo Freire, por meio da educação libertadora confrontando o modelo de educação vigente que é baseado na educação bancária, onde o educador é o detentor de todo o conhecimento e o educando um dispositivo de armazenagem. Logo, a teoria é baseada na ação dialogada em espaços democráticos e tem como objetivo o desenvolvimento da consciência crítica e com isso possibilitar uma transfiguração na realidade (MENEZES; SANTIAGO, 2014).

Com a finalidade de refletir sobre as novas formas de fazer saúde, incorporam-se a EP na saúde, emergindo a educação população em saúde, baseados nos princípios de Paulo Freire (PINHEIRO; BITTAR, 2016). Essa teoria vem com a proposta de possibilitar o dialógico e suscitar a problematização de toda conjuntura que envolve este campo. Posto isto, a concepção de Paulo Freire contribui para uma “ação-reflexão-ação” (SALCI et al., 2013). Diante disso, é possível observar o entrelaçamento histórico e a prática da educação em saúde, sendo vigência o modelo tradicional que tem como objetivo transmitir conhecimento ao sujeito sem o processo de reflexão (MACIEL, 2009).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência elaborado no contexto da prática de educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família de um município do estado de Alagoas credenciado ao curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia (ESF), por meio da Universidade Federal de Alagoas. As atividades foram desenvolvidas durante os meses de julho a outubro de 2018. As atividades de educação em saúde seguiram-se as seguintes etapas: etapa I – diagnóstico situacional da ESF; etapa II – planejamento e definição das temáticas; etapa III – execução; etapa IV – avaliação. O fundamento ético deste relato se sustenta na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, no parágrafo único do artigo 1º que dispõe sobre as pesquisas que não precisam ser registrada no sistema CEP/CONEP (BRASIL, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades de educação em saúde tiveram como cenário uma ESF que tem em seu território vulnerabilidades de cunho socioeconômico, cultural e de segurança. Como indutor das práticas realizou-se um diagnóstico situacional por meio de pesquisa ao site ‘Cidade Saudável’, na qual foram analisados os indicadores demográficos e de saúde, além disso, dialogou-se com os agentes comunitários de saúde e com alguns usuários por meio da visita as microáreas.

A etapa I – diagnóstico situacional- foi executada em 15 dias, já que era necessário digitalizar os dados encontrados. Após esse momento - etapa II – planejamento e definição das temáticas - elencaram-se os temas prioritários para a execução das práticas educativas, a saber: qualidade de vida; hanseníase; infecções sexualmente transmissíveis; saúde da mulher com ênfase na descoberta do próprio corpo, colpocitologia oncótica, autoexame das mamas, sinais e sintomas do câncer de mama e do colo do útero; saúde da criança com ênfase na primeira infância; saúde do adolescente com abordagem a gravidez na adolescência e imunização.

A etapa III – execução - foi marcada pelas ações de que eram realizadas de terça à sexta-feira durante os meses supracitados no turno matutino. Priorizaram-se a abordagem com cunho da problematização dos assuntos, inserindo os usuários como produtores do conhecimento e protagonistas em seu processo saúde-doenças. Utilizou-se de materiais educativos de saúde sexual, demonstração da execução do exame de colpocitologia oncológica, orientação e distribuição da caderneta do adolescente, fotos impressas para as diferentes temáticas, álbuns seriados, distribuição e orientação contraceptivos de barreira e lubrificantes.

Ao fim de cada momento realizava-se a etapa IV – avaliação - que era realizada de modo oral, questionavam-se as fragilidades e as potencialidades da ação e solicitavam-se sugestões para os próximos encontros. No final de cada semana a enfermeira da ESF reunia-se com os estudantes para apreciar cada momento e avaliar os pontos e ajustar o que fosse necessário.

Diante disso, observa-se a importância das ações de educação em saúde, pois garante a responsabilização dos usuários à frente das demandas e estimula a promoção da saúde, prevenção de agravos, sem abastecer da prática assistencial. Além disso, contribui para a criação do vínculo e o fortalecimento da atenção básica como ordenadora da rede e a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SOARES et al., 2017).

5 CONCLUSÃO

A educação em saúde é uma ferramenta na produção do cuidado e um indutor de práticas que promovam a criação de vínculo e o protagonismo do usuário diante do processo saúde-doença. Além disso, observam-se os determinantes e condicionantes de saúde para planejar e executar as ações. Esses momentos são de suma importância em todos os níveis de atenção, mas, em especial, a atenção básica que tem como característica a relação horizontal com a população de seu território.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.C.V. et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n.4, p.439-499, 2013. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/planejamento_acoes_educativas Equip e multiprofissional.pdf>. Acesso em: 15 fev.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em: 25 out.2018.

BRASIL. Secretaria-geral da Presidência da República. **Marco de referência da educação popular para as políticas públicas**. Brasília: Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã, 2014. Disponível em:<<http://conae2014.mec.gov.br/images/pdf/MarcodeReferencia.pdf>>. Acesso em: 14 dez.2017.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n.3, p. 847-852, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm**. v. 14, n. 4, p.773-776, out./dez. 2009. Disponível em:<http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/geografia_da_saude-2014/leitura%202020educa%E7%E3o%20em%20sa%FAde%202.pdf>. Acesso em: 24 out.2017

MARQUES, M. C. C.; BRASILEIRO, D. F.; FERNANDES, S. C. G. Informação e disciplina: a Coletânea de Educação Sanitária do estado de São Paulo, Brasil (1939-1952). **Interface**. v. 21, n.61, p.397-410, abr./jun. 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200397&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 11 jan. 2018.

MENEZES, G.M; SANTIAGO, M.E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-Posições**. v.25, n.3, p.45-62, set./dez.2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pp/v25n3/v25n3a03.pdf>>. Acesso em: 14 dez.2017.

PEREIRA, D.F.F.; PEREIRA, E.T. Revisitando a história da educação popular no Brasil: em busca de um outro mundo possível. **Revista HISTEDBR On-line**. Campinas, n.40, p.72-89, dez.2010. Disponível em:<http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/40/art05_40.pdf>. Acesso em: 14 dez.2017.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**. v. 18, n.1, p.77-82, jan./mar. 2016. Disponível em:<DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8049>>. Acesso em: 11 jan 2018.

REIS, T. C. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **J Health Sci Inst**. v.31, n.2, p.219-223, 2013. Disponível em :<https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p219a223.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.22, n.1, p. 224-230, jan./mar. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27>. Acesso em: 14 dez.2017.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 15, n. 5, p. 2539-2549, ago. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028>. Acesso em: 31 mar 2017.

SOARES, A.N. et al. Dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v.26, n.3, p.1-9, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e0260016.pdf>>. Acesso em: 26 out.2018.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R.. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 33, n. 4, p. 618-627, out./dez. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n4/a010.pdf>> Acesso em: 31 mar. 2017.