

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

**PROCESSO EDUCATIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
DESAFIO PARA A EQUIPE**

HELDA ARAÚJO SANCHES

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2010

HELDA ARAÚJO SANCHES

**PROCESSO EDUCATIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM DESAFIO PARA A EQUIPE**

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

Orientadora: Prof.^a Kênia Lara Silva

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2010

HELDA ARAÚJO SANCHES

**PROCESSO EDUCATIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM DESAFIO PARA A EQUIPE**

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

Orientadora: Prof.^a Kênia Lara Silva

Banca Examinadora:

Prof.^a Kênia Lara Silva. Orientadora
Prof.^a Ângela Maria de Lourdes Dayrell de Lima

Aprovado em Belo Horizonte: 18 / 12 / 2010

DEDICATÓRIA

A Deus, pela presença constante em minha vida, dando-me coragem e persistência.

A minha pequena Isabella, por me fazer sempre feliz, sonhar e acreditar que posso conseguir.

A minha Mãe, que está sempre presente. Obrigada!

Ao meu amor, meu marido Washington, companheiro e apoiador em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Kênia Lara, agradeço sua compreensão e o seu ensino.

À minha querida Mãe, pelo carinho e zêlo com a Isabella.

Aos familiares, pelo apoio e compreensão.

“Precisava das asas. Elas nos mostram os horizontes sem fim da imaginação, nos levam até nossos sonhos, nos conduzem a lugares distantes. São as asas que nos permitem conhecer as raízes de nossos semelhantes, e aprender com eles”

Paulo Coelho

RESUMO

Este estudo apresenta uma reflexão sobre o processo educativo na estratégia de reorganização do modelo assistencial, o Programa Saúde da Família. O processo educativo na saúde é determinado por fatores sociais, políticos e pedagógicos, e tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da população. Propõe-se identificar as estratégias de educação em saúde que podem ser desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família. O instrumento utilizado foi uma revisão narrativa da bibliografia. Os resultados indicaram a possibilidade de diferentes estratégias para se trabalhar a educação em saúde. O sucesso da educação em saúde, em busca de melhores resultados, é o agrupamento das ações com uma equipe multiprofissional, como foi demonstrado em alguns estudos. Conclui-se que a capacitação baseada no conhecimento, favorece o desenvolvimento de ações educativas e discussões que promovam reflexão crítica dos grupos, apoio, espaço para o crescimento pessoal, oportunidade para melhorar a auto-estima, mudanças comportamentais.

Descritores: Educação em saúde; Programa de Saúde da Família; grupos.

ABSTRACT

This study presents a reflection on the educational process in the strategy to reorganize the health care model, the Family Health Program. The educational process in health is determined by social, political and educational, and aims to improve the quality of life. It is proposed to identify strategies for health education that can be developed by Family Health Team. The instrument used was a narrative review of the literature. The results indicated the possibility of different strategies for working health education. The success of health education in search of better results is the grouping of actions with a multidisciplinary team, as was shown in some studies. We concluded that training based on knowledge, fosters the development of educational activities and discussions that promote critical reflection groups, support, space for personal growth, opportunity to improve self-esteem, behavioral changes.

Descriptors: Health education; Family Health Program; groups.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
I – OBJETIVO.....	11
II – METODOLOGIA.....	12
III - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	13
IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

INTRODUÇÃO

O Processo educativo engloba a escolarização e todos os seus aspectos teóricos e práticos, como o processo de aprendizagem, os métodos de ensino, o sistema de avaliação da aprendizagem e o sistema educacional como um todo. O processo educativo na saúde é determinado por fatores sociais, políticos e pedagógicos, e tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da população .

Segundo Pelicioni e Pelicioni (2007, p. 324) educar é:

um processo intencional com o objetivo de prover situações ou experiências que estimulem a expressão potencial dos seres humanos. O termo educação, no entanto, tem sido utilizado com diferentes significados qualquer que seja sua abordagem: educação em saúde, educação sanitária, educação popular, educação para a paz, educação para a cidadania.

A abordagem educativa deve estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir agravos e riscos, facilitando a incorporação de idéias e práticas saudáveis nos modos de vida que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas Pelicioni e Pelicioni (2007). No seu trabalho a Equipe de Saúde da Família (ESF) lida cotidianamente com situações que exigem estratégias de educação em saúde tais como as atividades voltadas para orientação sobre dietas, atividades físicas, planejamento familiar, pré-natal, aleitamento materno, cuidados com hipertensão e diabetes. Associa-se a necessidade de processos educativos que ajudem a comunidade a buscar melhorias da qualidade de vida produzindo autonomia e co-responsabilidade. Por todos esses aspectos, gestores e profissionais de saúde têm sentido cada vez mais a necessidade de desenvolver ações educativas com estratégias efic

A equipe de Saúde da Família prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de uma forma integral e contínua, realizando grupos operativos, consultas e outras atividades que mostre as conseqüências de não prevenir as doenças, fomentando a conscientização das famílias. Neste processo, ocorre também a valorização das pessoas e da comunidade para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde. Assim, educar é uma das funções da ESF, construindo estratégias que ajude o indivíduo e a família, a compreenderem o seu processo saúde-doença e a aprenderem a resolver problemas, à medida que ele se defronta com novas situações.

Contudo, a minha vivência no Programa Saúde da Família permitiu identificar que, em relação aos processos educativos, grande parte dos indivíduos não compreende a importância dos programas promoção da saúde e prevenção de agravos. Assim, pode-se afirmar que a organização das ações educativas demonstra certa fragilidade nas ESF.

Na atual vivência, as equipes de saúde da família trabalham predominantemente com grupos tradicionais, utilizando o modelo de transmissão de informações, que é insuficiente para a mudança do estilo de vida dos indivíduos.

Dessa forma, questiono: **como as equipes de saúde da família podem desenvolver ações educativas? Que desafios são apresentados nos processos educativos na Equipe de Saúde da Família?**

I - OBJETIVO

Identificar as estratégias de educação em saúde que podem ser desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família.

II- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da bibliografia. A revisão narrativa caracteriza-se como um estudo que se utiliza de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas, e ou eletrônicas na descrição e discussão de um determinado assunto.

Após a definição da questão norteadora, determinaram-se os seguintes critérios de inclusão para o estudo:

- Ser um artigo publicado a partir de 1994, ou seja, após a implantação do Programa Saúde da Família no Brasil;
- Estar publicado em periódico indexado em bases de dados,
- Publicações cujo conteúdo se referia;
- Publicações cujo conteúdo se referia ao tema da educação em saúde;
- E produções que utilizaram português como idioma e originárias do Brasil.

O levantamento do material ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados *on-line*: MEDLINE, LILACS, BDNF E SciELO. Os descritores utilizados na busca foram: educação em saúde, Programa de Saúde da Família e grupos.

A busca inicial resultou em 208 produções, que sofreram avaliação dos títulos e dos resumos. Com base nos critérios de inclusão mencionados, foram excluídas 188 produções. Assim, 20 produções tiveram seus textos analisados através de resumos que compuseram a amostra total de 13 artigos desta pesquisa.

Uma primeira análise dos textos selecionados permitiu a obtenção de informações sobre a identificação da produção (título do periódico, título do artigo, ano de realização e de publicação do estudo, metodologia adotada, sujeitos, conceitos trabalhados, coleta de dados, resultados encontrados e considerações apresentadas sobre o tema).

Após a análise dos aspectos de identificação da publicação procedeu-se à fase de compreensão extraíndo dos diferentes estudos os achados que se relacionava com os desafios do processo educativo para responder à questão inicial deste estudo.

III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados indicam a possibilidade de diferentes estratégias para se trabalhar a educação em saúde. Os textos analisados foram recortados a partir de trabalhos em grupos e, ainda assim, houve uma diversidade de experiências que podem ser incorporadas pela ESF.

Destaca-se nos artigos analisados a preocupação em estabelecer modelos de educação em saúde que sejam interativos, integrais e que se sustentem na participação dos indivíduos.

De modo geral, os textos analisados trataram de estratégias de educação em saúde na promoção da saúde e prevenção de agravos com foco em doenças crônico-degenerativas tais como hipertensão e diabetes, doenças infecciosas e parasitárias, tais como dengue e esquistossomose.

A seguir, passa-se a discutir os principais achados dos estudos organizados em duas categorias: Princípios da educação em saúde e Estratégias da educação em saúde e seus desafios na ESF.

III. 1 – Princípios da educação em saúde

A discussão sobre o processo educativo em saúde foi realizado por Pelicioni e Pelicioni (2007) que traçam uma retrospectiva histórica das ações educativas no campo da saúde, em especial, a educação sanitária e a educação em saúde pública e sua relação com a promoção da saúde. As autoras discutem que a participação ativa da população preconizada pelo paradigma da Promoção da Saúde é viabilizada por meio de estratégias de educação em saúde, enquanto processo político de formação para a cidadania ativa, preparando os indivíduos e/ou grupos para assumirem o controle e a responsabilidade sobre sua própria saúde. Para tanto, a ação educativa deverá ser sustentada na comunicação e diálogo, quando se pretende atingir os indivíduos inseridos em sua realidade histórica.

Com o enfoque político, a educação em saúde pretende ir muito além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos. Tem por objetivos preparar indivíduos para o exercício da cidadania plena, criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres visando à obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos, mas, principalmente, possibilitar que esses atores se tornem capazes de transformar a sociedade como sujeitos da história (PELICIONI e PELICIONI, 2007, p. 326).

Para Alves-Souza, Koyashiki e Almeida (2007), um processo educativo deve ter a informação como importante força de transformação do homem. Para a autora, o poder da informação, aliado aos modernos meios de comunicação de massa, tem capacidade ilimitada de transformar culturalmente o homem, a sociedade e a própria humanidade. Portanto, a produção de conhecimentos pelos indivíduos passa pelo acesso à informação. Um princípio fundamental nas práticas de educação em saúde é o respeito à integralidade, articulando, segundo Machado et al (2007), ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação. O processo educativo se mostra necessário na compreensão da dinâmica do processo saúde-doença e, portanto, deve possibilitar a articulação e integração em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.

A garantia da integralidade na educação em saúde requer uma visão interdisciplinar de distintas ciências, integrando disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Esse entendimento é reforçado ao se afirmar a educação em saúde como um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. (Machado et al 2007).

Entretanto, vários dos estudos analisados demonstraram os desafios para a educação em saúde afirmando a predominância de paradigmas de educação em saúde que reforçam práticas reducionistas, requerendo questionamentos para o alcance de ações integradas e participativas. Considera-se fundamental apontar esses desafios tomando-os como oportunidade de superação nas ações da ESF entendendo os usuários e suas famílias em seu espaço social, rico em ações interligadas e em conflitos.

A educação em saúde pode se tornar uma estratégia no desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvida na melhoria da qualidade de vida e na promoção do ser humano através do apoio e fortalecimento das políticas e ações na comunidade e escolas, parcerias com organizações não governamentais e com os principais meios de comunicação de massa, pesquisas em educação em saúde, permanência e continuidade dos programas e serviços de educação para a saúde e investir em ações de formação e capacitação de recursos humanos.

III. 2- Diferentes estratégias de educação em saúde e seus desafios

De modo geral, os textos analisados discutem uma diversidade de estratégias para a educação em saúde. Os autores abordam atividades grupais, dinâmicas, jogos, exposição dialogada. Essas estratégias são desenvolvidas com o intuito de informar os usuários e conscientizar a mudança de comportamento.

No campo da Saúde Pública, no Brasil, as atividades de grupo são amplamente divulgadas e incentivadas no interior dos programas do Ministério da Saúde como estratégia para a educação em saúde. Estas são enfocadas principalmente com o objetivo de buscar adesão ao tratamento proposto pelos diferentes programas, e na prevenção de risco e no controle de doenças, principalmente as denominadas crônicas não transmissíveis.

Para Abrahão e Freitas (2009), as ações pretendidas com os grupos, na maioria das vezes, circulam pelo campo da educação em saúde, com uma forte base na informação e esclarecimento da doença. No estudo das autoras é relatado a necessidade da experiência partilhada no grupo. Este modo de ação grupal incentiva a reivindicação social e a luta por melhores condições de vida e de saúde. As autoras reforçam que é preciso estimular a redução dos níveis de glicemia e da pressão arterial como importantes ações, demandadas pelos participantes, que sugerem a incorporação de saberes específicos, representando um bom serviço.

Também no estudo realizado por Silveira e Ribeiro (2005), o grupo evidencia a riqueza da variedade humana, propicia a compreensão do homem como um ser integral, do processo saúde-doença e seus determinantes, cria condições para a interação dos participantes, permite ampliar a capacidade dos profissionais de trabalhar junto e há de ser entendido como espaço de ensino e de aprendizagem.

No seu estudo, Silveira e Ribeiro (2005) considera o grupo de educação em saúde como um cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro em dinâmicas que possibilitam falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar. A autora apresenta uma indicação de que o grupo seja caracterizado por momentos informativos, reflexivos e de suporte e que tenha homogeneidade na sua composição considerando o perfil dos pacientes. Ressalta-se o aspecto pedagógico

da prática educativa em grupo ao propiciar a aprendizagem pelo contato com situações-problema que permitem agregar ao conhecimento específico - a questão saúde - dimensões políticas, éticas, econômicas, afetivas e sócio-culturais.

Silva et al (2006) relatam o sucesso de um programa de controle de Diabetes e Hipertensão Arterial que além da intervenção de orientação sobre a doença, suas complicações e os cuidados que devem ser tomados, foi conduzido com um seguimento regular, associado à garantia do fornecimento de medicamento e atendimento preferencial sem intercorrências. Na estratégia adotada foi montada uma equipe multiprofissional para a ação educativa e o acompanhamento ambulatorial dos pacientes, composta de assistente social, auxiliar de enfermagem, auxiliar técnico-administrativo, dentista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, médico clínico, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional. Foram formados diversos grupos de até 15 usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes. Foram realizados encontros mensais com os grupos por três meses consecutivos.

Durante o tempo da realização dos grupos estudos por Silva et al (2006), os pacientes passaram por consulta médica mensal e participaram de ações educativas sobre a necessidade de adesão ao tratamento, receberam noções de nutrição, controle de estresse e cuidados dentários. Receberam também no primeiro encontro um cartão de controle da hipertensão e/ou diabetes para uso próprio e, para os que tiveram interesse, foram desenvolvidos encontros com a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional, em horários diferentes para cada grupo, no total de quatro encontros. Em dia previamente agendado, a cada três meses, foi realizada consulta com profissional de saúde não-médico. Nessa consulta, os pacientes tiveram a glicemia de jejum e a pressão arterial determinadas e anotadas no cartão de controle e na pasta de agendamento dos grupos. Os pacientes receberam os medicamentos suficientes até nova consulta e tiveram, então, consulta médica agendada a cada seis meses.

Após dois anos, os grupos existentes foram inseridos em novos grupos, com base no controle de sua doença. Para os grupos denominados controlados a estratégia inicial foi mantida: comparecer à unidade para dispensação dos medicamentos, aferição da pressão arterial, ou glicemia e orientações gerais, a cada três meses. Para os grupos dos não controlados, uma nova estratégia foi proposta: comparecer à unidade a cada dois meses para medição da glicemia e da pressão

arterial, dispensação dos medicamentos e orientações gerais. Nessas ocasiões, os casos que acusaram alteração foram encaminhados para consulta médica extra. Todos os pacientes mantiveram, a cada seis meses, uma consulta médica regular e atendimento médico preferencial em caso de intercorrências.

Após a intervenção, de 27% dos pacientes que tinham pressão normal e limítrofe foi para 53% e de 45% moderada e grave caiu para 19%. Os índices de glicemia pós-intervenção também apresentaram melhora. Conseguiu-se uma organização da infra-estrutura de apoio para os grupos como: o fornecimento regular da medicação. Padronização dos exames, Atendimento de intercorrências, agendamento dos retornos, demanda por consulta médica regular diminuiu, adesão ao tratamento.

Esta intervenção contou com o apoio de uma equipe grande, podendo envolver até mesmo parcerias com outros setores dependendo do local a ser aplicada, mas faltou o envolvimento da comunidade e a atuação familiar o qual levaria a melhores resultados.

Vários estudos demonstram a importância da educação em saúde como oportunidade para os pacientes portadores de doenças crônicas adotarem hábitos saudáveis e fortalecerem sua autonomia pessoal e responsabilidade social. Neste sentido, o estudo de Silva et al (2009) propõe que as ações educativas voltadas para portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, deve superar o enfoque reducionista, tecnicista e biomédico identificado na maioria das atividades voltadas para esse grupo. As autoras relatam a importância das ações educativas focalizarem não somente o sujeito, ou o desenvolvimento de suas habilidades pessoais, mas também uma intervenção sobre o ambiente no sentido de viabilizar a adoção de hábitos saudáveis. Para tanto, as autoras sugerem que a valorização tanto dos profissionais como dos usuários, havendo assim uma capacidade de reflexão e de ação para os sujeitos envolvidos. O educador e o educando tornam-se sujeitos onde ambos vão aprender com as experiências do outro, tornando o processo natural e capaz de promover mudanças. Assim, a realização de encontros educativos possibilita modificações significativas no estilo de vida, que poderão resultar na promoção da saúde e do bem-estar.

O estudo descritivo de Ribas et al (2009) também ressaltou o estabelecimento do vínculo profissional-paciente e a aliança terapêutica como fator decisivo para

obtenção da adesão ao tratamento em Diabetes. As mulheres com diabetes são atendidas em um Centro Universitário, por uma equipe multiprofissional constituída por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e alunos de graduação de enfermagem e psicologia. Através de uma abordagem qualitativa, foi privilegiado o discurso de 30 mulheres com diabetes do tipo 1 e 2 antidiabéticos orais, com idade entre 38 a 75 anos, a maioria casada, do lar, com ensino fundamental incompleto. Foi elaborado um roteiro para a coleta dos dados contendo a seguinte questão norteadora: Quais são as suas expectativas em relação ao programa de educação em diabetes nesse Centro?

Os autores destacaram que o programa de educação em saúde possibilitou aprendizagem sobre o manejo do diabetes; apoio, ânimo e esperança; superação do temor em relação ao uso da insulina; qualidade de vida; e compartilhamento e troca de experiências. Foi possível também entender que com a participação no programa de saúde, o profissional valoriza o conhecimento popular e as representações construídas coletivamente sobre as estratégias de intervenção adotadas.

Outro estudo que demonstrou os resultados de um efetivo trabalho de educação em saúde foi publicado por Ribeiro et al (2004). Os autores demonstram o desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa educativo em esquistossomose voltado para o paciente em atendimento ambulatorial. O programa educativo foi realizado em grupos com a condução de um educador que tinha missão de estimular a troca de experiências entre os pacientes. Uma estratégia desenvolvida foi à criação de um álbum seriado com ilustrações sobre o ciclo, clínica, tratamento e prevenção da doença possibilitando aos pacientes apreenderem em uma linguagem simples, cujas ilustrações reforçavam o ensinamento das discussões conduzidas pelo educador no grupo. Ribeiro et al (2004) relatam que o processo educativo implementado foi eficiente, uma vez que melhorou o conhecimento sobre a doença, constituindo-se num modelo de atuação efetiva e de baixo custo.

Também considerando a alta prevalência de hipertensão arterial, a falta de adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, bem como a relevância do controle da pressão arterial por meio dos Programas de Hipertensão Arterial e, tendo em vista suas graves complicações, foi realizado um estudo por Monteiro et al (2005). Para o estudo foi utilizado um formulário para coletar dados em fichas e prontuários

quanto aos hábitos de vida de 164 pacientes que freqüentavam grupos de educação em saúde. Os resultados do estudo indicaram que, apesar de a maioria dos pacientes hipertensos ter sido considerada freqüente nos grupos, tendo recebido, teoricamente, todas as orientações necessárias ao controle da H.A. e seus fatores de risco, houve aumento considerável da porcentagem de pacientes com classificações mais graves de hipertensão e não pôde-se observar a redução esperada dos índices pressórico. Portanto ficou evidente a necessidade de melhoria da resolutividade da assistência primária, o trabalho em equipe junto a esses pacientes através da análise e busca de novas estratégias para o controle da Pressão Arterial.

Os autores ressaltaram que o estudo proporcionou subsídios para a implementação de uma assistência pela equipe multidisciplinar direcionada às necessidades destes pacientes, mostrando a importância do levantamento do perfil de cada comunidade, família e indivíduo, direcionado o planejamento das ações educativas da equipe.

No trabalho realizado por Salles (2008), a autora colaborou com a necessidade do planejamento das ações educativas em saúde a serem mais oportunas com a realidade de cada paciente. O estudo revelou resultados de diferentes práticas de educação em saúde na prevenção de Dengue. Através de uma abordagem qualitativa, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e em conjunto de oito imóveis com foco de *Aedes aegypti*, na localidade de Icaraí (3.181 habitantes), Caucaia (CE) os sujeitos do estudo foram dezessete pessoas, distribuídas entre três grupos. A coleta de dados se deu em duas situações distintas: a primeira como observação participante, destacando-se: a postura e a linguagem do profissional, ações educativas (conteúdo, estratégias, recursos visuais e audiovisuais e outros). A segunda foi a entrevista semi-estruturada com roteiros distintos baseados nos objetivos e pressupostos, tendo abordado os temas: ações de educação em saúde (estratégias, limites e dificuldades na realização pelos profissionais), avaliação dos conhecimentos prévios da população sobre a dengue, as políticas de saúde do Ministério da Saúde (campanhas do 'Dia D'). Os autores pontuaram as ações educativas quanto à sua prática, considerando a fragilidade e o caráter pontual das ações; o conteúdo das mensagens educativas distantes da

realidade local; as estratégias autoritárias e coercitivas, além de converter as pessoas, os receptores, em meros receptáculos de mensagens taxativas.

Outro ponto frágil identificado por Salles (2008) foi o fato da tradição campanhista firmemente cristalizada na estrutura institucional de enfrentamento das endemias e zoonoses no nosso país. Com isso, as ações educativas são implementadas para corrigir os limites de responsabilidade do governo, que não resolve a questão da escassez da água, saneamento e rede de esgoto e, no entanto, aplica volumes expressivos de recursos financeiros em campanhas como o dia D de Dengue, que tem sido, segundo os autores, recebido com resistência pela população e profissionais de saúde, além de se mostrar ineficiente e incapaz.

Um desafio importante para as ações de educação em saúde refere-se à necessidade de estabelecer diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários. Neste trabalho, Salles (2008) defende um modelo de educação em saúde em que os usuários não percam a oportunidade de falar, esclarecer e fortalecer a possibilidade de se constituírem como sujeitos. Neste processo é que se constrói o empoderamento e a responsabilidade pela própria história e pelo processo de construção de sua cidadania. Contudo, a autora ressalta que na maioria das práticas predomina saber técnico sobre o usuário.

Os jogos educativos foram apresentados como importante estratégia para a educação em saúde do paciente diabético no estudo de Torres, Hortale e Shall (2003). O jogo foi uma técnica de facilitação da expressão individual, interação grupal e veiculação de novas informações, com base em conteúdos temáticos básicos sobre a doença, revelando-se de fácil compreensão. São exemplos de alguns jogos utilizados nos grupos operativos:

- **Tira-Dúvidas:** As peças do jogo são compostas de vinte fichas numeradas, contendo, cada uma delas, uma pergunta sobre o assunto em questão.
- **Coração Partido:** Apresenta os participantes do grupo e os profissionais de saúde.
- **Roleta das Complicações:** As peças do jogo são compostas de uma roleta dividida em seis cores, cada uma representando uma complicação do diabetes, e trinta fichas com perguntas sobre as complicações, sendo cinco de cada uma.

- **Relógio do Cotidiano:** Faz com que os participantes saibam organizar o seu dia-a-dia, mostrando a necessidade de se ter horário para lazer, atividade física, alimentação, trabalho etc., prevenindo as complicações do diabetes.
- **Semáforo da Dieta:** Os principais assuntos abordados foram: definição e importância da nutrição, grupos alimentares, substituições, fracionamento, alimentos dietéticos. As peças do jogo são compostas de um painel ilustrativo, sob a forma de um semáforo; seis fichas referentes às quantidades permitidas para ingestão do alimento, que são sorteadas, e várias miniaturas de alimentos com ímãs.
- **Dado Colorido:** Os principais assuntos abordados foram: higiene física e mental, cuidado com o corpo, sono e repouso. As peças do jogo são compostas de um dado com uma cor diferente em cada lado e dez fichas numeradas de cada cor, totalizando sessenta fichas com trinta perguntas e trinta respostas. Para cada pergunta numerada de uma ficha, há outra, de mesmo número, com a resposta correspondente. Cada cor das fichas e do dado tem um significado específico: branco (educação em saúde para o indivíduo), vermelho (dieta), azul (tratamento e controle da doença), laranja (exames complementares), verde (atividades físicas) e amarelo (estilo de vida, o estado psicológico e social do indivíduo).

O estudo de Torres, Hortale e Shall (2003) reitera os jogos como uma técnica de aprendizagem, que contribuiu com a formação técnica da equipe multiprofissional, de forma a aperfeiçoar sua criatividade e incentivá-la a buscar novas alternativas no processo educativo. As autoras relatam a experiência de profissionais que elaboraram o material didático e trabalharam com jogos no processo educativo. Os profissionais identificaram entre as vantagens no uso dos jogos a criação de um ambiente prazeroso de aprendizagem, necessário à maximização de potenciais que facilitam a dinamização do conhecimento. Esse ambiente foi demonstrado como potencial para construção contínua de processos internos simples de desestruturação e estruturação de realidades, sendo preservadas as ações espontâneas, condição fundamental para que se possa dinamizar a criação ou a recriação da nossa própria realidade Torres, Hortale e Shall (2003).

Contudo, alguns aspectos organizacionais na utilização de jogos devem ser observados como o número de participantes que não deve ser excessivo, pois

dificulta o aprendizado. Também o tempo da brincadeira não deve ultrapassar mais do que cinquenta minutos, pois se torna cansativo e desinteressante. Deve haver, ainda, criatividade na elaboração do jogo, não sendo permitida a repetição com o mesmo público-alvo. Torres, Hortale e Shall (2003), apontam que estes apresentam potencial para estimular os usuários a refletir sobre a adoção de um estilo de vida saudável, bem como a construção de conhecimento, nas atividades individuais e coletivas.

Contudo, há limitações para o uso dos jogos no processo educativo em saúde. Uma delas se refere ao precário aprimoramento técnico-científico dos profissionais que participaram das ações de educação em saúde. Outras dificuldades foram relacionadas à descontinuidade de participação dos usuários nas ações e dificuldades na interação dos profissionais com os participantes, em alguns momentos do processo. Os autores concluem que promover ações educativas é uma premissa fundamental no tratamento de diversas doenças, em especial as crônico-degenerativas. As autoras reforçam que, para serem eficazes, as ações educativas requerem um conjunto de condições, tais como boa formação do profissional, que se resume em um bom conhecimento de atitudes pedagógicas, boa capacidade de comunicação, além da capacidade para escutar, compreender e negociar com os usuários (TORRES, HORTALE, SCHALL, 2003).

Através de um instrumento de avaliação de conhecimentos, Almeida et al (1995) testaram a capacidade de compreensão e memorização de grupos de diabéticos atendidos por uma equipe multiprofissional. A avaliação incluiu temas diversos que faziam parte das atividades do programa educacional. Somente um grupo de pacientes apresentou índices de acerto considerados adequados. Analisados individualmente, diabéticos jovens, motivados e com bom nível de compreensão obtiveram melhores resultados. As autoras concluíram que a avaliação possibilitou identificar pacientes que necessitam de reforços nas diversas áreas de conhecimento permitindo a programação de atividades específicas para os mesmos, mas que o conhecimento não é garantia de aplicação na vida diária, a mudança dos hábitos de vida requer tempo, conscientização e aceitação da doença.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu apreender que as estratégias de educação em saúde encontradas na literatura apresentam diferentes perspectivas a respeito do tema embora não se possa afirmar que elas são inovadoras em método e conteúdos. Na sua maioria, as estratégias identificadas já são conhecidas pela maioria dos profissionais da saúde. Contudo, o que leva ao sucesso no processo de educação em saúde, em busca de melhores resultados é o agrupamento das ações com uma equipe multiprofissional, como foi demonstrado em alguns estudos. O processo destas intervenções é demorado, podem levar até mesmo anos e os resultados são a longo prazo, mas quando chega representa uma porcentagem significativa na comunidade e na família, na qual está sendo trabalhada. Além, é claro de contribuir para uma assistência bem mais direcionada dos serviços de saúde.

Fica evidente que o diferencial do processo educativo é o aspecto humano, no sentido de priorizar pela qualidade de vida dos indivíduos, cumprindo o seu papel, a sociedade tem o direito de ser atendida por profissionais capacitados e preparados para orientar na promoção da sua saúde.

Os resultados do estudo permitem afirmar que os desafios para a educação em saúde na ESF referem-se à necessidade de se formular e implementar um programa de Educação Permanente para os profissionais da saúde. Há que se mudar também o modelo de atenção à saúde que continua centrado no assistencialismo individual e curativo. Com isso, as equipes se vêem sempre sobrecarregadas, com filas para o atendimento da demanda espontânea e uma população cada vez mais doente à procura de atendimento nos serviços de saúde. Assim, “resta” pouco tempo para a educação em saúde.

Conclui-se que a capacitação baseada no conhecimento, favorece o desenvolvimento de ações educativas com abordagens participativas e problematizantes, de forma a oportunizar discussões que promovam reflexão crítica dos grupos, apoio, espaço para o crescimento pessoal, oportunidade para melhorar a auto-estima, mudanças comportamentais com relação à alimentação e atividades físicas bem como o fortalecimento humano.

REFERÊNCIAS

- Abrahão, A.L.; Freitas, C.S.F.; Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3):436-41.
- Almeida, H.G.G.; Takahashi, O.C.; Haddad, M.C.L.; Guariente, M.H.D.M.; Oliveira, M.L. Avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa interdisciplinar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.3 n.2 Ribeirão Preto jul. 1995.
- Alves-Souza, R.A.; Koyashiki, G.A.K.; Almeida, J.M. **Um olhar sobre a informação no espaço de fortalecimento da cidadania**. Rev. Espaço. Saúde, Londrina, v.8, n.2, p.26-32, jun.2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS e o Controle Social: Guia de Referência para Conselheiros Municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Machado, M.F.A.S; Monteiro, E.M.L.M; Queiroz, D.T; Vieira, N.F.C; Barroso, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2007.
- Monteiro, P.C.; Santos, F.S.; Fornazari, P.A.; Cesarino, C.B. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arq Ciênc Saúde** 2005 abr-jun; 12(2):73-9.
- Pelicioni, M.C.F.; Pelicioni, A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2007: jul/set 31(3):320-328.
- Ribas, C.R.P.; Santos, M.A.; Teixeira, C.R.S.; Zanetti, M.L. Expectativas de mulheres com diabetes em relação a um programa de educação em saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):203-8.
- Ribeiro, P.J.; Luciane, L.A.K.; Toledo, C.F.; Barros, S.M.O.; Borges, D.R.; Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Rev. Saúde Pública** v.38 n.3 São Paulo jun. 2004.
- Sales, F.M.S. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icaraí, Caucaia, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva** v.13 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2008
- Silva, T.R.; Chaie Feldmam, C.; Lima, M.H.A. ; Moacyr R. Cuce Nobre, M.R.; Domingues, R.Z.L. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.** v.15 n.3 São Paulo set./dez. 2006.
- Silva, A.R.V.; Macedo, S.F.; Vieira, N.F.; Pinheiro, P.N.C.; Damasceno, M.M.C. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2; **revisão bibliográfica**. 2009.
- Silveira, L.M.C.; Ribeiro, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface** v.9, n.16, Botucatu set./fev. 2005.

Torres, HC; Hortale, VA; Shal,V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad Saú de Pública**. 2003.