

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REPENSANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES

Amanda Oliveira de Araújo*

RESUMO

Este artigo tem a finalidade de elucidar sobre o sistema de saúde no Brasil. Para tanto, traz um apanhado da trajetória histórica tanto da saúde quanto da política do país, na qual esteve presente desde o período colonial até os dias atuais, evidenciando alguns marcos, como, a Reforma Sanitária, as lutas sociais, a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde do Brasil. Através de alguns questionamentos a cerca da atual política de saúde voltada para a promoção da saúde, objetivamos responder tais indagações: o processo histórico da política de saúde nos faz como compreender esta complexa realidade? ; a promoção da saúde está relacionada à educação? ; onde e como seria desenvolvido esse trabalho de educação em saúde? . Contudo, buscamos trazer o conceito de diversos autores sobre a educação para promoção da saúde no âmbito das comunidades, e, também, apresentar uma discussão crítica a cerca dos modelos de educação em saúde que os profissionais de saúde costumam utilizar.

Palavras – chave: histórico da saúde, educação em saúde, comunidade.

Abstract

This article aims to shed light on the health system in Brazil. To this end, brings an overview of the historical trajectory of both health and the politics of the country, which has been present since the colonial period to the present day, showing some landmarks such as the Health Reform, social struggles, the 1988 Constitution and Health System in Brazil. Through some questions about the current health policy focused on health promotion, we aim to answer these questions: the historical process of health policy and makes us understand this complex reality? And the promotion of health is related to education? , Where and how this work would be developed for health education?. Nevertheless, we seek to bring the concept of several authors on education for health promotion within communities, and also present a critical discussion about models of health education that health professionals often use.

Keywords: history of health, health education, community.

* Graduada em Serviço Social pela Universidade Tiradentes, Pós – Graduanda em Gestão em Saúde Pública e da Família pela FANESE, trabalha em uma Unidade de Saúde da Família no município de Aracaju/SE. E-mail: amanda_araujo87@yahoo.com.br

Introdução

O sistema de saúde no Brasil passa por uma grave crise. Pode-se verificar tal crise, por meio de episódios vastamente conhecidos e noticiados pela mídia, por estudos e pesquisas, como por exemplo, precariedade no atendimento e na estrutura dos serviços de saúde, filas frequentes nas unidades de saúde, carência de leitos hospitalares, insuficiência de recursos materiais, financeiros e humanos para efetiva e eficiente operacionalização, entre outros.

A precariedade no campo da saúde pública brasileira não é nenhuma novidade. A demanda em busca pelos serviços cresce, mas, não há grandes investimentos nessa política pública e, com isso, há uma disparidade nos salários dos trabalhadores da saúde, ocasionando uma insatisfação profissional, faltam remédios, equipamentos hospitalares, etc. Além, dos problemas referentes às questões habitacionais, educacionais, emprego, transporte, que estão inseridos no conceito de saúde.

Procedidas mais de duas décadas do processo de redemocratização do Brasil e da implantação do SUS, uma série de fatores tem insistentemente registrado a manutenção, e, em alguns aspectos, até mesmo o aumento das desigualdades no acesso a serviços de saúde, na distribuição dos recursos, assim como das desigualdades sociais de forma mais geral.

A saúde está inteiramente ligada aos aspectos biopsicossociais do desenvolvimento humano, mas, permanecemos considerando a saúde como valor individual, enquanto a violência e o crescimento de jovens, usando drogas cada vez mais devastadoras, propagam-se aceleradamente como consequência de processos coletivos, sem que as sociedades sejam aptas de observá-las enquanto problemas de saúde.

Pode-se ainda, retratar sobre a regressão das condições de saúde demonstrada pela degradante constância da fome, pela manutenção de níveis elevados de mortalidade infantil, pelo crescimento e propagação de doenças previsíveis, pelo abandono e prostituição de crianças e pela discriminação de grupos étnicos. A redução no investimento e a mudança nos modelos tradicionais das comunidades interferiram na capacidade de retorno dos serviços públicos de saúde, de saneamento e o incentivo à produção de alimentos.

Diante dessa conjuntura, surgem diversos questionamentos, entre eles, três que objetivamos explicar nesse artigo: o processo histórico da política de saúde nos faz como compreender esta complexa realidade? ; a promoção da saúde está relacionada à educação? ; onde e como seria desenvolvido esse trabalho de educação em saúde? .

Para afastar a Saúde Pública da crise que se encontra precisa haver algumas mudanças, tais como, o Estado assumir a responsabilidade das políticas públicas de forma intersetorial, a sociedade civil fazer valer dos direitos e deveres, através da participação e controle social, precisa também mudar o padrão de consumo de bens e serviços, e, principalmente, no âmbito dos profissionais, há urgência de uma nova ética, com reafirmação de valores

em relação à vida e à morte, no qual, o foco seja a promoção da saúde por meio da educação.

A concepção de uma nova Saúde Pública, fundamentada na promoção da saúde com ênfase em ações preventivas/ educativas, e, não somente, focada em ações curativas, deverá então compreender e trabalhar o fato de que os seres humanos não têm apenas necessidades diretas, como por exemplo, estar doente e o médico prescrever medicação, é preciso saber se esse paciente terá condições financeiras de adquirir a medicação, se o estado psicológico está bem estruturado, entre outros fatores que estejam inseridos na condição biopsicossocial do desenvolvimento humano.

Com a finalidade de obter respostas para as indagações aqui expostas, será utilizada uma abordagem qualitativa, na qual desenvolverá a investigação através de pesquisa bibliográfica. Para tanto, faremos um apanhado sobre os principais trabalhos científicos já realizados com temas relacionados ao escolhido.

Perspectiva Histórica da Saúde no Brasil

As políticas de saúde ao longo da história sempre tiveram, em seu surgimento e em sua base, interferência das formas de idealizar e atuar da sociedade frente ao corpo humano e à respectiva relação entre a saúde e a doença. Como lembra Goulart (2007: 04) “em toda história das sociedades humanas, os problemas de saúde enfrentados tiveram, em sua origem, uma relação com a vida em comunidade, embora com ênfases diferentes, como por exemplo, nas variadas maneiras com que tais sociedades procuraram resolvê-los, controlando as doenças e melhorando as condições ambientais”.

Para compreender a atual conjuntura da política de saúde no Brasil é imprescindível avaliar os marcos históricos que cercam este decurso, pois, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Começamos pelo período colonial, no qual, o Brasil se apresentava à margem do capitalismo mundial, subordinando-se econômica e politicamente à metrópole Portugal. Assim, a atenção à saúde se restringia aos próprios recursos naturais, como plantas e ervas e, àqueles que cultivavam suas capacidades no processo de cura, os denominados curandeiros.

A ausência de uma assistência médica organizada fez com que multiplicassem pelo país os farmacêuticos que na época eram conhecidos como Boticários. Aos boticários competia a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas, como até hoje acontece, eles próprios tomavam a iniciativa de indicar as medicações.

Segundo Polignano ([20?] : 03) “em 1808, Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico - Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar”.

O colégio tinha como objetivos: a proteção da saúde da população segundo os modelos europeus e a defesa da ciência, o que colaborou para a constituição da hegemonia da ação médica no Brasil. Na ocasião, a "Saúde Pública" no Brasil passou a ser baseada em influências concebidas na corrente de pensamento do Sanitarismo, que se operacionalizava na área urbana das cidades, com a comercialização e transporte de alimentos e cobertura dos portos marítimos. Tais medidas eram geradas esporadicamente sob a forma de campanhas, as quais eram abandonadas assim que alcançavam o controle dos surtos presentes na época.

Como ressalta Rossi (1980) apud Bertolozzi e Greco(1996: 3) "Partindo para a primeira República até a Revolução de 1930, foi o período marcado pela hegemonia do café. Em 1888, com a Abolição da Escravatura e com a consequente crise da mão de obra escrava, intensificaram-se as correntes migratórias provenientes principalmente, da Itália, Espanha e Portugal".

A chegada de um número incalculável de pessoas tornou-se cada vez mais difíceis as circunstâncias sanitárias para a sua recepção e permanência no Brasil. Esse acontecimento, incorporado à ausência de políticas sociais e de saúde apropriadas, acabou por resultar no aparecimento de epidemias de febre amarela e peste bubônica, dentre outras. A carência de um modelo sanitário para o país com certeza deixavam as cidades brasileiras vulneráveis às epidemias (BERTOLOZZI e GRECO, 1996: 3).

Com a Proclamação da República elaborou-se a Constituição que assinalava a preponderância dos grandes Estados nas decisões nacionais. Assim, o poder centralizou-se nos Estados produtores de café da região centro-sul, instalando-se a política do "café com leite". Essa Constituição incorporou a saúde como uma área de âmbito estatal estabelecendo sua estrutura e locais de atuação (IYDA, 1994 apud BERTOLOZZI e GRECO, 1996: 3).

O século XX foi esperado como o século da ciência, do progresso, da eletricidade, da engenharia e da medicina. E foi também no início dele que a situação da saúde estava um caos, devido às epidemias de cólera, varíola, malária, tuberculose, febre amarela e peste, nas principais cidades brasileiras. Não havia atendimento médico oferecido pelo Estado, e a população pobre só contava com a prestação de caridade através do atendimento feito por hospitais filantrópicos, e mantidos pela Igreja.

Com isso, o então presidente do Brasil Rodrigues Alves, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública e nomeou como diretor o Dr. Oswaldo Cruz. O governo federal adotou o modelo de medidas "campanhistas", cujo objetivo era "limpar" as áreas urbanas das graves epidemias. Visava também à extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil.

As campanhas de saúde pública eram organizadas dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes de moléstias contagiosas e obrigando o emprego de práticas sanitárias, no qual, o uso da força e da autoridade era considerado os instrumentos preferenciais de ação. Dizia-se que "Quem não cooperar é inimigo da saúde pública".

O quadro a seguir fará um apanhado sobre principais pontos político e sanitário, no período de 1900 até 2007, para mostrar a relação entre ambos e suas influências até o presente momento da Saúde Pública no Brasil.

Quadro Político e Sanitário no período de 1900 até 2007	
1900	Foi criado, em 25 de maio, o Instituto Soroterápico Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste.
1904	Surge a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina.
1908	O Instituto Soroterápico Federal foi rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz.
1917	Greves dos operários nas fábricas do Rio e São Paulo.
1919	Grevistas fazem acordo com os patrões e voltam ao trabalho.
1923	Surge a previdência Social no Brasil com o Decreto Legislativo que ficou conhecido como Lei Elói Chaves criando as Caps - Caixas de Aposentadoria e Pensão. É a primeira vez que o governo cria um mecanismo destinado a garantir ao trabalhador algum tipo de assistência. Porém, só se conseguem organizar as CAPS nas empresas que pertencem a categorias como: ferroviários e marítimos.
1930	Getúlio Vargas toma posse como presidente. Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública.
1933	Surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência, ou seja, aqueles “com carteira assinada”.
1937	É promulgada nova constituição que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura).
1939	Regulamenta-se a justiça do trabalho.

1943	É homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). São promulgadas as leis trabalhistas, que procuram estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador. Ao mesmo tempo, cria-se a estrutura sindical do estado. Estas ações transparecem como dívidas do governo e do estado, e não como conquista dos trabalhadores. O fundamento dessas ações era manter o movimento trabalhista contido dentro das forças do estado.
1948	Durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra, o governo federal formula o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia).
1953	Foi criado o Ministério da Saúde (MS).
1956	A Lei n. 2.743, de 6 de março, criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que absorveu os serviços nacionais de Malária, Peste e Febre Amarela.
1957	Criação do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, em Salvador/BA.
1965	O governo federal cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que concentrou numa estrutura única todos os institutos relacionados com a previdência social.
1970	Instituída a Fundação Oswaldo Cruz(FIOCRUZ).
1974	Foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social.
1975	É criado o Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6.229, que procurava coordenar as ações da medicina previdenciária.
1976	É fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES – que marca o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB. No ano de 1976 foi fundada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que teve grande influência no Movimento Sanitário.
1977	Foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) responsável pela prestação de assistência médica individual previdenciária existentes na época.
1980	Criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Tinha como pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento, a participação comunitária, e a regionalização definida por área e população.

1982	<ul style="list-style-type: none"> - A Fundação Oswaldo Cruz apresenta as primeiras vacinas contra o sarampo inteiramente fabricadas no Brasil. - Surge o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano do CONASP, que foi criado para racionalizar as ações de saúde, na tentativa de conter custos e combater fraudes. O modelo curativo dominante começa a ser abalado.
1983	<p>Foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo.</p>
1986	<ul style="list-style-type: none"> - O processo de reforma sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionou em março do referido ano à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada com o objetivo de fornecer subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão sobre a saúde na nova Constituinte; - I Congresso de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO.
1987	<ul style="list-style-type: none"> - Implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, como continuidade à estratégia até então adotada pelas Ações Integradas de Saúde – AIS; - Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária.
1988	<p>Foi aprovada a nova Constituição Federal do Brasil incluindo pela primeira vez uma sessão sobre a saúde e instituindo o Sistema Único de Saúde. Estabeleceu a saúde como direito universal e passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo. Seu conceito foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas e a assistência concebida de forma integral. Além da gestão participativa, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.</p>
1990	<ul style="list-style-type: none"> - Promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), que dispunha sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo. - Lei n.º 8 142, de 28/12/1990, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.
1991	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação da Norma Operacional Básica 01/91. - Foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

1993	<ul style="list-style-type: none"> - Portaria n.º 545, de 20/05/1993, aprovou a Norma Operacional Básica 01/93, regulamentando o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde; - Lei n.º 8 689, de 27/7/1993, extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.
1994	<ul style="list-style-type: none"> - Brasil comemora o recebimento do certificado de erradicação da poliomielite, emitido pela OMS. - Criação do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde.
1996	Resolução n.º 195 de 27/08/1996, aprovou a Norma Operacional Básica 01/96.
1997	Portaria n.º 1 886, de 18/12/1997, aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
1999	<ul style="list-style-type: none"> - Portaria n.º 1 399, de 15/12/1999, regulamenta a NOB SUS 01/96. - Lei n.º 9 782, de 26/01/99, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). - Foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose.
2000	Lei n.º 9 961, de 29/01/2000, cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e define sua finalidade, estrutura, atribuições, receitas, sua vinculação ao Ministério da Saúde, e sua natureza.
2002	Portaria n.º 373, de 27/02/2002, aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).
2003	Implementação do Programa nacional de Prevenção e Controle da Malária – PNPCM.
2004	Lançado o Programa Humaniza SUS - uma nova proposta de relação entre usuários e profissionais de saúde.
2006	<ul style="list-style-type: none"> - O maior evento de saúde pública, já realizado na América Latina, aconteceu de 21 a 25 de agosto no Riocentro, Rio de Janeiro. A programação incluiu a apresentação de mais de nove mil trabalhos científicos, conferências, debates, palestras, mesas-redondas, mostra de vídeos e painéis na área de saúde, decorrentes de trabalhos e pesquisas. - O Brasil foi o primeiro país da América Latina a receber a Certificação Internacional de Eliminação da Transmissão da Doença de Chagas pelo Triatoma Infestans. - Segundo um levantamento publicado na revista "Science", o Brasil se encontra na lista dos 20 países responsáveis por 90% da produção mundial de conhecimento científico na área da saúde.

2007	<ul style="list-style-type: none"> - Em março, o governo federal celebrou o Dia Internacional da Mulher (8/03) com o lançamento do Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. - O novo relatório da Organização Mundial de Saúde, divulgado em julho, informou que o país teve 35% de queda no número de brasileiros fumantes nos últimos 14 anos. Além disso, o documento mostrou que o Brasil é um dos países mais eficientes no esclarecimento sobre os males do cigarro. - Pesquisadores da Fiocruz patentearam mais uma arma na guerra contra o mosquito da Dengue: um biocida, feito a partir de uma substância de planta nativa brasileira, que mata 100% das larvas do inseto ao ser colocado em reservatório de água, sem causar danos a qualquer outra forma de vida. - No Brasil, a queda da incidência da malária chega a 15%, entre janeiro e outubro de 2007, em relação ao mesmo período do ano anterior. - O Brasil tornou-se referência em tecnologia sobre bancos de leite humano com baixo custo. - O Ministério da Saúde anunciou queda nos índices de mortalidade infantil.
------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A História da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças. No que concerne à saúde preventiva, ao longo de toda a existência, o Brasil enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Desde a década de 1960, ocorreu intensa publicação de normas para acompanhar o aumento da produção e consumo de bens e serviços, surgindo conceitos e concepções de controle. No movimento pela redemocratização do país, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento de diversos atores sociais, sujeitos coletivos e pessoas de destaque. É preciso, porém, reconhecer que a proteção e a promoção à saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos os cidadãos do país, o que implica participação e controle social permanente. (FUNASA)

Os dados acima buscaram elucidar uma história geral que está presente quando se pensa a saúde no plano político, sanitário e público. Sua abordagem neste trabalho assegura que para se estudar as origens e o desenvolvimento do campo da saúde é indispensável que o tema seja apreendido em suas múltiplas relações.

Diante do exposto percebemos o quão distante está o SUS real do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. Notamos que a saúde pública evolui em muitos aspectos devido às lutas sociais, e que a

população conseguiu ter acesso a um sistema de saúde público, porém, esse sistema real ainda está pautado em ações curativas e a sociedade tem que cobrar um investimento efetivo em ações de promoção e educação em saúde. É sobre educação em saúde que falaremos agora.

Educação para a Promoção da Saúde na Comunidade

A educação em saúde é um segmento com diversas faces, na qual tendem diferentes concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais refletem diversas compreensões do mundo. Nota-se que, dentre várias, duas dimensões dessas áreas se sobressaem e permanecem atualmente. A primeira abrange a aprendizagem sobre as doenças, suas consequências sobre a saúde e como evitá-las. A outra dimensão é assinalada como a promoção da saúde, que segundo Candeias (1997: 3) “pode ser compreendida como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”. Essa noção está pautada em um conceito de saúde ampliado ligado ao estado biopsicossocial do desenvolvimento humano, avaliado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que associa os aspectos biológico, psicológico e social. Assim, como ressalta a Diretoria de Programas de Educação em Saúde(DATASUS), da Organização Mundial de Saúde - OMS destacamos:

Em termos gerais, em relação às necessidades individuais a educação visa:

1. Desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito;
2. Desenvolvimento emocional;
3. Formação do espírito crítico;
4. Desenvolvimento da capacidade criativa;
5. Desenvolvimento do espírito de iniciativa;
6. Formação estética, ética e moral;
7. Desenvolvimento das peculiaridades de cada educando e
8. Assimilação dos valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando.

No plano das necessidades sociais, os objetivos da educação são:

Conservação e transmissão cultural;

Desenvolvimento do senso de responsabilidade social do educando;

Instrumentalização do educando para que participe conscientemente das transformações e do progresso social;

Formação política para o pleno exercício da cidadania;

Formação econômica;

Formação para as parcerias e solidariedade e integração social.

Segundo a Diretoria de Programas de Educação em Saúde(DATASUS), por meio do Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde, da OMS pontua que "o foco da educação em saúde esta voltado para a população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente".

O Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde (DATASUS), também da OMS, de acordo com a Diretoria de Programas de Educação em Saúde, ampliou esta afirmação ao alegar que "os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva".

Tais afirmativas referem-se aos objetivos da educação em saúde aliando ao significado da promoção da saúde, que esta última menciona a união entre os vários setores da sociedade, os quais devem concretizar parcerias na tentativa de procurar resolutividade para as dificuldades de saúde da comunidade. Entretanto, isto só se torna plausível a partir de um arranjo de estratégias que abrangem as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos e dos sistemas de saúde.

Através dos períodos históricos é notória, além de ter sido admitido por diversos autores, a significância da educação para a promoção da saúde como fator indispensável para a melhoria da qualidade de vida. Deste modo, para ter ações que previnam doenças e promovam saúde é preciso incluir uma abordagem educativa provocando a inclusão de conceitos e práticas adequadas, que passem a ser inseridas na rotina da população de forma a satisfazer suas legítimas necessidades.

A diminuição, manutenção ou elevação do nível de saúde da população está ligada às práticas de saúde, sejam estas adequadas ou não, pois, derivam de experiências e conhecimentos contínuos de ensino-aprendizagem, e, conseqüentemente, influenciam nas decisões a serem adotadas ao longo da vivência de tais indivíduos.

Há duas subdivisões no campo da educação em saúde, considerando seus objetivos estritos: a prevenção das doenças e a promoção de saúde. Propõe o autor três modelos justapostos: o modelo da saúde positiva como bem estar que precisa ser preservado; o da saúde negativa que representa a doença que deve ser evitada e o modelo da saúde global, muito mais complexo que procura englobar os determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais que interferem na saúde ou na doença. Destaca o autor que o modelo da saúde negativa, focado na doença, é muito mais aceito e largamente reproduzido em nossa sociedade sob o paradigma do modelo biomédico. (Paul, 2005 apud Medeiros e Silveira, 2007: 02).

De acordo com Medeiros e Silveira (2007: 02) “dessa forma, qualquer processo educativo deve considerar a participação dos diferentes sujeitos envolvidos. No que se refere à comunidade, os objetivos e técnicas devem ser definidos e planejados para que se possa atingir o nível de participação desejado”.

A participação pode ser simbólica quando a população é passiva e apenas incluída no processo, não sendo nem mesmo receptiva. Pode ser receptiva, caracterizada pela associação do recebimento de algum serviço do Estado. Pode ser ativa como nas mobilizações e mutirões e por fim a participação é real quando a população reivindica e assume processos que vão do diagnóstico, passam pelo planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas. (Pinto, 1982 apud Medeiros e Silveira, 2007: 02).

A partir disso, aliando a educação em saúde com a participação popular é preciso admitir que promover a saúde se torna um trabalho mais complicado do que anteriormente. Um fator relevante desta complexidade está relacionado ao envolvimento nas ações do Estado, e da sociedade civil, considerando-se as particularidades e autonomia dos sujeitos. (Souza, Colomé, Costa, Oliveira, 2005).

A autonomia é um ponto central para a promoção da saúde. Os indivíduos devem ser incentivados a se responsabilizar pela sua saúde, a qual deverá resultar das suas próprias escolhas. Considerando a complexidade dessa temática, questiona-se: será que todos os indivíduos possuem as mesmas condições e possibilidades de escolha? Como escolher alimentar-se de maneira saudável e variada se, muitas vezes, a situação financeira não permite sequer as condições básicas de alimentação? Como seguir as recomendações de higiene sem possuir as condições para tanto? Ao educador em saúde lança-se um desafio. Os questionamentos anteriores não são fáceis de responder. Acreditamos, porém, que seja importante construir espaços de reflexão coletiva com os sujeitos das nossas ações acerca das suas realidades de vida, considerando que isto pode resultar em uma práxis (ação conjugada com reflexão) que promova a integração entre os diversos grupos e setores da sociedade, na busca de soluções para os problemas de saúde, vivenciados por estes sujeitos, e, de melhores condições de vida. (Souza, Colomé, Costa, Oliveira, 2005, pg. 149).

Diante desses questionamentos levantados pelos autores e dentro da perspectiva de que na atualidade existe uma diversificação nas formas de abordar e educar em saúde, tais autores trazem dois modelos de educação presentes nos serviços de saúde no Brasil: a educação em saúde tradicional e a radical:

Modelo Tradicional	<p>A educação em saúde tradicional, também chamada de preventiva, objetiva a prevenção de enfermidades, centrando sua abordagem educativa na mudança de comportamento individual, foco embasado nos princípios da ideologia do individualismo. A educação em saúde tradicional pretende mudar comportamentos individuais através de estratégias educativas, na qual, quem ensina se posiciona como detentor do saber e o sujeito da ação educativa é posicionado como alguém que vai passivamente apreender os conhecimentos ensinados. Esta abordagem dificulta o desenvolvimento da consciência crítica desse sujeito, na medida em que parte do pressuposto de que o sujeito nada sabe e que é preciso preencher os espaços vazios da sua mente, depositando nesta os conhecimentos que se julgam importantes, sem que esse possa questioná-los.</p>
Modelo Radical	<p>O objetivo principal desse modelo é promover a saúde, considerando-a no seu sentido positivo. Para atingir tal objetivo deve-se promover a reflexão e a conscientização crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, estimulando e buscando a identificação coletiva das origens dessa realidade.</p> <p>Os pressupostos do modelo radical têm origem nas ideias de Paulo Freire. Este destaca a importância do modelo educativo que trabalha com o desenvolvimento da consciência crítica, processo facilitado pelo trabalho conjunto da análise coletiva dos problemas vivenciados pelos indivíduos e a busca de soluções e estratégias conjuntas para a mudança da realidade.</p> <p>O educador em saúde deve levar em conta, no seu trabalho educativo, a relação entre a vida dos indivíduos e a estrutura da sociedade em que eles estão inseridos, estimulando-os a agir como sujeitos de suas próprias vidas.</p>

Diante desses dois modelos, o que podemos analisar? Nota-se que no modelo tradicional, o foco é do profissional de saúde que fala e da população que abaixa a cabeça. Porém, se levarmos em consideração que a saúde está ligada a fatores sociais, políticos e econômicos, além dos biológicos e psicológicos, veremos que não adianta tanta informação se as condições e estruturas dessa mesma população não condiz com a realidade que lhe é passada. Se analisarmos essa educação tradicional notaremos que a responsabilidade, de possivelmente os indivíduos não manterem comportamentos saudáveis, será deles mesmos, pois, não são levados em consideração todos os aspectos para um indivíduo manter hábitos saudáveis.

Já no modelo radical o que precisa de atenção é a relação da autonomia dos sujeitos junto à ação educativa. O que podemos observar é que a população tem a oportunidade de escolher as opções, que no outro modelo era imposto, e nesse, passa a ser discutido. “Estabelece-se, então, um paradoxo

entre apresentar opções a serem escolhidas pelos sujeitos da ação educativa e a possibilidade destes escolherem autonomamente, tendo em vista que entendemos que nossas decisões estão alicerçadas no contexto de nossas vivências”. (Souza, Colomé, Costa, Oliveira, 2005, pg. 151).

Na perspectiva das autoras deste artigo, o modelo radical de educação em saúde, ainda que com limitações, é a forma mais adequada para o desenvolvimento de ações para educação em saúde com grupos na comunidade. Ao trabalhar com base neste enfoque o profissional pode ser capaz de instrumentalizar os participantes do grupo, estimulando sua consciência crítica e o exercício da sua ‘autonomia’ frente às decisões de saúde no âmbito individual e coletivo. (Souza, Colomé, Costa, Oliveira, 2005, pg. 151).

“Ficam claras as possibilidades que temos, como profissionais de saúde, de promover a conscientização dos indivíduos sobre a sua realidade e os aspectos desta realidade que podem ser transformados para favorecer escolhas saudáveis, trabalhando com grupos”. (Souza, Colomé, Costa, Oliveira, 2005, pg. 152).

O trabalho na comunidade permite ao profissional da saúde conhecer a realidade e as potencialidades do meio, o que deve facilitá-lo o trabalho no campo da educação em saúde. Nesta perspectiva, acreditamos que este trabalho não possa se limitar a atendimentos individuais e de demanda. Ao desenvolver o trabalho com grupos, o profissional tem a oportunidade de estimular os participantes a encontrar estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos pela comunidade.

Acreditamos que o trabalho em grupo nas comunidades se constitui em importante ferramenta para a conscientização crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e das suas condições de vida e saúde, como prevê o modelo radical de educação em saúde. Juntos, estes indivíduos podem perceber o potencial que o grupo tem para organizar e concretizar ações de mudança.

No trabalho com grupos os membros da comunidade podem se beneficiar com as trocas de experiências que ocorrem entre eles e, também, com as contribuições do profissional de saúde. Dessa forma, o grupo pode avaliar a necessidade de repensar suas atitudes em nível individual e coletivo. (Souza, Colomé, Costa, Oliveira, 2005, pg. 152).

As ações educativas em grupo podem ser desenvolvidas tanto nos serviços de saúde quanto nos diversos espaços sociais existentes na comunidade, e, é nesse momento que é importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes, para permitir uma troca de ideias, e também, estimular o indivíduo a construir um processo decisório autônomo.

Considerações Finais

O presente artigo buscou posicionar os principais momentos da trajetória histórica da saúde pública juntamente com o quadro político brasileiro, para que o leitor compreenda por meio da história, como surgiu esse tema e de que forma ele se apresenta atualmente. Salientamos que desde o período colonial

até os dias atuais muita coisa mudou, entrou governo, saiu governo, órgãos foram criados, reformulados e até extintos. Dessa maneira, dá para entender o porque de muitas coisas, como por exemplo, desde a resistência que muitas pessoas ainda tem em tomar vacina até a cultura de chegar cedo nas unidades de saúde e formar enormes filas.

A abordagem sobre a saúde tem a marca dos movimentos preventivistas e da medicina curativa, que com revisões sobre as questões da prevenção e da doença não só como ausência de saúde, partiram para um movimento conhecido como Reforma Sanitária, que tinha o intuito de criar um sistema único de saúde, o SUS, instituído na constituição de 1988, que só foi regulamentado no ano de 1990, através da Lei 8.080, que definia o seu modelo operacional, a sua forma de organização, seus princípios doutrinários, objetivos e atribuições.

Em decorrência da nova conjuntura da política de saúde, pautada na perspectiva do SUS é que surge a educação em saúde focada na dimensão da promoção da saúde que traz a consciência crítica e autonomia do indivíduo, busca-se a participação dos indivíduos na melhoria das condições de vida e saúde de forma coletiva, como foco central da referida dimensão.

Como já destacado, o modelo radical de educação em saúde sugere a conscientização crítica dos indivíduos acerca de sua condição de vida. Contudo, presumimos que o trabalho em grupo estabelece-se como um método dinamizador para que se ponha em prática os propósitos desse moderno modelo. É um processo lento e também um desafio para os trabalhadores de saúde confrontar cotidianamente com a estrutura precária dos serviços de saúde brasileiro.

Sabemos dos desafios que os profissionais de saúde têm que enfrentar diariamente em função das condições precárias do sistema de saúde no Brasil. Porém, é necessário que superemos esses obstáculos, para que possamos atingir o objetivo de desenvolver um trabalho diferenciado e que promova o crescimento da comunidade.

Referências Bibliográficas:

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf> Acesso em: 01 de junho.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.3, dez. 1996. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/356.pdf> Acesso em: 15 de junho de 2011.

CANDEIAS, Nelly M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública, 31(2), 209:13, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf> Acesso em: 15 de junho de 2011.

DATASUS. Educação em Saúde: Histórico, Conceitos e Propostas. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm#EDUCAÇÃO> Acesso em: 03 de Junho de 2011.

GOULART, F. A. Saúde da Família – boas práticas e cuidados virtuosos. Ed. Adufu, 2007, Uberlândia/MG.

JÚNIOR, A. P.; JÚNIOR, L. C. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf Acesso em: 05 de junho de 2011.

MEDEIROS, B.; SILVEIRA, J. L. G. C. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. Dynamis revista tecno-científica (out-dez/2007) vol.13, n.1, 120 -126. Disponível em: <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/dynamis/article/viewFile/379/354> Acesso em: 09 de junho de 2011.

PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. O mundo da saúde São Paulo: 2007: jul/set 31(3):320-328. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf Acesso em: 01 de junho de 2011.

POLIGNANO, M. V. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil – uma pequena revisão.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 ago;26(2):147-53. Disponível em:

seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4547/2478
Acesso em 05 de junho de 2011.

Sites consultados:

<http://www.funasa.gov.br/internet/museuCronHis.asp>

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf

<http://vsites.unb.br/fs/disciplina/173215/saudecoletiva.doc>

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude/>