



A Educação em Saúde no Brasil

Maria Nizete Tavares Alves¹; Julio César Cardozo Rolón²; Márcia Cristina Moraes Cotas Videira³

Resumo: A presente investigação objetivou evidenciar a Educação em Saúde no Brasil, programas de prevenção e erradicação de doenças desenvolvidas para a população brasileira, de maneira a contribuir com a comunicação da qualidade de vida necessária ao bem estar do cidadão. Também se propõe apresentar os principais programas e ações promovidos pelo Ministério da Saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde. O contexto em que se desenvolve é no Brasil. O estudo foi realizado a partir da análise dos documentos do Ministério de Saúde e de vários autores brasileiros que tratam o tema da saúde. O enfoque dessa investigação é o qualitativo. Nível de conhecimento alcançado é o descritivo. O desenho foi o não experimental. As principais conclusões encontradas pela pesquisadora é que, existe um grande número de ações que são desenvolvidas no país, com resultados positivos, mas ainda faltam trabalhar sobre várias dificuldades nesta matéria.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Prevenção, Erradicação.

Health Education in Brazil

Abstract: The present investigation aimed to highlight Health Education in Brazil, prevention and eradication programs for diseases developed for the Brazilian population, in order to contribute to the communication of the necessary quality of life for the well being of the citizen. It is also proposed to present the main programs and actions promoted by the Ministry of Health since the creation of the Unified Health System. The context in which it is developed is in Brazil. The study was carried out based on the analysis of documents from the Ministry of Health and several Brazilian authors who deal with the topic of health. The focus of this investigation is qualitative. Level of knowledge achieved is descriptive. The design was non-experimental. The main conclusions found by the researcher is that, there are a large number of actions that are developed in the country, with positive results, but there are still work to be done on various difficulties in this matter.

Keywords: Health Education, Prevention, Eradication.

¹ Professora Assistente da Universidade Regional do Cariri - URCA. Curso de Enfermagem. Enfermeira da Secretária de Saúde de Juazeiro do Norte. Mestrado em Ciências da Educação. Universidade Tecnológica Intercontinental, UTIC, Paraguai. Doutoranda em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina do ABC. nizeteta@gmail.com;

² Doutorado em Ciências da Educação - Universidad Tecnológica Intercontinental. Atualmente é director de currículo - Universidad Tecnológica Intercontinental.

³ Doutora em Ciencias de la Educación pela Universidad Autónoma de Asunción - Py

Introdução

A educação para a saúde é considerada como um dos aspectos primordiais no processo educacional global. É baseado em objetivos e não pode ser desvinculado dos fatores sócio-econômicos e políticos que refletem o bem-estar do cidadão. Até por que são fatores indissociáveis.

A saúde individual ou da família é de responsabilidade de cada indivíduo e do líder familiar, entretanto, quando o problema da saúde torna-se de relevância pública compete às instituições públicas e à comunidade buscar soluções, possuindo, assim, uma dinâmica diferente. Nesse sentido pode-se focar a educação para a saúde em três níveis: individual, familiar e da comunidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde¹, saúde é “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Então, pode-se considerar a saúde uma associação saudável de fatores físicos, psicológicos e sociais que interferem no bem estar do indivíduo. Se tais fatores estão bem, a saúde também está. A saúde então está diretamente relacionada a qualidade de vida das pessoas.

Esse conceito pode não ser o real já que, no Brasil assim como em outros países em desenvolvimento, as discrepâncias sociais tem sido motivo de políticas de uma saúde mais humanitária na busca mais pela prevenção que no remédio. Até por que, se considerando tal conceito de saúde, não existe ser humano perfeitamente saudável. Na verdade, existem determinantes sociais que influenciam nas políticas da saúde pública no Brasil.

O presente estudo aborda a saúde num contexto amplo, a comunidade. Isso, pois, o Brasil tem conseguido excelentes resultados em questões científicas voltadas à saúde, o que demonstra a preocupação dos governantes e estudiosos acerca do tema, bem como a necessidade de garantir à população um atendimento e entendimento acerca da saúde. Assim, o tema desse estudo é “A Educação em Saúde no Brasil”.

A Educação em Saúde é um dos mais importantes elos entre os anseios e perspectivas da população por uma vida melhor e, ao mesmo tempo, são valores e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes. Assim, entende-se a importância da educação em saúde para a realidade em que se encontra a população brasileira.

¹ Disponível em www.portal.saude.gov.br/.../saude/

Ante o disposto nos indagamos: Quais os reflexos da Educação em Saúde na saúde da população dos cidadãos brasileiros a partir dos documentos oficiais do Ministério de Saúde do Brasil e das Secretarias de Saúde do Estado, durante o período de 2000 até 2010?

O objetivo geral do presente estudo foi: evidenciar a evolução da Educação em Saúde e como esta tem repercutido na saúde da população brasileira a partir dos documentos oficiais do Ministério de Saúde do Brasil e das Secretarias de Saúde do Estado, durante o período de 2000 até 2010. Para isso foi necessário também: 1) Identificar o conceito de Educação em saúde nos documentos oficiais; 2) Conhecer os motivos da necessidade da Educação em saúde no que se refere à população brasileira; 3) Identificar os meios que tem promovido a Educação em Saúde; 4) Relacionar, se existirem, os programas de Educação em Saúde de ordem individual, familiar e coletiva e 5) Identificar as relações produtivas entre os indivíduos e os programas de Educação em Saúde.

O caminho à Educação em Saúde no Brasil

As políticas públicas de saúde têm sido muito importantes para a população de todo o país. Não se pode afirmar, mas, as políticas públicas no Brasil vêm mostrando pautar-se mais em interesses econômicos e políticos que sociais, já que, é crescente a dependência de segmentos cada vez maior da população, que por sua vez, não tem conseguido ter atendimento satisfatório. Entretanto, ainda que desse modo, pode-se admitir que muita coisa melhorou desde o início da implantação dos programas de educação em saúde visando a saúde da população.

Conforme mencionado, os primeiros passos na direção de programas de educação em saúde no Brasil foram dados por Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira, no estado do Rio de Janeiro e posteriormente por Horácio de Paula Souza, no estado de São Paulo. Nessa época surgiu o educador sanitário, preparado pelo Instituto de Higiene do Estado, com responsabilidade de divulgar de noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais. Na mesma época era criada em Pernambuco, por Amaury Medeiros, a Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência.

A fundação do Ministério da Educação e Saúde (MES), na década de 30, centralizou a saúde devido ao processo revolucionário de 1930, fato que sufocou as iniciativas estaduais, a concentração das atividades sanitárias somente nas capitais brasileiras.

O Ministério da Educação e Saúde, reunindo estas duas funções paralelas, tinha condições de proporcionar aos administradores as oportunidades de conjugá-las e prover um campo educacional extraordinário para o propósito de tornar a vida saudável.

Como informa Brito Bastos (1969) em relatório:

Essa oportunidade, porém, não foi explorada na prática. Os Serviços de Educação Sanitária, quando muito, limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; distribuíam na imprensa do país pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde; editavam periódicos sobre saúde; promoviam concursos de saúde e lançavam mãos dos recursos audiovisuais para difundir os conceitos fundamentais da saúde e da doença. Os esforços se concentravam, dessa forma, na propaganda sanitária e, neste setor, já bastante reduzido, dava-se preferência às formas escritas, visuais, de propaganda, sem considerar o grande número de analfabetos no país, que era de 60%, em 1940. Esses analfabetos se concentravam, como era de se esperar, nas baixas camadas das populações urbanas e no campo.

Nesse contexto, cabe apresentar o conceito de promoção da saúde, bem como o direito à saúde, a responsabilidade social e as bases conceituais da Educação em Saúde, item 2.4 deste.

As políticas sociais brasileiras para o atendimento à saúde têm sido consideradas fragmentárias, talvez por atenderem-se mais ao atendimento setorial e emergencial, de maneira que os governos busquem apoio nas bases sociais para manter-se no poder, atendendo raras reclamações da sociedade visando interesses contraditórios e permitindo um tipo de acesso mais excludente. Entretanto, a população está sempre esperando melhoras significativas no que se refere às suas necessidades básicas.

Apresentada em 2009 pelo Ministério da Saúde, a Cartilha da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, traz a Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A referida portaria traz as seguintes considerações, conforme Brasil (2009, p. 12):

Art. 1º Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Parágrafo Único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Entende-se então que a educação em saúde deva atender a cada região de acordo com suas especificidades e necessidades. Isso demonstra uma maturidade na concepção de quais problemas se tratam e como resolvê-los, já que, há atendimentos que apresentam maior incidência numa região que em outra, como atendimento na prevenção da e na erradicação da Febre Amarela, cuja ocorrência é mais incidente na região Amazônica.

O artigo 4º deixa clara a obrigatoriedade de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, donde se subentende uma busca cotidiana na manutenção e inovações de políticas da saúde, reafirmando a obrigatoriedade de se considerar sempre as maiores necessidades da população em questão.

Em relação à formação e capacitação contínua, o artigo 13 traz que “A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta portaria” (BRASIL, 2009, p. 12).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde trata também da distribuição e alocação dos recursos federais para os estados e Distrito Federal. Para tanto, existem critérios para que a adesão às políticas setoriais de saúde se proponha ao desenho tecno-assistencial, cujo objetivo de investimento é a qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada.

São os critérios:

O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. Os dados utilizados são da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS e DAPE/SAS) para o ano anterior. Os seguintes critérios compõem este grupo:
C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%)
C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%)
C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial – 1Caps/100.000 hab. (10%). (BRASIL, 2009, p. 16).

Em se tratando do número de profissionais da saúde que presta serviço para o SUS a cobertura é de 20% e, em relação à população do estado, a cobertura é de 10%.

O terceiro e último conjunto de critérios busca dar conta das iniquidades regionais. Os critérios utilizados nesse grupo são: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos de saúde. Quanto menor o IDH-M maiores as barreiras sociais a serem enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. [...] quanto menor a concentração de instituições de ensino na área da Saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. [...] maior recurso será destinado

aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento do contexto local. (BRASIL, 2009, p. 17).

Fica clara a prioridade em se atender à demanda local. Outra vertente trazida Cartilha refere-se à formação dos trabalhadores de nível técnico que segundo se pode observar, é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, já que é capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população. Isso, considerando a importância dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

Segundo o BRASIL (2009, p. 25), as ações para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da Saúde “devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social”.

Existem questões que permeiam a formulação e apoio à gestão da educação permanente em saúde e processos relativos em âmbito estadual. A principal questão é identificar se existe uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. Se existe, outras questões devem ser respondidas, como:

- Que estrutura organizacional é responsável pela condução dessa política no âmbito estadual?
- Qual a dotação orçamentária estadual destinada à Política Estadual de Educação Permanente em Saúde?
- Qual a participação dos gestores municipais e das instâncias de controle social na formulação e implementação dessa política?
- O Plano Estadual de Saúde contempla as questões da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS?
- Que linhas de ação estão contempladas na Política Estadual de Educação Permanente em Saúde?
- O que foi realizado nos últimos dois anos nesta área? (BRASIL, 2009, p. 29).

Essas questões podem ser consideradas como pontos norteadores e de controle das políticas educacionais existentes no âmbito estadual e, num segundo momento, no âmbito municipal, já que, as responsabilidades em relação à promoção da saúde acontecem também nesse contexto.

Outra questão refere-se a como o Estado lida com as demandas de educação na saúde. É preciso identificar que atores demandam a estrutura estadual por ações de formação e

desenvolvimento dos trabalhadores na saúde; verificar se os trabalhadores de saúde participam da construção e encaminhamento dessas demandas e como o estado constrói a resposta a estas.

É preciso ainda saber quais as necessidades de qualificação profissional (nível superior e técnico) e de elevação de escolaridade dos profissionais de saúde no estado. Assim, deve-se estabelecer instrumentos avaliativos para acompanhar as ações das instituições executoras de processos educativos na saúde e suas repercussões sobre os serviços de saúde em âmbito municipal e estadual.

Quanto às questões acerca das Responsabilidades Municipais na Educação na Saúde,

Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento. (BRASIL, 2009, p. 35).

O Município, assim como o Estado e o Governo Federal, tem suas responsabilidades quanto à Educação em Saúde, e tais responsabilidades devem constar e serem compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual nas respectivas esferas de gestão e seus prazos próprios para formulação.

A promoção da saúde

O que de fato significa “promoção da saúde”? Candeias (1997) define promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Isso, combinando os múltiplos determinantes da saúde, que são os fatores genéticos, o ambiente, os serviços de saúde e principalmente o estilo de vida, com múltiplas intervenções ou fontes de apoio.

Em relação ao enfoque educacional, tem-se que a educação em saúde tal como organizacionais e reguladoras, estão relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde, que são as forças da dinâmica social, que incidem sobre uma situação específica e vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população. Dizem ainda respeito aos fatores ambientais, que precisam ser considerados no planejamento de atividades de promoção em saúde.

De acordo com a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, Canadá, em 1986, a promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde.

Entretanto para que esse objetivo seja alcançado, torna-se necessária uma sólida e adequada implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam. Este princípio deve aplicar-se igualmente às mulheres e aos homens (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Muitos são os princípios e os conceitos que fundamentam a prática da educação em saúde e da promoção em saúde. A educação em saúde busca gerar mudanças de comportamento individual; a promoção em saúde visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, por meio da legislação (CANDEIAS,1997).

Brant e Melo (2001) destacam que a promoção da saúde implica combinação de estratégias: ações do Estado - políticas públicas saudáveis; da comunidade - reforço da ação comunitária; de indivíduos - desenvolvimento de habilidades pessoais; do sistema de saúde - reorientação do sistema de saúde, e de parceiras inter-setoriais.

O direito à saúde a responsabilidade social

O cidadão brasileiro sabe de seu direito à saúde e da responsabilidade governamental ante a sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde. Isso inclusive já fora tema de conferências. De acordo com Salzano (2002), a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a posse do melhor estado de saúde capaz de ser atingido constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano independente de raça, religião, opiniões políticas e condição econômica ou social.

Segundo Moraes (1996) o Brasil, como Estado do Bem-Estar Social, compromete-se, através do Artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Convém lembrar que a saúde sempre esteve vinculada ao âmbito coletivo-público-social, tendo, portanto, passado por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias decorrentes das delicadas articulações entre sociedade e Estado que, segundo Paim e Alves Filho (1998), definem, em cada conjuntura, as propostas sociais face às necessidades e aos problemas de saúde.

Numa tentativa de reorganizar a assistência à saúde o Brasil cria na década de 90, o Sistema Único de Saúde (SUS), escrito na Constituição de 1988 com legislação complementar baseada nas leis 8080/90 e 8142/90. Este sistema visa o atendimento à população de todos os segmentos sociais, e é parte da Reforma Sanitária e da descentralização da saúde, que pela municipalização torna-se principal linha para a sua implementação.

A Legislação Básica do SUS compreende segundo Ministério da Saúde:

- Constituição Federal (artigos 196 a 200)
- Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
- Lei 8.080, de 19/9/1990. Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei 9.836, de 23/9/1999. (Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080).
- Lei 11.108, de 07/4/2005 (Altera a Lei no 8.080).
- Lei 10.424, de 15/4/2002 (Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080).
- Lei 8.142, de 28/12/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Portaria 2.203, de 05/11/1996. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.
- Portaria 373, de 27/2/2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.
- Resolução 399, de 22/2/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

O atual texto constitucional, segundo Cohn e Elias (1996) sela uma seguridade social, constituído por um conjunto integrado de ações assegurando os direitos relativos à saúde, assistência e Previdência Social.

Com relação ao direito à saúde, a Constituição garante, através do Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Segundo Schwingel (2002), a Constituição de 1988 trouxe mudanças significativas na área da saúde. Segundo Schraiber, Nemes e Mendes Gonçalves (1996), o sistema de assistência

é o primeiro atendimento, e visa atender as necessidades básicas de saúde. De acordo com Alves, Arratia e Silva (1996), a saúde sob enfoque de promoção, corresponde a um conceito de caráter prático e multidimensional, pois se preocupa com a saúde de forma ampla, focalizando sua tendência de favorecer a constituição de uma população saudável, sobretudo no estilo de vida.

É relevante mencionar que no período de 1989/1990, foi elaborada a lei n.º 8080/90 - Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Foram também criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação em âmbito regional e municipal. As Leis Orgânicas Municipais, promulgadas em 1990, incorporam os princípios constitucionais, federal e estadual e trouxeram para os municípios um novo papel frente ao SUS.

Nesse contexto foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, mas com proposta de um modelo assistencial integral, salientando as condições básicas de saúde e investindo na promoção da saúde familiar. O referido programa desponta como uma das estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde (MS) em reorganizar o modelo assistencial brasileiro. Segundo Negri (*apud* SANTANA e CARMAGNANI, 2001), “durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população”.

Ainda segundo Negri (*apud* SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

O resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais dinheiro com o tratamento das doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção da saúde, gerando um círculo vicioso.

Na realidade o início do PSF aconteceu em 1991 com a implantação, de iniciativa municipal, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, conhecido como PACS, que constitui numa estratégia de mudança entre o sistema anterior tradicional de provisão de serviços de saúde e o PSF.

O município é responsável pela programação e realização da seleção e treinamento dos agentes na comunidade, os chamados agentes comunitários de saúde. Estes, por sua vez devem pertencer à própria comunidade, de maneira que estejam preparados para orientar as famílias a

cuidarem de sua própria saúde e da saúde da comunidade., devendo atender pelo menos 750 pessoas fazendo visitas domiciliares a cada uma dessas famílias identificadas pelo menos uma vez por mês, conforme informa Cianciarullo et.al, (2002).

Educação: método de prevenção à saúde da população

A saúde da população sempre foi um tema preocupante aos homens e à sociedade. Nesse sentido, a educação tem recebido diversas definições. Para Platão, a educação "consiste em dar ao corpo e à alma toda a perfeição de que são capazes". Para Kant, significa "o desenvolvimento, no indivíduo, de toda a perfeição de que é capaz".

Para Johann Friederich Herbart, é "a ciência que tem por fim a formação do indivíduo por si mesmo, despertando nele a multiplicidade de interesses". James Mill dizia que a educação tem por finalidade "fazer do indivíduo um instrumento de felicidade para si mesmo e seus semelhantes". Para o psicólogo Henri Joly a educação consiste "no conjunto dos esforços que tem por fim dar a um ser a posse completa e o bom uso de suas diversas faculdades".

Tais definições transparecem que o ideal da educação é a perfeita realização da natureza humana. Vale lembrar que a educação sempre foi voltada para a pessoa humana, e desse modo, deve ser compreendida e analisada de maneira que se enfoque o ser humano em seus aspectos biopsicológicos e sociológicos.

De acordo com Scotney (1981, p. 17):

Do ponto de vista biopsicológico, a educação tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, com vistas a formação e ao desenvolvimento de sua personalidade. Sociologicamente, a educação é um processo que tem por fim conservar e transmitir cultura, atuando como importante instrumento e técnica social.

Segundo Scotney (1981), em termos gerais, em relação às necessidades individuais a educação visa: o desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito; o desenvolvimento emocional; a formação do espírito crítico; o desenvolvimento da capacidade criativa; o desenvolvimento do espírito de iniciativa; a formação estética; a formação ética; a formação moral; o desenvolvimento das peculiaridades de cada educando e assimilação dos valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando.

Ainda segundo Scotney (1981), no plano das necessidades sociais, os objetivos da educação são: a conservação e transmissão cultural; o desenvolvimento do senso de

responsabilidade social do educando; a instrumentalização do educando para que participe conscientemente das transformações e do progresso social; a formação política para o pleno exercício da cidadania; a formação econômica; a formação para as parcerias e solidariedade e a integração social.

A educação é um processo representado pelas influências sofridas pelo indivíduo, com o propósito de modificar-lhe o comportamento. Nesse sentido existem dois tipos de educação pelos quais essas influências são exercidas e sentidas pelo educando: a heteroeducação e a auto-educação.

No primeiro tipo as influências incidem sobre o indivíduo independentemente de sua vontade; não há a participação determinada e intencional do próprio sujeito da educação; ele é levado inconscientemente a participar do processo. Já na auto-educação, existe a participação intencional do educando em procurar influências irão lhe modificar o comportamento, pois ele irá submeter-se a elas.

O trabalho a ser desenvolvido na área de educação em saúde está voltado para a auto-educação, pois exprime a tomada de consciência por parte do indivíduo acerca da importância do processo educativo para sua formação e desenvolvimento.

Existem, portanto, as funções educativas, que podem ser representadas por cinco atividades, e que estarão integralmente contidas nas ações de educação em saúde, como explicita Scotney (1981):

- Estimulativa, que busca atrair o indivíduo para participar do processo educativo;
- Exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências;
- Orientadora, que enfoca os aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência;
- Didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos e,
- Terapêutica, que permite retificar os eventuais descaminhos do processo educativo.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo. Qualitativo por traz uma abordagem que não se preocupa em estabelecer leis para generalizações, e, seus dados objetivam a compreensão de certos fenômenos, nesse caso, o reflexo da educação em saúde na população brasileira; ampara-se mais no aspecto subjetivo dessa ação social. Os dados quantitativos apresentados

para fins desse estudo não foram coletados pela pesquisadora deste, são informações de caráter quantitativo (números e percentuais) apresentados em relatórios estatísticos, como os dados do IBGE e do Ministério da Saúde.

As amostras, segundo as fontes apresentadas nesse estudo, são representativas. Os dados quantitativos têm tratamento estatístico e analítico.

Desenho da investigação

É de desenho não experimental. Segundo Sampieri (2006) na pesquisa não experimental não há manipulação de variáveis, apenas observam-se os fenômenos tal como se produzem em seu contexto natural, para depois analisá-los. Não há tentativa deliberada e controlada de produzir efeitos diferentes através de diferentes manipulações. Isso, pois, a saúde no Brasil tem uma história própria, desvinculada da opinião particular do investigador, que apenas observa o fenômeno e o descreve como se encontra apresentado.

É descritivo, pois, apenas retrata a situação como ela é. É um estudo bibliográfico por explicar (ou descrever) o fenômeno a partir de referências teóricas publicadas em livros, revistas especializadas, jornais, internet e outros. É documental por que apresenta informações contidas em documentos conservados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: anais, regulamentos, ofícios, memorandos, balancetes, diários, cartas pessoais, outros.

População e amostra

Por se tratar de um tema que abrange todos os cidadãos que vivem no Brasil, não há como delimitar numericamente a população, isto, pois, os dados que constam nesse estudo são extraídos de documentos públicos e estes, por sua vez, consideram nas suas pesquisas o que consideram “amostras representativas”. Assim, tanto a população como a amostra não são contabilizadas numericamente, mas em percentuais de acordo com dados já prontos, a partir das fontes como o Ministério da Saúde. E segundo as fontes, a amostra é representativa.

Técnicas e instrumentos de coleta de dados

As informações qualitativas e quantitativas relacionadas nessa investigação são de fontes documentais. Têm tratamento estatístico e analítico, de acordo como constam apresentadas oficialmente.

Processamento e análise dos dados

Os resultados apresentados nessa investigação vêm de fontes documentais, de domínio público. No entanto, as informações encontram-se analisadas qualitativamente, visto que, muitas se apresentam em percentuais e tabelas informativas.

Resultados e Análise

Essa investigação é de abordagem qualitativa, de desenho não experimental, do tipo descritivo. Uma pesquisa bibliográfica e documental. Versa sobre a Educação em Saúde no Brasil. Objetivou-se através de informações teóricas e dados estatísticos mensurados pelo Ministério da Saúde, identificar os reflexos da Educação em Saúde na saúde da população dos cidadãos brasileiros.

Para atingir ao objetivo geral discorreu-se sobre o conceito e as causas da Educação em Saúde no que se refere à população brasileira, bem como os meios de promoção e programas da saúde pública, além dos principais resultados decorrentes da Educação em Saúde no Brasil.

Confrontando o aporte apresentado por Brasil, Candeias (1997), Cohn (1996), Mendonça (1982) e o Ministério da Saúde, pode-se compreender que a Educação em Saúde busca a organização dos elementos educativos de programas que podem ser desenvolvidos em quaisquer ambientes, como no trabalho. Visando portanto, a qualidade de vida, que é a promoção da saúde, e relaciona-se a diversos fatores que nela influenciam, como o ambiente e os serviços de saúde oferecidos. O enfoque educacional, refere-se mais ao comportamento humano e as políticas de ações voltadas à saúde.

No entanto o maior desafio é a promoção da saúde pública, visto existirem diferentes contextualizações sociais dentro do Brasil, fato que vem de encontro às colocações de Paim (2005), ao explicar que dentro de uma mesma região pode haver disseminações e epidemias

diferentes, com difícil controle e erradicação. Ainda assim, visa-se uma promoção da saúde estudando todas as possibilidades. Isso é visível, por exemplo, nas campanhas de vacinação em massa e na popularização das informações através da mídia em todas as suas representações.

Analisando os dizeres de Brito Bastos (1962), compreende-se que a história da promoção da saúde no Brasil mostra uma preocupação não muito recente, datada de 1924, quando foi criado o primeiro Pelotão da Saúde numa escola Rio de Janeiro e posteriormente a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo. No entanto com a fundação do Ministério da Saúde houve no início a centralização da saúde, limitando o poder de iniciativas estaduais e atividades sanitárias no país.

A partir da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa (1986), é que a promoção da saúde passou a visar a redução das desigualdades entre as populações, como o objetivo de lhes assegurar igualmente as oportunidades e recursos para a saúde. Até por que, a Constituição Brasileira traz em seu artigo 196 o direito do cidadão à saúde, e à saúde igualitária.

Na busca pela reorganização da assistência à saúde cria-se no Brasil, na década de 90, o Sistema único de Saúde, para ampliar o atendimento à população em todos os segmentos. Ressaltando, porém, conforme destaca o Ministério da Saúde, que se criou o SUS visando à assistência básica, o primeiro atendimento.

Com as propostas de ampliação desse atendimento as Leis Orgânicas Municipais e as Constituições Estaduais passaram a incorporar e desenvolver um novo papel do SUS, contexto no qual foi criado, dentre alguns programas, o Programa Saúde na Família, que segundo Cianciarullo et. al. (2002), destinado para uma assistência integral, salientando as condições básicas de saúde e investimento na promoção da saúde familiar, cujo percentual de atendimento foi destacado pelo Ministério da Saúde, Tosta e Thomé (2010).

São vários e diversificados programas e ações de prevenção à saúde e combate às doenças, todos disponíveis à toda a população, de maneira igual, conforme se prezou com a criação do SUS.

Confrontando os aportes trazidos por Tosta & Thomé (2010), Schwingel (2002), Schraiber et. al. (1996), Santana (2001), Ministério da Saúde e o Instituto Criança é Vida, nota-se que há programas para jovens, crianças e idosos; para o homem e para a mulher, também para GLTTS; programas de saúde física, bucal, mental e para deficientes. São programas

específicos e direcionados também a determinadas partes da população, como é o caso da promoção da saúde do trabalhador.

Os programas de erradicação das doenças são feitos através da promoção da vacinação em massa em todo o país, em datas iguais – uma mobilização de ordem nacional. Um fator muito relevante refere-se à humanização do atendimento, que tanto deixava a desejar.

É certo que ainda há muito que se fazer em relação à prevenção e erradicação de doenças e promoção da saúde, entretanto, percebe-se um grande avanço da promoção da saúde popular no Brasil, com investimento e criação de secretarias para o desenvolvimento de programas específicos de saúde, além de programas mais regionais, como o apresentado pelo Instituto Criança é Vida, cujos projetos visam atender ao que médicos e psicólogos consideram o básico para a prevenção de doenças e para o bom desenvolvimento de bebês e crianças.

O histórico da educação para a saúde no Brasil mostrou, desde a criação do SUS, com a criação de políticas específicas de atendimento à diversidade de doenças e da população, um grande avanço, prova, os números no Ministério da Saúde e do Conselho Regional de Medicina do Paraná (2010).

Conclusões

A promoção da saúde no Brasil teve um passo decisivo com a criação do Sistema Único de Saúde; posteriormente, com a criação de políticas públicas voltadas para cada especificidade, como a Saúde da Mulher, Saúde do homem, Combate à AIDS, Vacinação, dentre outros.

Foram e são inúmeras as campanhas de prevenção e erradicação de doenças, como a vacinação da paralisia infantil, que colocou o Brasil no primeiro lugar no *ranking* mundial de erradicação da doença.

A descentralização da política pública de atendimento à saúde da população foi o grande trunfo do Ministério da Saúde para atender a demanda social. Os PAs (pronto atendimentos), os Postos de Saúde da Família, SAMU 192, dentre outras estratégias de descentralização, permitiram e ainda permitem o aumento do número de atendimento à população, já que, são atendimentos mais direcionados.

O investimento nessa descentralização e no trabalho à prevenção de doenças tem um resultado positivo, como a melhoria da qualidade de vida da população e, conseqüentemente, diminuição de gastos com remédios, internações e outros recursos. É notório que investir na

prevenção e na humanização do atendimento à população tem refletido uma população mais saudável, mais ativa e mais preocupada em manter a saúde em perfeito estado, atendendo, por exemplo, às campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde e parcerias.

Assim, essa investigação cumpre o objetivo de esclarecer que a Educação em Saúde tem de fato promovido a erradicação de várias doenças, diminuindo os gastos com a saúde pública no Brasil, também através de programas de prevenção e erradicação de doenças em todos os contextos sociais. E ainda, essa estratégia deve ser uma ação contínua de prevenção e erradicação de doenças.

Parece claro existir uma demanda por políticas públicas com mais investimentos em divulgação de temas relacionado a Educação em Saúde, bem como estudos nesta linha de investigação. A comunicação da promoção de programas voltados à qualidade de vida da população é de interesse científico e social.

Referências

ALVES, Elioenai Dornelles; ARRATIA, Alejandrina; SILVA, Denise M.Guerreiro V. da. Perspectiva Histórica e Conceitual da Promoção da Saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1 n. 2, p. 2-7 - jul./dez. 1996.

BRANT, Luis C.; MELO, Marilene B. de. Promoção da Saúde e Trabalho: um desafio teórico e metodológico para a saúde do trabalhador. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, p. 55-62, jan/abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Seção da Saúde, Brasília: **Ministério da Saúde**, 1988, art. 196, p. 132-133.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>. Acesso em 13 de abril, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Disponível em <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Promocao/psnobrasil.htm>. Acesso em 13 de abril, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Reforsus**. Disponível em http://www.reforsus.saude.gov.br/pag_reforsus.asp. Acesso em 17 de abril, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In: Capacitação para Conselheiros de Saúde* - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRITO BASTOS, N. C. **Educação Sanitária**: Um Relatório - Semana Médica nº 506, 1969, Rio de Janeiro, RJ.

CANDEIAS, Nelly M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, abr. 1997.

CARTA DE OTTAWA. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, Novembro, 1986. Disponível em http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html. Acesso em 28 de abril, 2010.

CIANCIARULLO, Tamara I.; GUALDA, Dulce M. R.; SILVA, Gilberto T. R. da; CUNHA, Isabel C. K. O. **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. M. Equidade e reformas nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, 2002.

_____. **Saúde no Brasil**: Políticas e Organização de Serviços. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. 05/05/2010 - **Pnad reúne informações que podem auxiliar a melhoria dos serviços de saúde**. Disponível em http://www.crmpr.org.br/lista_ver_noticia.php?id=3555. Acesso em 09 de maio, 2010.

MENDONÇA, Geysa F. – **Educação em Saúde, um Processo Participativo** - Ministério da Saúde SNABS/DNES – mimeo. Brasília, DF, 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. **Educação em Saúde**: Histórico, Conceitos e Propostas. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.ht>. Acesso em 28 de abril, 2010.

MORAES, José L. B. de. O direito da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina (PR), n. 51, p. 22-29, jun. 1996.

PAIM, Jairnilsom Silva. **Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI**. BA, UDUFBA, 2005.

SALZANO, Francisco M. Saúde Pública no Primeiro e Terceiro Mundos: desafios e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2002.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia da pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTANA, Milena L.; CARMAGANANI, Maria I. Programa Saúde da Família: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n.1, jan/jul. 2001.

SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, Maria I. B.; MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHWINGEL, Gladecir. A Fisioterapia na Saúde Pública: um agir técnico, político e transformador. *In*: BARROS, Fabio B. Monteiro de (Org.). **O Fisioterapeuta na Saúde da População**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 227-238.

SCOTNEY, N. **Educação para a Saúde**. trad. Maria Terezinha C. Aflavo. São Paulo – SP: Ed. Paulinas, 1981.

TOSTA, Wilson; THOMÉ, Clarissa. Programa de Saúde da Família já atende mais da metade da população. **Jornal O Estadão**. São Paulo – SP, 01 de abril de 2010.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

ALVES, Maria Nizete Tavares; ROLÓN, Julio César Cardozo; VIDEIRA, Márcia Cristina Moraes Cotas. A Educação em Saúde no Brasil. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Fevereiro/2020, vol.14, n.49, p. 652-670. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 25/02/2020;

Aceito: 28/02/2020.