



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SIMONE ROECKER

**O TRABALHO EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO ÂMBITO DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Maringá

2010

SIMONE ROECKER

**O TRABALHO EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO ÂMBITO DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Silva Marcon

Maringá

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

R171t	<p>Roecker, Simone</p> <p>O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família no âmbito da 10^a Regional de Saúde do Paraná.-- Maringá, 2010.</p> <p>145 f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá-PR, Faculdade de Enfermagem, área de concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida, 2010.</p> <p>1. Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação em saúde. 4. Enfermagem em saúde pública. 5. Papel do profissional de Enfermagem. I. Universidade de Maringá. Departamento de Enfermagem. II. Título.</p> <p>CDD 21.ed.610.73</p>
-------	---

SIMONE ROECKER

**O TRABALHO EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO ÂMBITO DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª. Dr^ª. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Denardin Budó
Universidade Federal de Santa Maria

Dedico este trabalho

Aos meus queridos e amados pais Ademar e Laura...

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força e conhecimento para alcançar meus objetivos e vencer esta jornada.

Aos meus pais, Ademar e Laura, pelo amor, carinho, incentivo e dedicação em todos os momentos dessa caminhada. Amo muito vocês.

À minha orientadora Dr^a. Sonia Silva Marcon pela sabedoria e apoio para a realização desta pesquisa.

À minha linda irmã Ediane e meu cunhado João, que sempre me incentivaram e apoiaram.

Ao meu Amor, Jorge, pelo amor, carinho, apoio, incentivo e compreensão... muita compreensão...

À minha, grande e eterna, amiga Tatiane Baratieri, que colaborou em todas as fases desta pesquisa e esteve sempre ao meu lado, e por me “suportar” durante todo esse período que moramos juntas.

À minha ex-professora e amiga Elizabeth Maria Lazzarotto, pelo incentivo para a realização dessa caminhada.

À Prof. Dr^a. Maria Lúcia Frizon Rizzotto pela colaboração na pesquisa.

Às minhas amigas Larissa Gutierrez da Silva, Simone Cristina Baggio e Calíope Pilger que vivenciaram comigo as alegrias e dificuldades desse processo.

A toda a turma de 2009 do mestrado, pelas alegrias e sofrimentos que juntos vivenciamos.

A toda a minha família, que sempre me incentivou. Amo todos vocês.

À Fundação Araucária, pela contribuição por meio do financiamento do projeto que deu origem a essa dissertação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela contribuição por meio da bolsa de estudo fornecida durante a realização desse mestrado.

À 10^a Regional de Saúde, em especial à Stefania Bucaneve Guedes, que colaborou e auxiliou na realização do projeto de pesquisa.

Aos secretários de saúde dos municípios pesquisados, pela permissão para a realização da pesquisa.

Aos enfermeiros que participaram desta pesquisa, possibilitando a sua realização.

À banca examinadora, pela disponibilidade em avaliar o meu trabalho.

E, finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram nessa minha jornada.

Educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que pouco sabem - por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais - em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais.

Paulo Freire

ROECKER, S. **O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná.** 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMO

A educação em saúde na prestação do cuidado à população, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui-se como uma atividade essencial a toda a equipe multiprofissional, em especial ao enfermeiro. E tal atividade envolve, não somente o ensinamento de hábitos saudáveis de vida, mas também, o preparo do indivíduo para buscar melhores condições de vida, estimulando-o ao exercício de sua autonomia e do controle social. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi compreender a percepção dos enfermeiros sobre o trabalho educativo desenvolvido na ESF, no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados junto a 20 enfermeiros que atuam na ESF no âmbito da 10ª Regional de Saúde, por meio de entrevistas semiestruturadas, durante o mês de abril de 2010 e submetidos à análise de conteúdo categorial (Bardin). Os resultados demonstram que os enfermeiros compreendem o conceito de educação em saúde e reconhecem a sua relevância, especialmente no tocante à atenção primária à saúde, contudo, as ações educativas por eles realizadas ainda estão aquém do preconizado pela ESF e, em sua maioria, atreladas ao modelo tradicional de educação em saúde. As ações educativas são realizadas tanto no âmbito individual quanto coletivo, e são, quase exclusivamente, vinculadas a programas e políticas do Ministério da Saúde, ou seja, voltadas às atividades que são estabelecidas e já estão instituídas pela Regional e Secretarias de Saúde dos municípios os quais integram esta Regional de Saúde. Observou-se que esporadicamente são desenvolvidas atividades educativas diferenciadas, a partir da observação do enfermeiro quanto às necessidades da população, mas sem a efetiva participação desta. São enfrentados diversos obstáculos na realização da prática educativa devido ao desconhecimento das tendências pedagógicas, das metodologias e da falta de sistematização das ações que guiam o fazer educativo dos enfermeiros. Além desses obstáculos, os enfermeiros enfrentam diversas dificuldades no desenvolvimento da educação em saúde referente aos usuários, aos membros da equipe multiprofissional, aos gestores e à insuficiência de recursos físicos, materiais e financeiros. Foi possível observar que a partir das dificuldades sentidas, os profissionais buscam alternativas diferenciadas para superá-las e

sugerem modificações visando à melhoria do cuidado à população, principalmente, no que tange ao trabalho educativo. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de se esclarecer melhor os objetivos da ESF relacionados com a educação em saúde aos profissionais atuantes neste modelo assistencial, estabelecendo um processo de capacitação e de educação permanente, além de desenvolver meios de sistematizar a educação em saúde desde a formação profissional. Desse modo, a educação em saúde não deve ser considerada apenas como mais uma atividade a ser realizada na ESF, mas sim, uma prática que alicerça e reorienta toda a atenção primária, a fim de promover a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

Palavras-chave: Saúde da família. Atenção primária à saúde. Educação em saúde. Enfermagem em saúde pública. Papel do profissional de enfermagem.

ROECKER, S. **The nurse's educational work in the Family Health Strategy in the scope of the 10th Regional Health of Paraná.** 2010. 145 f. Dissertation (Masters in Nursing)-University of Maringá, Maringá, 2010.

ABSTRACT

Health education in providing care to the population, in the scope of the Family Health Strategy (FHS), it was established as an essential activity to all multi-professional staff, especially to the nurse. And such activity involves, not only the teaching of healthy habits for life, but also, the prepare the individual to seek better life conditions, encouraging him to exercise his autonomy and social control. Before exposed, the aim of this study was to understand the nurses' perception about the educational work developed in the FHS, in the scope of the 10th Regional Health of the State of Parana. This is a descriptive exploratory study, with qualitative research. The data were collected from 20 nurses that work in the FHS in the scope of the 10th Regional Health, through semi-structured interviews, during the month of April 2010 and submitted to the categorical content analysis (Bardin). The results show that nurses understand the concept of health education and recognize its relevance, especially concerning to primary health care, however, the educational actions achieved by them are still below the recommended by the FHS and, mostly, tied to the traditional model of health education. The educational actions are conducted as much in individual as collective scope, and are, almost exclusively, tied to programs and policies of the Ministry of Health, in other words, toward to activities that are established and already are imposed by the Regional and Departments Health of the municipalities which integrate this Regional Health. It was observed that sporadically differentiated educational activities are developed, through the nurse's observation on the needs of the population, but without her active participation. They are faced several obstacles in the realization of educational practice due to the unawareness of pedagogical trends, of methodologies and lack of systematization on the actions that lead the make educative of nurses. Besides these obstacles, the nurses face several difficulties in the health education development referent to users, to members of the multi-professional team, to managers and to insufficiency of physical, material and financial resources. It was possible to observe that, through difficulties experienced, the professionals seek different alternatives to overcome them and suggest changes aiming improvement to the population care, mainly, regarding to educational work. Therefore, it was emphasized the need to clarify better the

objectives of the FHS related with the health education for professionals working in this care model, establishing a process of training and continuing education, besides develop means to systematize the health education since the professional formation. Thus, health education must not be considerate just as another activity to be achieved at FHS, but as a practice that sustain and reorients all primary care, aim to promote the health of individuals, families and community.

Keywords: Family health. Primary health care. Health education. Public health nursing. Nurse's role.

ROECKER, S. El trabajo educativo del enfermero en la Estrategia Salud de la Familia en el ámbito de la 10ª Regional de Salud de Paraná. 2010. 145 f. Disertación (Máster en Enfermería)-Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMEN

La educación en salud en la prestación del cuidado a la población, en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), se constituye como una actividad esencial a todo el equipo multiprofesional, en especial al enfermero. Esta actividad envuelve, no solo la enseñanza de hábitos saludables de vida, sino también, el preparo del individuo para buscar mejores condiciones de vida, estimulándolo al ejercicio de su autonomía y del control social. Delante de lo expuesto, el objetivo del estudio fue comprender la percepción de los enfermeros sobre el trabajo educativo desarrollado en la ESF, en el ámbito de la 10ª Regional de Salud del Estado de Paraná. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo. Los datos fueron recogidos junto a 20 enfermeros que actúan en la ESF en el ámbito de la 10ª Regional de Salud, por medio de entrevistas semiestructuradas, durante el mes de abril de 2010 y sometidos al análisis de contenido categorial (Bardin). Los resultados demuestran que los enfermeros comprenden el concepto de educación en salud y reconocen su relevancia, especialmente en lo que respecta a la atención primaria a la salud, con todo, las acciones educativas por ellos realizadas aún están por debajo del preconizado por la ESF y, en su mayoría, mezcladas al modelo tradicional de educación en salud. Las acciones educativas son realizadas tanto en el ámbito individual como colectivo, y son, casi exclusivamente, vinculadas a programas y políticas del Ministerio de la Salud, o sea, dirigidas a las actividades que son establecidas y ya están instituidas por la Regional y Secretarías de Salud de los municipios, los cuales integran esta Regional de Salud. Se observó que esporádicamente son desarrolladas actividades educativas diferenciadas, a partir de la observación del enfermero con relación a las necesidades de la población, pero sin la efectiva participación de ésta. Son enfrentados diversos obstáculos en la realización de la práctica educativa debido al desconocimiento de las tendencias pedagógicas, de las metodologías y de la falta de sistematización de las acciones que guían el hacer educativo de los enfermeros. Además de esos obstáculos, los enfermeros enfrentan diversas dificultades en el desarrollo de la educación en salud referente a los usuarios, a los miembros del equipo multiprofesional, a los gestores y a la insuficiencia de recursos físicos, materiales y financieros. Fue posible observar

que a partir de las dificultades sentidas, los profesionales buscan alternativas diferenciadas para superarlas y sugieren cambios pretendiendo la mejoría del cuidado a la población, principalmente a lo que se refiere al trabajo educativo. En ese sentido, resaltamos la necesidad de se aclarar mejor los objetivos de la ESF relacionados con la educación en salud a los profesionales actuantes en este modelo asistencial, estableciendo un proceso de capacitación y de educación permanente, además de desarrollar medios de sistematizar la educación en salud desde la formación profesional. De ese modo, la educación en salud no debe ser considerada apenas como más una actividad a ser realizada en la ESF, sino una práctica que fundamenta y reorienta toda la atención primaria, a fin de promover la salud de los individuos, de las familias y de la comunidad.

Palabras clave: Salud de la familia. Atención primaria de salud. Educación en salud. Enfermería en salud pública. Rol de la enfermera.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa maior intitulado: O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios, o qual é apoiado financeiramente pela Fundação Araucária. Tal projeto busca compreender como ocorre a prática educativa dos enfermeiros e como se dá a longitudinalidade nas ações por eles desenvolvidas na ESF no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Dessa forma, essa dissertação contempla parte do projeto que corresponde ao trabalho educativo dos enfermeiros na ESF junto à população, e os resultados desse estudo estão apresentados em quatro artigos científicos. Cada um dos artigos é o resultado dos objetivos específicos propostos no projeto de dissertação.

Assim, o primeiro artigo intitulado: **Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros**, teve por objetivos: apreender o significado de educação em saúde para os enfermeiros que atuam na ESF; e, identificar as ações educativas em saúde, individuais e coletivas, realizadas por enfermeiros atuantes na ESF.

O segundo artigo intitulado: **O Trabalho Educativo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: da perspectiva à avaliação**, objetivou: identificar a relevância e a perspectiva dos enfermeiros quanto à educação em saúde na ESF; e, averiguar quais estratégias e metodologias que os enfermeiros adotam para desenvolver as ações educativas em saúde, ou seja, como ela é concebida, planejada, executada e avaliada na ESF.

O terceiro artigo intitulado: **Trabalho Educativo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças**, respondeu aos seguintes objetivos: levantar as dificuldades e alternativas que os enfermeiros identificam para a realização da educação em saúde; e apreender, na perspectiva do enfermeiro, o que é preciso modificar para que ocorram melhorias na realização das ações educativas.

Por fim, o quarto artigo intitulado: **Educação em Saúde: relatos de vivências de enfermeiros na estratégia saúde da família**, objetivou: conhecer a prática educativa dos enfermeiros que atuam na ESF, por meio dos relatos de vivências cotidianas.

Ressalta-se que a dissertação está estruturada com introdução, justificativa, objetivos, revisão de literatura, percurso metodológico, considerações finais e referências comuns a todo o estudo.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
Km	Quilômetros
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde.
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Regional de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVOS	21
4	REVISÃO DE LITERATURA	23
4.1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
4.2	EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	32
4.2.1	História da Educação em Saúde	32
4.2.2	Modelo Tradicional de Educação em Saúde	35
4.2.3	Modelo Radical de Educação em Saúde	36
4.2.4	Tendências Pedagógicas da Educação	39
4.2.5	Educação em Saúde na ESF	41
5	PERCURSO METODOLÓGICO	47
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	47
5.2	POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO.....	49
5.3	PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	52
5.4	CAMINHO PERCORRIDO.....	55
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	56
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	60
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
6.1	ARTIGO 1: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O SIGNIFICADO E A PRÁXIS DOS ENFERMEIROS.....	61
6.2	ARTIGO 2: O TRABALHO EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DA PERSPECTIVA À AVALIAÇÃO.....	80
6.3	ARTIGO 3: TRABALHO EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADES E PERSPECTIVAS DE MUDANÇAS.....	96
6.4	ARTIGO 4: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATOS DE VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	113

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICES.....	138
	ANEXOS.....	143

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema o trabalho educativo dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF), temática de grande relevância na saúde pública, por ser considerada uma atividade central e de ampla importância para a promoção da saúde da população em geral.

Considerando que a atenção primária à saúde (APS) tem como objetivo prevenir os agravos e promover a saúde da população em todos os ciclos de vida, salienta-se que esta inicialmente foi permeada por valores assistenciais de cunho curativo e hospitalocêntrico, voltados principalmente à doença. Entretanto, a busca de outros modelos de assistência ocorreu em um período histórico e social, quando o modelo centrado no hospital e na doença não atendia mais às modificações do mundo moderno e às necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias. Portanto, a mudança no modelo de atenção à saúde passou por transformações ao longo dos últimos 20 anos, surgindo, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de ESF, como um modelo centrado na família e na equipe (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF é considerada um modelo de APS da população que visa substituir o modelo de atenção à saúde tradicional, voltado às ações, principalmente, de cunho preventivo (BRASIL, 2007). Esta estratégia tem como meta reorganizar a assistência, baseando-se no discernimento de uma abordagem humanizada, provocando reflexos em todos os serviços do sistema de saúde. Por isso, tal proposta foi considerada como a principal estratégia de atenção primária, com uma nova organização do modelo de prestação da assistência familiar (BRASIL, 2002).

O trabalho com famílias é estruturado a partir de ações e relações dos profissionais junto às famílias e tais ações interferem na qualidade da assistência. Em relação às competências dos profissionais para atuar junto às famílias, ressalta-se a importância do conhecimento técnico-científico e principalmente do saber se relacionar com estas e com os membros da equipe, demonstrando comprometimento, envolvimento e postura ética, aspectos esses mais facilmente alcançados quando se gosta do que se faz. Salienta-se que apesar de os enfermeiros considerarem a família em seu espaço domiciliar, a educação em saúde, ainda se centraliza na doença e no indivíduo, e a sua postura não tem estimulado a participação e a autonomia das famílias no tocante à assistência e ao serviço (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

No que concerne à atividade educativa, defende-se, que dada a algumas

particularidades, como a proximidade com comunidade, com os saberes e culturas populares, ou seja, com o modo de vida de determinados grupos populacionais, a ESF constitui-se em uma importante proposta de consolidação da educação em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

As ações educativas estão inseridas constantemente no trabalho dos profissionais da saúde, dentre eles principalmente no trabalho do enfermeiro, cuja essência deste é denominada, por muitos, como cuidado. O cuidado envolve um conjunto de ações, entre as quais a educação em saúde é um dos elementos essenciais (BUDÓ; SAUPE, 2004). A educação em saúde, quando realizada de maneira dialogada e interativa entre diversos saberes, e com a intenção de auxiliar os indivíduos na compreensão das origens de seus problemas e na busca de saídas para melhoria da qualidade de vida destes, constitui-se num importante instrumento para o trabalho com a comunidade.

A edificação do conhecimento, com base nas reflexões da práxis de educação em saúde na ESF, aponta para a necessidade de os profissionais efetivarem um processo educativo em saúde com o envolvimento da comunidade por meio de uma ação participativa, a fim de estimular uma reflexão crítica da realidade e dos fatores peremptórios de um viver saudável (MACHADO et al., 2007).

A integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade exige a visualização do usuário como sujeito histórico, social e político, em seu contexto familiar, no meio ambiente e na sociedade em que está inserido. Assim, evidencia-se a importância da articulação entre as ações de educação em saúde como artifício produtor de um saber coletivo, que venha a manifestar no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da sua família e de todos ao seu redor (MACHADO et al., 2007).

Dessa forma, espera-se que os resultados obtidos por meio deste estudo possibilitem a discussão e apontamento de novos caminhos a serem traçados para a prática educativa do enfermeiro na ESF.

2 JUSTIFICATIVA

As justificativas deste estudo são determinadas pelas mudanças que ocorreram no sistema público de saúde brasileiro desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que após muitos anos de discussões e planos, originaram diversas estratégias assistenciais à população, dentre elas, surgiu em 1994 o PSF, hoje denominado de ESF, que por sua pouca história, desperta muitas curiosidades e dúvidas nos profissionais que atuam nesta modalidade de serviço e também na população que busca atendimento no nível primário de saúde.

Alguns estudos realizados sobre o tema educação em saúde mostram a ação do enfermeiro na ESF, mas especificamente sobre como ocorre o trabalho educativo no interior das equipes, bem como é planejado, executado, avaliado e percebido pelos enfermeiros, não foram encontradas publicações específicas.

Dentre os estudos analisados, verifica-se que, em sua maioria, apresentam: o significado da prática educativa na visão dos enfermeiros; a representação social das ações educativas para os enfermeiros; as atividades educativas por eles desenvolvidas; os modelos educativos que evidenciam forte ligação com o modelo tradicional de educação em saúde; a relação da implementação desta prática com a reorientação do modelo assistencial; as dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações educativas; o desconhecimento dos objetivos centrais da ESF como fator desarticulador da prática educativa, e a consequente não realização; e a necessidade do processo de formação e de educação permanente/continuada no trabalho, a fim de estimular os enfermeiros à realização desta prática (ALVES, 2005; ALENCAR, 2006; BEZERRA et al., 2004; CHIESA; VERÍSSIMO, 2001; JESUS et al., 2008; MELO; SANTOS; TREZZA, 2005; SILVA, 2005; SILVA et al., 2010; LOSING, 2006; SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Nesse contexto, a proposta desse estudo foi identificar junto aos sujeitos participantes a compreensão dos enfermeiros sobre a educação em saúde, como se dá o processo educativo na ESF, a presença dos dois modelos de educação em saúde e o uso de tendências pedagógicas da educação, a existência de dificuldades na realização de atividades educativas, as saídas encontradas para superar tais dificuldades e as melhorias necessárias para que esta prática possa ser aprimorada, ou seja, que ocorra a sistematização e a maior valorização de tal prática no cotidiano de trabalho dos enfermeiros no âmbito da ESF, visando

melhorar e qualificar a prestação do cuidado à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, consequentemente, promovendo a saúde destes.

Nessa perspectiva, o presente estudo busca contribuir com elementos teóricos a fim de caracterizar o processo educativo dos enfermeiros que atuam junto às famílias na ESF realizando educação em saúde, reorganizando e atualizando os seus conhecimentos e, possivelmente, facilitando o desempenho da prática educativa.

Em termos sociais, o estudo poderá contribuir para a identificação das ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros no âmbito da ESF e as dificuldades enfrentadas, sendo possível esclarecer as suas causas e buscar formas de solucioná-las, visando à melhoria da qualidade dos serviços de atenção primária oferecidos à comunidade.

Em termos profissionais, espera-se contribuir para a geração do conhecimento acerca da educação em saúde da ESF por meio do ensino e da pesquisa, visando o aprimoramento e a expansão do conhecimento profissional.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Compreender a percepção dos enfermeiros sobre o trabalho educativo desenvolvido na Estratégia Saúde da Família no âmbito da 10ª Regional de Saúde.

3.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Delinear o perfil sociodemográfico dos enfermeiros que atuam na ESF no âmbito da 10ª Regional de Saúde;
- ✓ Apreender o significado de educação em saúde para os enfermeiros que atuam na ESF;
- ✓ Identificar as ações educativas em saúde, individuais e coletivas, realizadas por enfermeiros que atuam na ESF;
- ✓ Identificar a relevância e a perspectiva dos enfermeiros quanto à educação em saúde na ESF;
- ✓ Averiguar quais estratégias e metodologias os enfermeiros adotam para desenvolver as ações educativas em saúde;
- ✓ Levantar as dificuldades e alternativas que os enfermeiros identificam para a realização da educação em saúde;
- ✓ Apreender, na perspectiva do enfermeiro, o que é preciso modificar para que ocorram melhorias na realização da educação em saúde;

- ✓ Conhecer a prática educativa dos enfermeiros que atuam na ESF por meio dos relatos de vivências cotidianas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se a seguir uma revisão de literatura sobre o tema abordado nesse estudo, interrelacionando-os para configurar um campo de conhecimento que embasa a metodologia, resultados e associações provenientes desta pesquisa.

Nesta seção serão discutidos os temas de Estratégia Saúde da Família e Educação em Saúde por meio da apresentação do seu histórico, dos modelos educativos em saúde, das tendências pedagógicas da educação em saúde e da sua presença no processo de trabalho dos enfermeiros atuantes na ESF.

Ressalta-se que para se referir ao termo educação em saúde se utilizará algumas expressões unívocas como: trabalho educativo, ação(s) educativa(s), prática(s) educativa(s) e atividade(s) educativa(s).

4.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Não há como falar de uma estratégia de saúde desenvolvida com o intuito de prestar assistência à família em sua totalidade, sem retratar o que é família. Para tanto, a família é considerada como possuidora de um plano de simbolismos, emocionalidades, racionalidades, intencionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades. O ser e viver da família ultrapassa ao que corresponderia à soma das individualidades (RIBEIRO, 2004).

A família é considerada no cuidado em saúde como de fundamental importância, portanto, falar de família não é uma tarefa muito simplificada, já que ela está sempre em processo de construção. Nessa perspectiva, faz-se necessária a observação dos indivíduos, das famílias e do seu cotidiano, para que se possa identificar a formação, o funcionamento, ou seja, o modelo de construção e vivência de cada uma. Somente com esta investigação se torna possível construir um plano de cuidados as famílias, baseado no respeito e na resolução dos problemas evidenciados (RODRIGUES, 2008a).

O contexto em que vive a sociedade atualmente clama para que se desenvolvam trabalhos em prol da família e da cidadania, sendo eles de qualquer natureza, desde que resultem em colaboração para aprimorar a condição de contentamento e de prosperidade da coletividade. Assim, a partir da percepção filosófica do ser humano, enquanto ser histórico,

igualitário, ser consciente que quer mudar o espaço que o circunda e no qual está colocado, dotado de inteligência, da concepção do que é adequado e do que deve ser apropriado para todos, o indivíduo determina o seu praticar, e desse modo, o bem-estar de cada pessoa, assim como o bem-estar de toda a comunidade, o qual decorre da forma de vida das pessoas, sendo influenciada pelo ambiente e construída no interior de cada um desde a mais tenra idade (RODRIGUES; GUEDES SOBRINHO; SILVA, 2001).

Dessa forma, a saúde da família está em consonância com os princípios da APS, que eram discutidos em movimentos internacionais, esboçados em conferências e experimentados em alguns países, inclusive nos que compõem a América Latina. Esses princípios apresentavam características em comum com o realce nas atividades primárias de saúde e do agente de saúde, um novo sujeito submergido para atuar na vigilância das enfermidades e na ascensão da saúde, que ligava a probabilidade de colocar um novo aprendizado de saúde entre os serviços e a família (BRASIL, 2002).

Internacionalmente ocorreu a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a qual propôs a APS como estratégia para ampliar o atendimento a todos os seguimentos da sociedade, fazendo uso de técnicas de atendimento que não fossem apenas clínicas, mas sim com uma ótica epidemiológica e social (ROSA; LABATE, 2005). Desse modo, houve o estabelecimento da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, e desde então o Brasil iniciou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978), o qual vem desafiando profissionais de saúde e gestores para conduzir e aperfeiçoar o sistema de um modo geral (NEMES FILHO, 2000).

Ao longo das décadas de 1970-1980, distinguiu-se no país um método de alteração sobre um novo modelo para a saúde. Entretanto, é no fim da década de 1980 que o sistema de saúde no Brasil inicia um processo de reforma do setor da saúde. A partir da criação da Nova República em 1985 o movimento sanitarista brasileiro cresceu e ganhou representatividade por meio dos profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares, na luta pela reestruturação do sistema de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

O marco desse movimento ocorreu em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, cujas propostas foram defendidas na Assembleia Nacional Constituinte criada em 1987. A nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, incorporou grande parte dessas ideias e garantiu o direito à saúde para todo cidadão, transformando-a num dever do Estado, por meio da criação de um sistema de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para sua promoção, proteção e recuperação (MACINKO et al., 2004; NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A., 2005).

A construção do SUS, regulamentada pela Constituição de 1988, foi realizada sobre os princípios da universalização, descentralização e integralidade da assistência, e teve e tem como objetivo “reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos de saúde à população brasileira” (SOUZA, 2000, p. 25).

Por sua vez, o modelo assistencial vigente passa por uma crise, mas que precisa ser enfrentada para que haja a consolidação do processo de reforma iniciado após a implantação do SUS. Sendo necessário criar instrumentos ou intervenções para que haja a ruptura com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no país, exprimido como um modelo focado na doença (BRASIL, 2002).

Nessa premissa, foi necessário reconhecer a existência de entraves suscitados pelo modelo de saúde perante uma nova estratégia estruturante, que contemplava e incorporava os recursos humanos e as tecnologias atualizadas nas novas práticas assistenciais propostas.

Assim o Ministério da Saúde (MS) propôs, desde 1994, a implantação do PSF, hoje denominado de ESF, na tentativa de melhorar o panorama da saúde no país e dando continuidade ao processo de reforma sanitária, visando ampliar o acesso à saúde por meio de uma política de inclusão social. Baseada na experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, que já utilizava a família como unidade de ação, a ESF foi introduzida com a finalidade de reafirmar os princípios básicos do SUS. A proposta foi a reorganização das práticas convencionais de atenção básica, antes voltadas para a doença, substituindo-as por ações de vigilância e promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Porém, essa estratégia, em sua implantação, defrontou-se com um cenário nada adequado ao seu fortalecimento, pois, além das restrições, existia muita oposição à sua implantação, pelo fato de se confrontar com os formatos clássicos de organização dos serviços (BRASIL, 2002).

A ESF foi criada em 1994, mas sua consolidação na prática somente ocorreu a partir de 1998. O foco da estratégia é pensar no rompimento de um modelo passivo de atenção à saúde, no qual o indivíduo passa, então, a ser entendido como singular e como parte integrante de um contexto maior, membro de uma família e de uma comunidade (BRASIL, 2007).

No Brasil a atenção primária se expandiu e se qualificou por meio da ESF, a qual compõe parte do conjunto de prioridades políticas do MS. Essa estratégia supera a antiga proposta de caráter unicamente centrado na doença, desenvolvendo-se a partir de práticas

gerenciais, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, voltadas às populações de territórios demarcados, pelos quais as equipes são responsáveis (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde cria a ESF com o intuito de organizar a prática assistencial. Dessa forma, propõe organizar as práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciando o caráter multiprofissional e interdisciplinar das equipes de saúde da família, por meio da prestação de atendimento integral nas diversas especialidades básicas de saúde, em uma base territorial demarcada, com a garantia de serviços de referências à saúde para os níveis de maior complexidade, possibilitando, conseqüentemente, o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, e estimulando a organização da comunidade, a participação comunitária e o controle social da população na área da saúde (NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A., 2005).

O paradigma que institui a ESF aposta que a atuação dos profissionais na atenção primária deve possibilitar a estes apreender o seu objeto de trabalho - as famílias - na sua complexidade biopsicossocial. Para tanto, o conceito de “*empowerment*” (entendido como ampliação de poder ou fortalecimento e participação comunitária) dentro da ESF pode ajudar a constituir um modelo de atenção mais inclusivo socialmente (FRACOLLI, 2005). No entanto, os profissionais de saúde, especificamente na área de enfermagem, ainda apresentam dificuldades em desenvolver uma prática que valorize esse aspecto e em definir a sua atuação nesse contexto.

A ESF, como mudança do modelo assistencial, possui grande potencial, mas, é necessária a maleabilidade no desenvolvimento das ações pelos componentes das equipes atuantes neste serviço. Além disso, é importante a conscientização de todos os profissionais de saúde, dos docentes e dos estudantes universitários, para o aprimoramento de conhecimentos na abordagem às famílias, prestação de cuidados humanizados, desenvolvimento de trabalho em equipe e, ainda, faz-se necessária a conscientização dos gestores e da população sobre a importância da participação de todos no planejamento das ações desta estratégia (ROSA; LABATE, 2005).

Desse modo, o trabalho de equipes de saúde da família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com o saber popular da comunidade, pois a ESF trata, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS), e dispõe as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e da comunidade (COSTA et al., 2009).

Salienta-se que o trabalho na ESF é desenvolvido por meio de uma equipe mínima multiprofissional, composta, por um médico, um enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e ACS. Essa equipe assume o “desafio da atenção continuada resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, em que a ação intersetorial é considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população” (BRASIL, 2002, p. 11). Atribui-se a ESF a função de prestar atendimento no primeiro nível de atenção à saúde, ampliando a cobertura e acesso da população.

Cada equipe de ESF se responsabiliza pelo acompanhamento de aproximadamente 3.000 a 4.500 pessoas ou de 1.000 famílias de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas UBS, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco que a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2009).

A Saúde da Família se caracteriza como a porta de entrada prioritária do sistema de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008 (BRASIL, 2008).

Os NASFs foram criados com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, especialmente, na promoção da saúde, aumentando assim a resolutividade e dando apoio à ESF. Estes são compostos por equipes com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuar diretamente no apoio aos profissionais das ESF (BRASIL, 2008).

Os NASFs são divididos em NASF 1 e NASF 2. Devem compor os NASFs 1, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações distintas, dentre elas: médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Já os NASFs 2 devem ser compostos por no mínimo três profissionais, dentre eles: assistente social, profissional de educação física,

farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008).

A composição de cada NASF deve ser definida pelos gestores municipais, segundo os critérios de prioridade, a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais. Para os municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da região norte, cada NASF 1 deve estar vinculado a no mínimo cinco equipes e no máximo vinte equipes de saúde da família. Já para os municípios com 100.000 habitantes ou mais da região norte e de outras regiões, cada NASF 1 deve estar vinculado a no mínimo oito equipes e no máximo vinte. Cada NASF 2 deve realizar suas atividades vinculadas a no mínimo três equipes de saúde da família. Somente os municípios com densidade populacional menor do que dez habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com o IBGE, poderão implantar o NASF 2 (BRASIL, 2008).

A efetiva implantação dessa estratégia possibilitou a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população. Dessa forma, são definidas as características do processo de trabalho na saúde da família (BRASIL, 2006):

- Ter atualizado o cadastro das famílias e utilizar, de forma ordenada, as informações para analisar a situação de saúde, levando em consideração as condições socioeconômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- Território com área definida para atuar, mapear e reconhecer a área adscrita, do segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- Realizar o diagnóstico, programar e implementar as ações de acordo com os critérios de risco à saúde, priorizando a resolutividade dos problemas de saúde mais comuns;
- Ter a concepção da prática do cuidado familiar ampliado, concretizada por meio do saber da estrutura e da funcionalidade das famílias, visando à intervenção e minimização que influencie o processo de saúde/doença dos indivíduos/famílias e da própria comunidade;
- O trabalho deve ser interdisciplinar e em equipe, associado às áreas técnicas e com profissionais de diferentes formações;
- Promover o desenvolvimento de ações intersetoriais, na busca de parcerias para os projetos sociais, voltados à promoção da saúde de acordo com as prioridades elencadas na área adscrita;
- Valorizar os diversos conhecimentos e as práticas, tendo em vista a abordagem integral e resolutiva que possibilita criar vínculos de confiança, com ética, compromisso e respeito;

- Promover e estimular à participação comunitária e o controle social, para planejar, executar; acompanhar e avaliar as ações praticadas, para adequar o processo de trabalho.

Para o profissional enfermeiro, enquanto integrante da equipe de saúde, o guia prático da ESF descreve como suas atribuições específicas as seguintes atividades: realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas; realizar consultas de enfermagem; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde da família (USF); executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida; executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar as atividades prioritárias de intervenção na atenção primária; e aliar a atuação clínica à prática de saúde coletiva. Entre as atividades são preconizadas a supervisão e a coordenação das ações para a capacitação da equipe de enfermagem e dos ACS, bem como a organização e a coordenação de grupos específicos, como de hipertensos, de gestantes, de diabéticos, de saúde mental, dentre outros (BRASIL, 2001).

E ainda, a lei do exercício profissional determina, no artigo 11, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, realizar educação em saúde visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral (BRASIL, 1986).

A atuação do enfermeiro nessa estratégia já constituiu foco de vários estudos, porém muito ainda se tem por fazer. O caráter inovador da ESF evidencia desafios que se relacionam à necessidade de se definir as competências necessárias aos profissionais, aos seus processos de formação, à educação continuada e permanente e aos novos modelos gerenciais para a enfermagem, que atendam, especificamente, as demandas desse cotidiano (VILLAS BOAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Entende-se que o enfermeiro para atuar na ESF precisa incorporar alguns conceitos aplicáveis ao processo de trabalho no setor primário de atenção à saúde, na qualidade de membro da equipe de uma unidade produtora de serviços de saúde, responsável por uma demanda social de uma área adscrita (NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A., 2005).

Nesse sentido, salienta-se que para discutir a prática do enfermeiro o qual atua na ESF, faz-se necessário antes conhecer as características desses profissionais (ROCHA; ZEITOUNE, 2007). Os estudos realizados com esse intuito têm identificado que os profissionais atuantes nesse serviço geralmente são jovens, às vezes com contrato de trabalho temporário e com duplicidade de vínculo empregatício, com pouca experiência de trabalho em atenção primária e que o processo de trabalho, desenvolvido por eles, toma como objeto o corpo individual (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Porém, a necessidade do ajuste da formação aos novos papéis requeridos dos profissionais nesse novo modelo e o quanto é difícil instituir os processos de cogestão, que ficam predominantemente sob a responsabilidade do profissional enfermeiro, têm sido ressaltados (RODRIGUES, 2008b). Autores abordam o quão desafiante é para o enfermeiro da ESF coordenar equipe multiprofissional, uma vez que esses profissionais se sentem sem autonomia para desenvolver esta modalidade de trabalho, tendo assim pouco tempo para desenvolver a prática assistencial e educativa, pois grande parte do tempo é usado nas atividades burocráticas de coordenação do serviço (SPAGNUOLO, 2006).

O ensino superior no Brasil tem neste século, dentre seus principais desafios, a missão de formar profissionais que sejam capazes de superar conceitos vinculados somente ao conhecimento técnico do modelo hospitalocêntrico e curativista, evoluindo para um modelo mais humanista, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população. Autores delimitam como o “ser”, ou objeto da educação em saúde, a família, para tanto, eles afirmam que a promoção e a educação em saúde da família acontecem nos vários níveis de atuação profissional. Assim, as diretrizes curriculares necessitam ultrapassar as delimitações de uma estratégia voltada somente à APS, pois promoção, educação e família são conceitos que devem ser incluídos como conceitos interdisciplinares e integradores na busca das competências profissionais em todos os níveis de atenção à saúde (VIANA et al., 2003).

Observa-se que na prática a ESF é um espaço de reconstrução do processo saúde/doença, contudo, ainda é preciso desmitificar conceitos e valores que foram reforçados na atenção primária por um modelo de atenção que não enfatizava a prevenção e a promoção da saúde e sim a cura de doenças. Dessa forma, é preciso que toda a equipe que atua nesta estratégia reformule suas intervenções junto à população, tendo em vista a reconstrução das representações sociais do processo saúde/doença desta, na perspectiva de um sistema de saúde em defesa da vida. Estudo considera que houve um avanço na consolidação da ESF, mas paradoxalmente, as práticas da equipe de saúde são ainda, embasadas no modelo médico

dominante, de caráter assistencialista, curativista e medicalizante, visto que as intervenções são centradas no corpo biológico do indivíduo e em sua doença (GOMES; AGUIAR, 2006).

No entanto, o Ministério da Saúde – na tentativa de consolidar as ações da ESF que visam prioritariamente à prevenção das doenças e à promoção da saúde, a partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do plano nacional de saúde – propôs em 2005 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Entende-se que a promoção da saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam participantes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde tem como princípios a atenção aos seus fatores condicionantes e determinantes, a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, a participação popular nas decisões, priorizando a vulnerabilidade e o risco de adoecimento de determinada comunidade e a união dos diversos setores da sociedade nas ações (MEDRONHO, 2009).

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde/doença ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito da reforma sanitária, do SUS e das cartas da promoção da saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção ocorre no contexto da própria vida (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a implementação da PNPS visa: promover seminários internos no Ministério da Saúde destinados à divulgação da política, com adoção de seu caráter transversal; convocar uma mobilização nacional de sensibilização para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, com estímulo à adesão de estados e municípios; discutir nos

espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares; e avaliar o processo de implantação da política em fóruns de composição tripartite (BRASIL, 2010).

4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

4.2.1 História da educação em saúde

Perfazendo um pouco da história da educação em saúde, identifica-se por meio da literatura que desde a Idade Média, na Europa, acreditava-se na importância de tal temática, pois se recomendava a população ter um regime alimentar correto, adequadas práticas de higiene e horas prolongadas de sono para que se pudesse ter mais qualidade de vida e viver por um tempo mais prolongado (PELICIONI, M.; PELICIONI, A., 2007).

Como a educação sanitária é parte da saúde pública e, conseqüentemente, da medicina, em cada época ela reflete as tendências dessas áreas e reproduz suas concepções. Assim, não se pode criticar a fase higienista da educação sanitária sem localizá-la no tempo e no espaço, já que sempre recebeu influência da saúde pública e da medicina (PELICIONI, M.; PELICIONI, A., 2007).

Até o início do século XX no Brasil, as preocupações do setor saúde estavam focadas basicamente nas situações de epidemia e, no campo da educação, restringia-se ao ensino de hábitos de higiene, pois era visto como um processo individual de mudança de comportamento, sem considerar qualquer influência dos fenômenos sociais e muito menos as origens estruturais, sociais e econômicos dos problemas de saúde. Desde esse período a educação em saúde vem sendo ampliada, incorporando novos objetivos (WESTPHAL et al., 2004; BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

De 1945 em diante, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), passam a surgir discussões inovadoras sobre o processo saúde/doença, destacando-se o conceito de saúde como o estado de mais completo bem-estar e não simplesmente ausência de doença. Apesar de o conceito de bem-estar ser muito amplo, pouco definido e de ter muitas críticas a seu respeito, ele foi considerado uma evolução no processo de transformação da educação sanitária (PELICIONI, M.; PELICIONI, A., 2007).

A partir desse período ocorre também a mudança de nomenclatura, passando a educação sanitária a ser chamada de educação em saúde. A educação sanitária era baseada na concepção de que o indivíduo tinha que aprender a cuidar de sua saúde, e que essa era entendida como a ausência de doença. As orientações em saúde eram repassadas seguindo a educação tradicional e a educação “bancária” denominada por Paulo Freire, na qual era enfatizada a transmissão de conhecimentos de forma verticalizada. Entretanto, a educação em saúde pública, por sua vez, deve se basear na concepção de que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde, e que essa é resultante de múltiplos fatores intervenientes no processo saúde/doença. A educação deve ser crítica, problematizadora da realidade, reflexiva, construída a partir de ações conjuntas como planejamento participativo dos indivíduos da comunidade e dos profissionais dos serviços de saúde (PELICIONI, M.; PELICIONI, A., 2007).

Assim, a educação em saúde, em seu sentido mais amplo, passa a ser entendida tanto como uma “instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde/doença como quanto uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais” (MEYER et al., 2006, p. 1338).

Com base nas teorias da ação humana, acredita-se ser possível estabelecer duas correntes que pretendem explicar a ação ou a não ação dos indivíduos, ou seja, explicar as razões pelas quais os indivíduos seguem, ou não, as orientações repassadas pelos profissionais de saúde nas atividades educativas. Nesse sentido, são propostos como princípios do trabalho em saúde: “conhecer e contar com o ser humano”, que são expressos em dois pressupostos: somente conhecendo o indivíduo, e suas circunstâncias, é possível realizar uma ação eficiente e permanente em saúde; e ninguém pode cuidar da saúde do outro se o outro não quiser fazê-lo por si mesmo (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Com base nesses pressupostos o autor postula as sete teses da educação em saúde, com vistas à participação comunitária:

I- Não há quem sabe e quem não sabe, mas sim, duas pessoas que sabem coisas diferentes;

II- Educação não é apenas o que é ensinado em programas educacionais, mas em toda a ação de saúde;

III- A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas sim um espaço a ser transformado;

IV- A educação deve ser dialógica e participativa;

V- A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas;

VI- A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço-resultado;

VII- A educação deve promover a responsabilidade individual e a cooperação coletiva. (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

No entanto, para que se consolidem as ações educativas é preciso seguir dois princípios básicos: primeiro é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo sua cultura, crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. O segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição, sendo necessária a conscientização das pessoas quanto à importância de cuidar da sua saúde e da saúde da comunidade, e não apenas buscar o serviço quando a doença já se encontra instalada (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Salienta-se que a sociedade deve ter como meta, não somente buscar encontrar uma maneira de evitar a doença, mas sim de responder com todos os meios sociais e ambientais possíveis a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas e alcançar a saúde, como algo mais do que a ausência de doença (BRICEÑO-LEÓN, 2009).

Paralelamente, afirma-se que a educação em saúde se constitui em um espaço de trocas simbólicas, que transcende e supera a transmissão de conhecimento de forma normativa e coercitiva baseada na intervenção social. Assim, no processo educativo, ressalta-se o quanto é importante conhecer o ser humano, contar com este e entender a sua lógica própria de pensamento e ação (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Nessa perspectiva, é importante ampliar as ações de educação em saúde com o intuito de não desenvolvê-las por meio de estratégias persuasivas, que visem apenas à mudança de comportamento das pessoas, mas sim a sua conscientização acerca dos seus direitos sociais e os meios de se obter e manter a saúde.

Por conseguinte, educar é um processo o qual ocorre de forma intencional e que objetiva prover situações ou experiências que estimulem a expressão potencial dos seres humanos. O termo educação tem sido utilizado com diferentes denominações, qualquer que seja sua abordagem, sendo elas: educação em saúde, educação sanitária, educação popular, educação para a cidadania. Embora representem concepções totalmente diferentes, a educação em saúde continua a existir até os dias de hoje nas ações desenvolvidas por profissionais com variadas formações, especialmente na APS (PELICIONI, M.; PELICIONI, A., 2007).

4.2.2 Modelo tradicional de educação em saúde

Acredita-se que a partir das várias abordagens existentes sobre a educação em saúde, esta pode ser definida por meio de dois modelos distintos: o modelo preventivo de educação em saúde, também denominado como educação tradicional em saúde e o modelo de promoção da saúde, também denominado de educação radical em saúde (OLIVEIRA, 2005).

Portanto, com relação às ações educativas, o modelo tradicional se dirige às práticas de educação que “incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde”, e o radical, ou dialógico, trabalha na perspectiva dos sujeitos das práticas de saúde, em que o usuário é “portador de saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelo serviço”. Nesse sentido, a perspectiva radical objetiva a construção da autonomia e da responsabilidade dos sujeitos no cuidado com a sua saúde e de toda a comunidade, por meio da transformação dos saberes (ALVES, 2005, p. 47-48).

O modelo educativo tradicional tem como objetivo a substituição de comportamentos tidos como nocivos à saúde por comportamentos saudáveis, por meio da transmissão de informações. É baseado nos pressupostos de que a prevenção é melhor do que a cura, a medicina curativa não consegue dar conta dos problemas de saúde comunitários e o comportamento individual está incluído na etiologia das doenças. Dessa forma, a educação em saúde teria como objetivo a prescrição de regras para mudar as condutas que causam as doenças. Esse enfoque preventivo não considera os fatores psicológicos e sociais que influenciam a conduta ante a doença, além de culpar o indivíduo pela sua enfermidade, utilizando práticas impositivas (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

A educação em saúde neste modelo ignora que comportamentos são sempre interativos, significando, então, que modos de vida são produtos de uma ação recíproca de fatores socioculturais e individuais. Assim, não é observado o fato de as circunstâncias ambientais – inclusive as normas sociais, as quais os indivíduos estão sujeitados e os valores culturais que organizam a vida cotidiana – terem um impacto direto nas escolhas cotidianas das pessoas (OLIVEIRA, 2005).

Sugere-se que a concepção baseada somente nos estilos de vida dos indivíduos, enquanto resultado de escolhas pessoais, tem se constituído num importante problema para o desenvolvimento das ações educativas em saúde. A predominância de profissionais da

medicina e de disciplinas afins, no campo da promoção da saúde, tem dificultado a adoção de um arcabouço teórico diferente do biomédico para o desenvolvimento de ações de educação em saúde (OLIVEIRA, 2005).

Sabe-se que o ser humano sofre influência do meio em que vive, mas se aceitarmos os argumentos em favor dessa influência na determinação dos comportamentos individuais, inclusive, nos que resultam em saúde e doença, estaremos verificando que o modelo tradicional de educação em saúde é problemático, justamente por focar sua ação educativa na mudança de comportamento individual e na crença de que saúde resulta de escolhas que o indivíduo faz, não importando os aspectos culturais e sociais que condicionam tais escolhas (SOUZA; COLOMÉ; COSTA et al., 2005).

Nesse sentido, a educação em saúde precisa superar a conceituação biomédica de saúde e abranger novos objetivos, visto que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas sim, uma fonte de vida. Portanto, a educação em saúde contemporânea visa preparar o indivíduo para buscar melhores condições de vida, sendo estimulado a tomar decisões, exercer a autonomia sobre a sua própria vida (OLIVEIRA, 2005).

4.2.3 Modelo radical de educação em saúde

Visando atender às complexidades da nova saúde pública, surge o modelo radical de educação em saúde, que se propõe a considerar a origem dos problemas de saúde nos quais quer intervir, tendo por objetivo principal a promoção da saúde.

Em resposta às premissas da promoção da saúde, o modelo radical de educação em saúde ganhou espaço no contexto da saúde pública. Essa nova abordagem se propõe a atender as complexidades da nova saúde pública e a trabalhar desde uma perspectiva mais moderna de educação. Em termos educacionais, o modelo radical está centrado num incremento do pensamento crítico das pessoas (TONES; TILFORD, 1994).

O modelo educativo radical está baseado no princípio de que o usuário, por intermédio da compreensão das informações fornecidas pelos serviços de saúde, faça livremente as suas escolhas. Ao profissional cabe informar, examinar e esclarecer as crenças e os valores aos usuários. E na avaliação da efetividade do aspecto educativo, é considerado o grau de entendimento que o usuário tem da situação e não somente a mudança de comportamento, pois esse enfoque busca as origens dos problemas de saúde nos fatores

sociais, econômicos e políticos e a sua meta é gerar consciência pública dos indivíduos sobre os interesses, principalmente de ordem econômica, que interferem nas condições de saúde da população (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

O principal objetivo desse modelo é promover a saúde no seu sentido positivo, ou seja, saúde como recurso para uma vida com qualidade, meta que inclui quatro estágios segundo Tones e Tilford (1994):

- a) fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal;
- b) estimular a busca e identificação coletiva das causas dessa realidade;
- c) exame das implicações dessa realidade;
- d) desenvolvimento de um plano de ação para alterá-la.

Acredita-se que indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, não apenas no sentido da sua capacidade para tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, mas também, em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da sua saúde. Há, portanto, a necessidade de incorporar o *empowerment* de indivíduos e comunidades como condição *sinequanon* para que se cumpram as metas propostas pelas ações educativas (TONES; TILFORD, 1994).

Falar em promoção da saúde é falar sobre incremento do *empowerment* comunitário e pessoal, por meio do desenvolvimento de habilidades e atitudes, conducentes à aquisição dos saberes técnico e político para atuar em prol de sua saúde, como propõe a Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986). *Empowerment* está diretamente relacionado ao desenvolvimento de programas que promovam nas comunidades uma consciência crítica sobre sua realidade vivida (LAVERACK, 2001).

A educação e a saúde são consideradas espaços de produção e emprego de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Assim, os profissionais da saúde utilizam, mesmo que inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender. A ação educativa em saúde se refere às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde. Para o desenvolvimento das ações de saúde é necessária a utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação do plano de cuidados instituído. Nesse sentido, saúde não pode ser vista apenas como um processo de intervenção na doença, mas sim, como intervenções para que o indivíduo e a coletividade tenham à disposição os meios para manter, ou recuperar, o estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, econômicos, sociais e espirituais. Considera-se, ainda, que se pode exercer a prática de saúde em qualquer

espaço social, pois o campo da saúde é muito mais amplo do que o da doença (PEREIRA, 2003).

Desse modo, a educação em saúde deve estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças facilitando a incorporação de ideias e práticas corretas que passem a fazer parte do dia-a-dia dos indivíduos, de forma a atender suas reais necessidades. Tomando como ponto de partida o saber produzido em todas as situações vivenciadas no cotidiano com a comunidade, deve-se procurar atender aos interesses dos vários grupos sociais pertencentes às distintas classes sociais (PELICIONI, M.; PELICIONI, A., 2007).

A educação em saúde, por meio de um enfoque político, pretende ir muito além do que simplesmente informar, ou tentar mudar comportamentos. E ainda, tem como metas a preparação dos indivíduos para o exercício da plena cidadania; a criação de condições para que os indivíduos se organizem em busca da conquista e implementação de seus direitos, tornando-os aptos a cumprir seus deveres, visando à obtenção do bem-estar e da melhoria da qualidade de vida a todos, fazendo com que estes se tornem capazes de transformar a sociedade como sujeitos da sua própria história, conforme proposto na teoria freireana (PELICIONI, M.; PELICIONI, A., 2007).

Salienta-se que os profissionais ao fornecerem informações de saúde a indivíduos acreditam que os sujeitos podem, e devem, seguir as orientações recebidas, muitas vezes ignorando a existência de fatores intervenientes que dificultam o exercício da autonomia individual. No entanto, a mudança de comportamento, que se espera, pode sim resultar das ações de educação em saúde, mas elas acontecem em um processo complexo que inclui fatores subjetivos e objetivos, dentre os quais se inclui o contexto social, econômico e cultural, bem como as motivações individuais (SOUZA et al., 2005).

Conforme já enfatizado, o modelo radical de educação em saúde propõe a conscientização crítica dos indivíduos acerca de sua situação de vida e de toda a comunidade. Para tanto, por intermédio de propostas conjuntas com os indivíduos, membros de uma determinada comunidade podem desenvolver planos de ação para modificar aspectos da realidade que repercutem na sua saúde, configurando-se, assim, como sujeitos de suas próprias vidas (SOUZA et al., 2005).

4.2.4 Tendências pedagógicas da educação

O enfermeiro da ESF se depara constantemente com situações concretas alusivas à educação. Por sua vez, o trabalho educativo desenvolvido pelo enfermeiro está fundamentado, geralmente, na compreensão de educação de cada profissional, baseado em sua experiência pessoal e de trabalho. Dessa forma, muitos dos profissionais que realizam educação em saúde diariamente não conhecem a tendência pedagógica na qual está fundamentada a sua prática educativa.

Para a efetivação das ações educativas é necessária a adoção de concepções pedagógicas de cunho transformador, emancipador, libertador, multicultural e voltadas para as necessidades da sociedade (BRASIL, 2003).

Nessa dimensão, por meio da literatura disponível sobre as tendências pedagógicas existentes, optou-se no presente estudo por adotar o referencial de Libâneo (2003) que as classifica em dois grupos distintos: a pedagogia liberal (crítica) e a pedagogia progressista (pós-crítica). A primeira é constituída pelas pedagogias tradicional, renovada progressivista, renovada não diretiva e tecnicista, que são baseadas no indivíduo a ser educado, mas atribui também grande importância ao educador, em que ambos têm uma relação ainda verticalizada, sendo o educador quem repassa o conhecimento. Já a segunda é composta pelas pedagogias libertadora, libertária e crítico social, sendo estas fundamentadas na aquisição do conhecimento por meio do relacionamento interpessoal, de atividades interativas, especialmente grupais, na qual acreditam que o indivíduo aprende por intermédio de suas experiências de vida, e o educador é apenas o mediador entre o conhecimento e o ser educado, e a relação entre eles é horizontalizada (LIBÂNEO, 2003).

O quadro 1 apresenta resumidamente as tendências pedagógicas da educação, segundo o referencial de Libâneo (2003).

Tendência Pedagógica	Conteúdos/ Informações	Métodos	Educador X educando	Aprendizagem
<i>Liberal Tradicional</i>	São conhecimentos e valores sociais acumulados através dos tempos e repassados como verdades absolutas.	Exposição e demonstração verbal das informações e / ou por meios de modelos.	Autoridade do educador que exige atitude receptiva do educando.	A aprendizagem é receptiva e mecânica, sem se considerar as características próprias de cada indivíduo.
<i>Liberal Renovadora Progressivista</i>	Os conteúdos são estabelecidos a partir das experiências vividas pelos indivíduos frente às situações problemas.	Por meio de experiências, pesquisas e método de solução de problemas.	O educador é auxiliador no aprendizado livre do indivíduo.	É baseada na motivação e na estimulação de problemas.
<i>Liberal Renovadora não-diretiva</i>	Baseia-se na busca dos conhecimentos pelos próprios indivíduos.	Método baseado na facilitação da aprendizagem.	Educação centralizada no educando, e o educador garantirá um relacionamento de respeito.	Aprender é modificar as percepções da realidade.
<i>Liberal Tecnicista</i>	São informações ordenadas numa sequência lógica e psicológica.	Procedimentos e técnicas para a transmissão e recepção de informações.	Relação objetiva em que o educador transmite informações e o educando vai fixá-las.	Aprendizagem baseada no desempenho.
<i>Progressista Libertadora</i>	Temas geradores.	Grupos de discussão.	A relação é de igual para igual, horizontalmente.	Resolução da situação problema.
<i>Progressista Libertária</i>	Os conteúdos/informações são colocadas, mas não exigidas.	Vivência grupal na forma de autogestão.	É não diretiva, o educador é orientador e os educandos livres.	Aprendizagem informal, via grupo.
<i>Progressista "crítico social dos conteúdos"</i>	Conteúdos culturais, universais que são incorporados pela humanidade perante a realidade social.	O método parte de uma relação direta da experiência do educando confrontada com o saber sistematizado.	Papel do educando como participante e do educador como mediador entre o saber e o indivíduo.	Baseadas nas estruturas cognitivas já estruturadas nos indivíduos.

Quadro 1: Tendências Pedagógicas da educação. Adaptado de Libâneo (2003).

Diante desse contexto, salienta-se que a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Assim, na ESF quando os profissionais fazem educação em saúde, estão utilizando, mesmo que inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e aprender (PEREIRA, 2003).

Ensinar não se constitui apenas na transferência de conhecimento, mas, especialmente, na criação de possibilidades para que este seja construído. Portanto, a educação não se resume na transmissão de conhecimentos, mas sim, em uma profunda e constante interação entre educador e educando, sendo o diálogo um caminho fundamental para que ocorra a construção e a troca dos saberes (FREIRE, 1996).

Por sua vez, para educar é necessário optar e seguir uma diretriz pedagógica com postura transformadora e que contemple a realidade em que os homens vivem, trabalham e se relacionam, bem como seus saberes concretos e significativos (COLOME; LANDERDAHL; OLIVO, 1999).

Avalia-se que as ações de educação em saúde na ESF deveriam ser baseadas nas tendências progressistas, sendo necessária a problematização da realidade das famílias como possibilidade de promoção e apropriação significativa do saber acumulado, desencadeando uma reflexão que possa superar o saber cotidiano dos sujeitos sem, contudo, ignorar as suas experiências (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, para que os enfermeiros desenvolvam um trabalho educativo efetivo, no âmbito das equipes de saúde da família, é necessário fundamentar-se teoricamente no modelo radical de educação em saúde, aliando-o ao uso das tendências pedagógicas progressistas, visto que esses aspectos formam o arcabouço necessário de conhecimento para a efetivação de suas práticas cotidianas.

Assim, é necessário mergulhar no mundo do sujeito, observando o lugar onde estão e se situam socialmente, para criar outras formas de fazer em saúde, pois é na compreensão da realidade que se verifica a possibilidade do que é plausível fazer e para que fazer (BRASIL, 2003).

4.2.5 Educação em saúde na ESF

Estudo identificou as representações sociais das enfermeiras sobre a questão educativa e concluiu que elas reconhecem seu papel de educadora, que têm perfil para isso e,

inclusive, fazem isso o tempo todo. Um elemento significativo da representação é que a educação em saúde é desenvolvida em grupos e pressupõe a educação permanente do profissional. De acordo com o estudo, o vínculo estabelecido com a população e a realização de visitas domiciliares possibilitam trabalhar a educação em saúde a partir da realidade dos usuários (SILVA, 2005).

As ações educativas em saúde nos últimos anos têm estado muito presente no trabalho diário dos enfermeiros. Esses profissionais se encontram envolvidos nesta área de atuação tanto na educação formal, em que participam ativamente da formação de profissionais de saúde, quanto na educação não formal, a qual abarca todas as atividades de educação individual e coletiva realizadas junto aos usuários dos serviços de saúde (BUDÓ; SAUPE, 2004).

Salienta-se que as ações educativas na ESF não são desempenhadas com muita frequência e os motivos para isso são diversos: desorganização da demanda, baixa escolaridade da população, resistência da população às ações educativas, ausência de área física adequada e escassez de material de apoio, excesso de atividades burocráticas, além disso, considera-se que para a educação em saúde ser uma realidade na ESF se faz necessária a atualização dos profissionais de saúde e maior disponibilização de recursos físicos e material de apoio (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005; JESUS et al., 2008). Contudo, não é só isso, pois estudo realizado no interior nordestino apontou a desarticulação dos conhecimentos dos membros da equipe de saúde sobre os princípios teóricos, metodológicos e filosóficos da ESF como um dos determinantes do pouco envolvimento do trabalho da equipe com a área educativa, resultando em falta de integração/articulação das ações práticas de uma equipe de ESF com a dimensão educativa (SILVA, C.; SILVA, A.; LONSING, 2006).

Diariamente os profissionais de saúde trabalham com pessoas que possuem o seu referencial de vida, os seus valores e crenças estabelecidos e que, no momento de uma situação de crise ou de doença, procuram o serviço de saúde e passam a ser atendidas de forma uniformizada pelo sistema, em que muitas vezes não é levado em consideração o seu saber popular, a sua vivência e as suas crenças. Portanto, sabe-se que é fundamental considerar a dimensão social, cultural e econômica dos indivíduos que recebem os cuidados pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, para trabalhar num contexto de educação e saúde na prática junto às comunidades é essencial que os profissionais estabeleçam uma relação entre as ciências da saúde, as ciências sociais e a educação, a fim de promover uma ação educativa democrática, respeitando a liberdade individual em busca do processo de conscientização (BUDÓ; SAUPE, 2004).

Na visita domiciliária o trabalho do enfermeiro proporciona a observação e reconhecimento do indivíduo/família em seu verdadeiro contexto, caracterizado pelas condições de vida e pelas relações afetivo-sociais, que são alguns dos principais fatores a serem identificados para a prestação de assistência integral da saúde. Conhecendo indivíduo/família em seu contexto, torna-se possível a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com a realidade e recursos que a família dispõe. A visita domiciliária também possibilita melhor relacionamento do profissional com a família, por ser um método menos formal e sigiloso em relação aos utilizados nas atividades internas dos serviços de saúde (VERDI; SANTANA, 2005).

Ante a inquietação sobre como tem sido a prática educativa dos enfermeiros na ESF, constata-se na literatura que a maioria dos enfermeiros afirma realizar atividades como palestras e reuniões de grupo junto aos clientes e que, entre outros aspectos, a essência das atividades educativas se assemelha no antigo e no novo modelo assistencial; as ações educativas precisam estar vinculadas à realidade da família atendida; a educação continuada deve ser vislumbrada como ferramenta que pode contribuir para a reorganização dos serviços de saúde (BEZERRA et al., 2004).

Mais recentemente, foi constatado que as ações de educação em saúde são realizadas em momentos específicos, em forma de palestras e atividades de grupo e que alguns enfermeiros consideram as ações educativas segundo o modelo tradicional de atenção à saúde, enquanto outros as veem como oportunidade para desenvolver nas pessoas uma consciência crítica acerca da importância da responsabilização de profissionais e usuários nas ações de promoção e proteção da saúde (JESUS et al., 2008).

No entanto, as ações de educação em saúde são utilizadas para tornar imediatas as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, sendo realizadas como um repasse de informações para a comunidade, em relação aos procedimentos, com caráter coercitivo, no qual se identifica um traço autoritário e prescritivo, mesmo havendo a intenção de difundir informações para a melhora na qualidade de vida (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001). Assim, a educação em saúde na ESF ocorre permeada de contradições e para compreendê-la o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, precisa considerar as novas formas de relações sociais e as necessidades de saúde da população, com vistas a superar as práticas que se limitam a ensinar comportamentos saudáveis.

Por sua vez, as ações educativas em saúde ainda seguem a perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, no qual os profissionais detêm o

conhecimento e o ensinam para a população que é leiga e cujo saber prévio é desvalorizado e/ou ignorado no processo de transmissão (MEYER et al., 2006).

Estudos retratam que as práticas educativas ainda possuem muitos obstáculos na sua consolidação, pois ainda estão baseadas no modelo tradicional hegemônico, o qual privilegia a assistência curativa e preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais, incluindo como estratégias desta prática as informações verticalizadas, as quais determinam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Confirmando, assim, que a participação ativa da população nas decisões de cuidado com o corpo não são práticas presentes no cotidiano dos serviços de saúde (ALVES, 2005; BERNI; LUZ; KOHIRAUSCH, 2007).

Dessa forma, os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde mantendo uma relação assimétrica entre profissionais e usuários, uma vez que um detém o saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. Além de reagir a um estímulo apenas temporário, a população não muda de comportamento e gera a falta de estímulo na organização da comunidade para o desenvolvimento de cidadania e participação nas atividades desenvolvidas pela unidade (COSTA et al., 2009).

Sendo a ESF um “lócus” de participação da população, deve-se promover uma nova relação entre os sujeitos, em que tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde. Esse envolvimento só é possível mediante um processo de diálogo entre os saberes, no qual um contribui com seu conhecimento peculiar da situação, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano. Remodelar a assistência à saúde implica modificar o processo de trabalho, pois a sua implantação por si só não garante que o modelo assistencial esteja sendo modificado, mas com certeza já nos leva a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de agir e implementar ações e serviços no contexto da ESF (COSTA et al., 2009).

Estudo mostra que na ESF a prática gerencial, ou seja, as atividades administrativas ficam sob total responsabilidade do enfermeiro e que as práticas educativas têm apresentado uma evolução em sua dinâmica, mas que ainda existe a necessidade de se dar maior ênfase à atuação desse profissional nas ações educativas em saúde junto à população, visto que essas ações são essenciais para proteger e prevenir a saúde da população (NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A., 2005).

São variadas as opiniões sobre a ESF, alguns contra e outros favoráveis. Os contrários alegam que essa é uma forma do governo tentar tirar o foco de atenção de si e

responsabilizar a família pela ocorrência de possíveis doenças em seus familiares, em seu espaço intrafamiliar, ou seja, o governo estaria escondendo por trás de seus discursos seus próprios interesses, visto que se a estratégia for implementada com êxito ocorrerá uma redução das filas de espera nos hospitais públicos e privados, bem como nas clínicas, reduzindo assim os lucros de alguns setores. Os favoráveis veem esta estratégia não como uma transferência de responsabilidades, mas sim a adoção de medidas básicas e simples de prevenção por meio da educação em saúde, para que os usuários não necessitem de atendimento hospitalar para sua cura e/ou reabilitação inúmeras vezes, fazendo-os conhecer melhor o que os leva a adoecer e as formas de prevenção.

Destaca-se que dentre as diversas formas de atuação do enfermeiro na sociedade moderna, a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde. Porém, a maioria das ações de educação em saúde que têm sido desenvolvidas, tanto internacionalmente como no Brasil, permanecem centradas na prevenção de doenças na responsabilização individual. Dessa forma, verifica-se que as causas sociais da falta de saúde não têm sido consideradas com a ênfase desejada (OLIVEIRA, 2005).

Salienta-se que dentre as atividades da ESF, emergem as ações educativas como “ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o autocuidado dos membros da família, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos” (MACHADO et al., 2007, p. 337).

Nota-se empiricamente, no cenário de saúde atual, que a prática educativa está centrada nas pessoas doentes ou naquelas suscetíveis a alterações no seu estado de saúde, uma vez que o profissional direciona suas ações para indivíduos que procuram os serviços de saúde devido à possibilidade da existência de alguma doença (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

No cotidiano dos profissionais de saúde há uma sobreposição das abordagens tradicionais de educação em saúde em relação às radicais, devido provavelmente à complexidade do modelo radical e das dificuldades de se colocar em prática os seus pressupostos inovadores (SOUZA et al., 2005).

Mas, salienta-se que mesmo diante das dificuldades, a educação em saúde vem sendo repensada ao longo dos anos, no sentido de mudar as ações educativas persuasivas, com transferência verticalizada de informações, negação da subjetividade do ser que recebe as orientações e autoridade do educador para ações que possam desenvolver a autonomia e o *empowerment* dos sujeitos.

Nesse sentido, a educação em saúde, como caminho que busca articular dimensões complementares com vistas à construção de respostas sociais significativas, torna-se possível quando se entende que a educação não trata de definir comportamentos corretos para os demais, mas de criar oportunidades de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais, baseadas nas reais condições de vida de uma comunidade (TEIXEIRA, 2005).

Desse modo, é imprescindível que os profissionais da saúde, além de desenvolverem o seu trabalho pautado nas necessidades da população, estejam constantemente articulados com outros setores da sociedade, a fim de garantir a resolução das questões de saúde da população com vistas à melhoria da qualidade de vida. Assim, esses profissionais devem exercer papel decisivo na organização da comunidade, por meio dos conselhos de saúde, entre outros, com a finalidade de que possam de fato, exercer o controle social, tornando-se sujeitos de sua realidade. Por conseguinte, profissionais e população precisam ser capazes de compreender o ambiente em que estão inseridos e de manter uma organização e mobilização no sentido de melhorá-lo, a partir do conhecimento e reivindicação de seus direitos e da participação efetiva nas mudanças necessárias, viabilizando assim, práticas de educação e promoção da saúde que resultem em maior qualidade de vida da população (BUDÓ et al., 2008).

Entretanto, enquanto os profissionais procuram respostas e caminhos alternativos para as complexidades do processo educativo, as crescentes vulnerabilidades de indivíduos continuam a pressioná-los, logo, esses precisam saber lidar com os possíveis conflitos éticos e teóricos e continuar a trabalhar, como sempre fizeram.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa maior intitulado: “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, o qual é apoiado financeiramente pela Fundação Araucária e vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, que é caracterizado pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer (GIL, 2002).

Entende-se por procedimentos metodológicos as atividades necessárias para o levantamento dos dados, os quais subsidiarão o desenvolvimento dos raciocínios que resultarão em cada parte do final do trabalho. Ou seja, na metodologia se planeja como serão desenvolvidas todas as etapas da pesquisa (SANTOS, 2006).

O modelo de conhecimento científico que surgiu em primeiro lugar foi denominado pesquisa de abordagem quantitativa e esta se adequou perfeitamente à apreensão e ao manejo do mundo físico, mas ela se tornou um paradigma para a construção das ciências que pretendiam conhecer o mundo humano, o homem. Destarte, os cientistas perceberam que o conhecimento do homem não poderia reduzir-se a esses modelos e critérios. Portanto, a pesquisa de abordagem qualitativa surge como método capaz de conhecer as condições específicas dos sujeitos (SEVERINO, 2007).

A pesquisa qualitativa fornece uma compreensão densa de certos fenômenos sociais, apoiados no pressuposto de maior relevância do aspecto subjetivo da ação social em face da configuração das estruturas sociais, ou seja, da incapacidade estatística de dar conta dos fenômenos complexos e únicos (HAGUETTE, 2000).

Nesse estudo, escolheu-se a pesquisa qualitativa, pois ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela investiga a profundidade das relações, dos fenômenos e dos processos que não podem ser reduzidos apenas à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

A investigação qualitativa tem como atitudes imprescindíveis a flexibilidade e a capacidade de observação e interação com o grupo envolvido na investigação. Dessa forma, os instrumentos utilizados na investigação podem ser readaptados e corrigidos durante o processo de coleta dos dados, a fim de atingir os objetivos propostos no estudo (MINAYO, 2008).

Os estudos qualitativos consideram a comunicação entre o entrevistador e o entrevistado como parte explícita na construção do conhecimento. As subjetividades do pesquisador e dos membros estudados são parte do processo de pesquisa, portanto, tudo o que é percebido, observado e sentido no campo se tornam dados, constituem parte da interpretação das informações colhidas (FLICK, 2004).

A pesquisa qualitativa é importante, pois é capaz de compreender os valores e as representações de um grupo específico sobre determinado tema, compreender as relações dos atores sociais em seu meio específico e avaliar as políticas públicas e sociais quanto aos seus objetivos e aplicação (MINAYO, 2008). Esta modalidade de pesquisa é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade em determinado local e espaço de tempo, partindo das expressões e atividades dos sujeitos em seus contextos locais (FLICK, 2004).

O estudo se caracteriza como uma pesquisa de campo, desse modo, campo pode ser definido como o local onde ocorrem os fenômenos/processo. Na realização da pesquisa de campo, os dados são coletados *in natura*, conforme eles são percebidos pelo pesquisador (SANTOS, 2006).

Na pesquisa de campo inicialmente deve ser realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema a ser trabalhado, o qual possibilitará o conhecimento da situação em que se encontra o problema, trabalhos já desenvolvidos e as opiniões fundamentais sobre o assunto. E ainda, possibilita que seja estabelecido um modelo teórico inicial de referência, da mesma forma que auxiliará na determinação das variáveis e elaboração do plano geral da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Após a realização desta primeira etapa é necessário que, conforme a natureza da pesquisa, sejam decididas as técnicas que serão utilizadas na coleta dos dados e para a determinação da amostra, a qual precisa ser representativa e satisfatória para amparar as conclusões. E como última etapa é necessário estabelecer, antes da coleta dos dados, técnicas para o registro dos dados, assim como, a forma de análise destes (MARCONI; LAKATOS, 2006).

No estudo de campo é analisado um grupo ou comunidade que possui integração entre seus membros. Geralmente esta modalidade de estudo focaliza um grupo de trabalho, de

estudo, ou seja, grupos que envolvam a atividade humana. O trabalho é desenvolvido por meio da observação e das entrevistas com os integrantes do grupo (GIL, 2002).

Na pesquisa de campo a fonte é abordada em seu meio ambiente próprio, no qual os dados são coletados nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo observados, sem intervenção por parte do pesquisador (SEVERINO, 2007).

O tipo de pesquisa de campo realizada foi a descritivo-exploratória, e esse tipo de pesquisa objetiva descrever completamente determinado fenômeno e pode ser utilizada tanto para abordagens quantitativas, como para qualitativas, assim como para acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Na pesquisa descritivo-exploratória em primeiro lugar é realizada uma aproximação do tema, a fim de criar maior familiaridade com o fenômeno/processo, o que é caracterizado como exploração. Após esta aproximação é realizado um levantamento das características que compõem o fenômeno/processo, geralmente desenvolvida por meio de levantamentos e observações sistemáticas, o que caracteriza a descrição (SANTOS, 2006). “As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática” (GIL, 2002, p. 42).

5.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

O interesse em pesquisar profissionais que atuam na ESF é pelo fato deste ser um modelo assistencial novo, cujos objetivos e funcionamento não são ainda conhecidos com total clareza, tanto pela população, como pelos profissionais que atuam em tal área. Nessa dimensão, a população é definida como o conjunto de elementos com determinadas características (GIL, 2002). Ou ainda, como um conjunto de pessoas bem definido e que tem certas propriedades específicas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Nesse sentido, a escolha do local de estudo - 10ª Regional de Saúde - (RS) para o estudo se deu pelos seguintes fatores: por ser a Regional a qual pertence o município onde reside minha família; por possuir um conhecimento prévio da maioria dos municípios que a integram; por conhecer um pouco da sua história e funcionamento, devido à realização da graduação no município sede dessa Regional; por já ter realizado estudo em conjunto com a mesma durante a graduação; por não existirem estudos científicos publicados sobre o trabalho

educativo dos enfermeiros da ESF nessa Regional; e por conhecer pessoas que atuam em alguns setores, o que auxiliou na consecução das autorizações do estudo e no contato com os enfermeiros pesquisados.

O Estado do Paraná possui atualmente 22 Regionais de Saúde (RS), as quais englobam todos os 399 municípios do Estado. Este estudo foi desenvolvido no âmbito da 10ª RS do Paraná que conta com 25 municípios e tem como sede o município de Cascavel (IBGE, 2010; PARANÁ, 2010). A população do estudo foi composta por todos os enfermeiros que atuam na ESF dos municípios selecionados, dentre os 25 municípios pertencentes a 10ª RS.

O critério de seleção dos municípios se justifica pelo fato deles possuírem características populacionais distintas, portanto, considera-se que eles possuem capacidades diferenciadas de atendimento de saúde à população, o que pode determinar a realização do trabalho educativo pelos enfermeiros. Assim, os 25 municípios que compõem a 10ª RS, de acordo com o porte populacional, foram divididos pelos pesquisadores em cinco grupos distintos:

Grupo 1: municípios com menos de 5.000 habitantes (6);

Grupo 2: municípios com 5 a 10.000 habitantes (10);

Grupo 3: municípios com 10 a 20.000 habitantes (7);

Grupo 4: município com 20 a 30.000 habitantes (1);

Grupo 5: município com mais de 60.000 habitantes (1).

A tabela 1 apresenta o número populacional e de equipes de Saúde da Família dos municípios que compõem a 10ª RS do Estado do Paraná.

Tabela 1: População dos municípios e número de equipes de Saúde da Família no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, 2008.

Grupos	Município	População	Nº de equipes
Grupo 1	Anahy	2868	01
	Campo Bonito	4426	01
	Diamante do Sul	3665	01
	Iguatu	2286	01
	Iracema do Oeste	2580	01
	Santa Lúcia	3725	02
	Boa Vista da Aparecida	7818	03
	Braganey	6044	02
	Catanduvas	9578	02
Grupo 2	Espigão Alto do Iguaçu	5104	02
	Formosa do Oeste	7532	03
	Ibema	5927	01
	Jesuítas	8825	03
	Lindoeste	5446	0
	Santa Tereza do Oeste	9378	01
	Vera Cruz do Oeste	9099	03
	Cafelândia	13065	04
	Capitão Leônidas Marques	13616	01
	Céu Azul	10914	04
Grupo 3	Corbélia	15428	03
	Guaraniaçu	15959	05
	Nova Aurora	11753	03
Grupo 4	Três Barras do Paraná	11718	03
	Quedas do Iguaçu	30181	02
Grupo 5	Cascavel	285784	10
Total:	25 municípios		62 enfermeiros

* O número de enfermeiros nos 25 municípios que compõem a 10ª RS totalizam 62. Foram selecionados 8 municípios, nos quais totalizaram 27 enfermeiros a serem pesquisados.

Além da divisão dos grupos e do sorteio dos municípios, havia como critérios de inclusão: equipe mínima da ESF completa e atuação do enfermeiro na equipe por um período mínimo de cinco meses.

Após a divisão dos municípios, foram selecionados no grupo 1 os municípios de Campo Bonito e Iguatu; no grupo 2 os municípios de Catanduvas e Espigão Alto do Iguaçu; no grupo 3 Céu Azul e Guaraniaçu; no grupo 4 foi selecionado apenas Quedas do Iguaçu, por conter apenas esse município no grupo, assim como no grupo cinco temos somente o município de Cascavel. Nos oito municípios selecionados deveriam ser entrevistados 27 enfermeiros, no entanto, o estudo foi realizado com 20 sujeitos, pois houve perda, exclusão e recusa, dentre as quais:

- um enfermeiro estava de atestado por tempo indeterminado, devido a um acidente automobilístico;
- um enfermeiro estava de licença e provavelmente não voltaria mais ao trabalho, segundo informações da secretaria de saúde;
- duas equipes de saúde da família estavam sem enfermeiro no momento da coleta de dados e sem previsão para receber novo profissional;
- dois enfermeiros no município de Quedas do Iguaçu não participaram por estarem atuando na unidade há apenas um mês, assim sendo, este município foi excluído do estudo; (esta exclusão ocorreu pelo fato de que no momento do sorteio e seleção dos municípios foi feito contato com a RS e o município para saber a quanto tempo os enfermeiros atuavam, e neste caso atuavam há mais de cinco meses. Porém, no momento da realização da coleta dos dados (seis meses após a seleção dos municípios) haviam ingressado novos enfermeiros em decorrência da aprovação em concurso público, que veio a substituir os trabalhadores que atuavam em regime celetista, ocasionando assim a exclusão).
- um enfermeiro não aceitou participar.

Salienta-se que o ideal seria realizar o estudo em todos os municípios da 10ª RS, mas, devido ao tempo disponível para a realização da pesquisa, tal ação não pôde ser concretizada. No entanto, acredita-se que a realização desse estudo nesses municípios propiciou o conhecimento da realidade das equipes de saúde da família e principalmente da atuação dos enfermeiros nestas equipes quanto ao trabalho educativo junto à população.

5.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

A entrevista é a técnica de coleta de dados mais frequente no desenvolvimento do trabalho de campo e por meio dela o pesquisador procura adquirir informações inclusas no discurso dos atores sociais (MINAYO, 2008). Ao utilizar essa técnica, o entrevistador busca apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam e fazem em relação a determinado assunto (SEVERINO, 2007).

A entrevista pode ser definida como o encontro entre duas pessoas, que por meio de uma conversa uma das partes consegue obter informações a respeito de determinada temática. É uma técnica realizada de forma metódica que possibilita a obtenção da informação necessária ao pesquisador sobre determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2006).

As entrevistas podem ser de diferentes formas, mas se resumem basicamente em dois tipos: estruturada e não-estruturada, que podem ser entendidas como entrevistas fechadas e abertas, respectivamente. Entende-se que entrevista não é apenas um elemento de coleta de dados, mas sim uma situação de interação na qual as informações prestadas pelos sujeitos pesquisados podem ser afetadas pela natureza das relações destes com o entrevistador (MINAYO, 2008).

As entrevistas semiestruturadas possuem qualidades, dentre elas podemos destacar: a capacidade que ela possui de enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o entrevistador quer abordar, a partir de suas hipóteses, advindas da definição do objeto de investigação (MINAYO, 2008).

Como técnica utilizada para a coleta de dados, a entrevista apresenta muitas vantagens, mas também algumas limitações. Dentre as vantagens, destaca-se que: pode ser utilizada com todos os segmentos da população, fornece uma amostragem melhor da população, é mais flexível, permite a observação das expressões não-verbais, oportuniza a obtenção de dados não registrados/documentados e possibilita a obtenção de informações mais precisas (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Dentre as limitações, pode-se destacar: a dificuldade de expressão do entrevistado/entrevistador, a incompreensão do significado da questão pelo entrevistado, as possibilidades do entrevistador influenciar o entrevistado, a disposição do entrevistado, a não verbalização de dados importantes, o grande tempo dispensado para a sua realização e a difícil realização (MARCONI; LAKATOS, 2006).

O pesquisador precisa preparar as entrevistas antes da sua realização, tal preparação consiste em: planejar a entrevista, conhecer previamente os sujeitos entrevistados, agendar previamente para estar seguro que será recebido, garantir sigilo e anonimato aos entrevistados, estar autorizado pelos superiores para realizar a entrevista, conhecer previamente o campo de pesquisa e organizar o roteiro de questões (MARCONI; LAKATOS, 2006).

As entrevistas exigem o seguimento de diretrizes, tais como:

- Inicialmente o pesquisador precisa entrar em contato com o entrevistado e manter uma conversa amigável, explicando-lhe os objetivos do estudo, criando um ambiente de confiança e cordialidade;
- As perguntas devem ser feitas de acordo com o roteiro e o tipo de entrevista;
- As respostas devem ser anotadas no momento da entrevista, o gravador é ideal para garantir maior fidelidade das informações;

- A entrevista deve terminar em ambiente cordial, da mesma forma que ocorreu no início da entrevista;

- As informações prestadas na entrevista precisam ter validade, relevância, clareza e especificidade, extensão e profundidade (MARCONI; LAKATOS, 2006).

A entrevista semiestruturada geralmente é guiada por uma relação de tópicos (roteiro) de interesse do entrevistador, e este durante o decorrer da entrevista vai explorando o entrevistado conforme os objetivos do estudo (GIL, 2002). O roteiro semiestruturado deve conter questões que delineiam o objeto do estudo, dando-lhe forma e conteúdo, e permitir a ampliação e aprofundamento das falas (MINAYO, 2008).

Na realização de entrevistas a utilização de gravadores gera a obtenção de um registro mais autêntico dos dados, mas após pedir o consentimento do pesquisado para a gravação o pesquisador aguarda um momento para que os entrevistados esqueçam o instrumento e a entrevista transcorra naturalmente. Ressalta-se que o uso do gravador deve ser restrito à coleta de dados necessária à questão de pesquisa, e que em alguns casos a gravação influencia as respostas dos participantes, sendo esses os pontos negativos do uso desse artifício (FLICK, 2004).

Dessa forma, os dados foram coletados no mês de abril de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, e do relato de situações vivenciadas pelos enfermeiros, no que tange à educação em saúde junto à população na equipe atual de trabalho.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado composto por três partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico dos pesquisados; a segunda, com questões abertas relacionadas à educação em saúde junto à população; e a terceira com uma questão que incitava os enfermeiros a relatarem uma experiência vivenciada na sua prática educativa na ESF, na qual eles atuavam no momento da coleta.

Para a execução de tais entrevistas foi solicitado aos entrevistados um local disponível e agradável na unidade de saúde de trabalho, para que os sujeitos pudessem se expressar livremente e sem que houvesse interrupções. Para que se obtivessem melhores resultados o pesquisador se apresentou e explanou os objetivos da pesquisa e a importância da participação destes sujeitos.

O roteiro semiestruturado, utilizado na realização da entrevista e elaborado a partir dos objetivos do estudo, foi submetido à avaliação junto a sete docentes enfermeiros de diferentes universidades, para que fossem realizadas as correções necessárias, promovendo uma coleta de dados mais eficiente e objetiva. Após o preenchimento do termo de

consentimento livre e esclarecido, sempre que houve a anuência dos participantes, as falas dos enfermeiros foram gravadas em equipamento do tipo gravador digital, tendo em vista uma maior agilidade e interação entre entrevistador/entrevistado e maior fidedignidade dos dados.

No fim da entrevista com cada participante foi solicitado a eles que relatassem uma situação vivenciada de educação em saúde, a qual tivesse ocorrido durante a sua atuação nesta unidade de saúde, e o relato de tal situação foi também gravado e, posteriormente, transcrito.

A respeito da transcrição, pode-se afirmar que esta é uma etapa importante para a interpretação dos dados e para que os dados sejam apresentados com exatidão (FLICK, 2004). A transcrição deve ocorrer logo após o término da entrevista para que possa ser enriquecida de detalhes sobre as reações apresentadas pelo entrevistado, observadas no decorrer da entrevista.

Ressalta-se que após a transcrição as entrevistas foram descartadas, sendo utilizado apenas o material no formato de texto e com a identificação feita por meio de códigos, nesse caso, a letra E seguida do numeral arábico, na ordem em que se sucederam as entrevistas (E1 a E20).

5.4 CAMINHO PERCORRIDO

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2010, tendo início no dia 06 e perdurando até o dia 24. Durante esses dias foram percorridos em média 850 Km em busca dos enfermeiros dos sete municípios selecionados. O encontro com os pesquisados para a coleta de dados foi previamente agendado por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional, dos quais, 16 ocorreram em sala reservada nas unidades de saúde de atuação de cada profissional, três na secretaria de saúde de Cascavel, em dia de reunião, e um na 10ª RS em dia de capacitação.

Durante os dias de coleta me deslocava do município sede para os demais municípios em dias específicos, conforme data e horário agendados com cada profissional. Normalmente, viajava pela manhã para as localidades e retornava ao final do dia para o município sede.

- Facilidades e Dificuldades

Durante a realização da coleta de dados tive algumas facilidades, dentre as quais, destacaram-se: a receptividade, solicitude e acolhimento por parte dos enfermeiros,

secretários de saúde e também dos membros da equipe com os quais tive contato; o apoio financeiro desta pesquisa pela Fundação Araucária, que auxiliou assaz no deslocamento para todas estas localidades; e a disponibilidade das pessoas que forneceram informações sobre a localização de cada unidade de saúde e como chegar até elas.

Dentre as dificuldades, destacaram-se: a diversidade e a distância entre os municípios; a dificuldade em conseguir agendar as entrevistas com os enfermeiros, devido à rotina sobrecarregada de trabalho e as várias reuniões agendadas; e ainda, a grande dificuldade de transporte para todas essas localidades por serem, em sua maioria, municípios do interior.

Ressalta-se que a campanha de vacina contra a gripe H1N1 provocou alguns reflexos na coleta de dados, como o delongamento do período de coleta, pois os enfermeiros estavam sobrecarregados com a grande procura da população pela vacina e para sanar dúvidas.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando como base teórica o material disponível em diversas publicações científicas acerca da educação em saúde na ESF, e como referencial metodológico a análise de conteúdo categorial de Bardin (2008).

O referencial metodológico de análise de conteúdo de Bardin pode ser entendido como:

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2008, p. 44).

A análise de conteúdo possui algumas técnicas para atingir os significados, sendo elas: análise categorial, análise de avaliação, análise da enunciação, análise proposital do discurso, análise da expressão e análise das relações. A análise categorial ocorre por meio de “operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo agrupamentos analógicos” (BARDIN, 2008, p. 199).

A análise qualitativa dos dados depende de muitos fatores, dentre eles se destacam: a natureza desses, a dimensão da população, os instrumentos utilizados no estudo e os

referenciais teóricos que guiaram a pesquisa. Nesse sentido, define-se esse processo como uma sequência de atividades, a qual abrange a redução, a categorização, a interpretação dos dados e a redação (GIL, 2002).

Dessa forma, a análise de conteúdo “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”. Paralelamente a isso, o autor afirma que “qualquer análise objetiva procura fundamentar impressões e juízos intuitivos, através de operações conducentes a resultados de confiança” (BARDIN, 2008, p. 44-45).

A primeira fase, a pré-análise, significa a organização dos dados coletados, assim como um período de intuições, a fim de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a um esquema de maior precisão para o desenvolvimento das operações sucessivas. A pré-análise, embora seja uma fase de organização, é composta por atividades abertas. A primeira atividade é a leitura flutuante, explicada como o primeiro contato com os documentos a serem analisados, com o intuito de se conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações (BARDIN, 2008).

A segunda atividade é a escolha dos documentos, nessa fase os objetivos são determinados e convém, portanto, escolher documentos que forneçam informações sobre o problema levantado. Nesse momento, muitas vezes, é necessário constituir um *corpus*, e este é entendido como “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Para se constituir o corpus é necessário seguir algumas regras, dentre elas: Regra da exaustividade – não se pode deixar fora um dos elementos por qualquer que seja a razão, a não ser que esta razão possa ser justificada; Regra da representatividade – a amostra escolhida deve representar o universo inicial, pois os resultados serão generalizados ao todo; e por fim a Regra da pertinência – os documentos devem ser adequados para corresponderem ao objetivo da análise (BARDIN, 2008, p. 122).

A terceira atividade é a formulação de hipóteses e objetivos. Assim, pode-se definir hipótese como uma afirmação provisória que os pesquisadores se propõem a verificar, ou seja, a hipótese é uma suposição de origem intuitiva que permanece suspensa enquanto não for provada. O objetivo pode ser definido como a finalidade geral proposta pelos pesquisadores (BARDIN, 2008).

A quarta atividade é a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, esta etapa consiste em escolher os índices em função das hipóteses, determinando assim a organização sistemática em indicadores. Índices podem ser entendidos como a menção explícita de um tema em uma fala, e os indicadores são a frequência com que aparece o tema

na fala. E, por fim, a quinta atividade é a preparação do material, que se faz antes da análise, é uma preparação formal ou edição (BARDIN, 2008).

A segunda fase da análise dos dados é a exploração do material. Nessa fase os dados brutos são trabalhados com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Portanto, se as diferentes operações da pré-análise tiverem sido concluídas, esta fase será apenas a aplicação sistemática das decisões tomadas. Essa é uma fase longa, e consiste “em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2008, p. 127).

Já a terceira fase da análise dos dados é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nessa etapa, buscam-se o tratamento dos dados de forma a serem significativos e válidos. O analista, “tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 2008, p. 127).

A codificação dos dados corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, “por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto”. Dessa forma, pode-se entender o recorte como a escolha das unidades; a enumeração como a escolha das regras de contagem e a agregação como a escolha das categorias (BARDIN, 2008, p. 129).

A categorização dos dados pode ser entendida como uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. Para que seja feita a categorização é necessário investigar o que cada um dos elementos tem em comum com os demais. Esse é um processo estrutural composto por duas fases: o inventário – o isolamento dos elementos, e a classificação – a repartição dos elementos, procurando organizar as informações (BARDIN, 2008, p. 145).

A partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar os dados, produz-se um sistema de categorias, e esta categorização objetiva fornecer uma apresentação condensada dos dados brutos. Categorizar significa a passagem dos dados brutos para dados organizados. Na análise de conteúdo, acredita-se que a categorização mostra índices invisíveis que não podem ser percebidos nos dados brutos (BARDIN, 2008).

Na visão de Bardin, um conjunto para ter boas categorias deve possuir as seguintes propriedades: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade (BARDIN, 2008).

A intenção de todos os estudos é produzir ao seu término inferências válidas a partir dos seus dados, para tanto, o termo inferência designa a indução a partir dos fatos. A análise de conteúdo “constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências no texto) [...]” (BARDIN, 2008, p. 167).

Na realização da inferência devem ser observados os pólos da análise, que consistem no: emissor, receptor e mensagem, e médium. O emissor é quem produz a mensagem, podendo ser um indivíduo ou um grupo; o receptor é quem recebe a mensagem, podendo ser um grupo de indivíduos; a mensagem constitui o material, o ponto de partida e o indicador sem o qual a análise não seria possível; e o médium é o canal, o instrumento, o objeto técnico (BARDIN, 2008).

No presente estudo foi utilizada a análise de conteúdo categorial que foi procedida por meio das seguintes fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados e categorização dos dados; as inferências e a interpretação das categorias significativas.

Na fase inicial de análise dos dados foram realizadas repetidas leituras flutuantes das entrevistas que haviam sido transcritas na íntegra, sem fazer nenhum destaque nos relatos, visando o aprofundamento e o pleno conhecimento dos mesmos. Após a sequência de várias leituras completas, iniciou-se o processo de exploração do material, no qual se realizaram repetidas e exaustivas leituras dos relatos em que foram sendo feitos destaques das falas e análises das igualdades e diferenças entre elas.

A partir das leituras, destaques e anotações, passou-se a fase de tratamento dos dados, na qual foi iniciado o processo de categorização. Nessa fase foram recortadas as entrevistas e agrupadas conforme as divergências e semelhanças. Após o agrupamento inicial, e com base também no roteiro utilizado nas entrevistas, foram constituídas as categorias. Em seguida, o conteúdo foi dividido e agrupado em quatro blocos que deram origem aos dados dos quatro artigos científicos apresentados na dissertação. E por fim, foram redigidos os artigos com base na literatura existente e disponível sobre a temática, em que foram feitas as inferências e interpretações das categorias emanadas das falas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, observaram-se os aspectos éticos disciplinados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - MS (BRASIL, 1996).

A solicitação de autorização da pesquisa foi feita mediante ofício à 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, sediada no município de Cascavel (ANEXO A), e esta solicitou autorização de cada Secretaria de Saúde dos municípios selecionados para o estudo, e foi apreciado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP), aprovado sob o parecer nº659/2009 (ANEXO B). Esse estudo é parte integrante de um projeto intitulado: O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios, aprovado e financiado pela Fundação Araucária.

A solicitação de participação dos enfermeiros na pesquisa se deu por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), do qual somente participam do estudo as pessoas que concordaram e assinaram o referido termo em duas vias. Por ocasião da solicitação de participação, os enfermeiros foram informados sobre os objetivos do estudo, a forma de participação e o tempo provável de duração da entrevista. Também lhes foi assegurado o livre consentimento e a liberdade de desistir da participação se assim desejassem em qualquer momento, assim como sigilo das informações prestadas e anonimato na divulgação dos resultados da pesquisa.

Tendo por objetivo a preservação da identidade dos sujeitos, assim como para diferenciá-los durante o estudo, utilizaram-se códigos, em que os enfermeiros foram referenciados com a letra 'E' seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem das entrevistas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando uma melhor organização, e a posterior publicação dos dados, os resultados serão apresentados a seguir em formato de quatro artigos científicos.

6.1 ARTIGO 1

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O SIGNIFICADO E A PRÁXIS DOS ENFERMEIROS

HEALTH EDUCATION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAM: THE MEANING AND PRAXIS OF NURSES

EDUCACIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: EL SIGNIFICADO Y LA PRAXIS DE LOS ENFERMEROS

RESUMO

O estudo objetivou identificar o significado da educação em saúde para os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as ações educativas individuais e coletivas desenvolvidas por eles. Participaram da pesquisa 20 enfermeiros que atuam na ESF no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados em abril de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, e submetidos à análise de conteúdo categorial. Os resultados apontam para duas categorias: desvelamento do significado da educação em saúde sob a ótica dos enfermeiros; e a práxis educativa no cotidiano dos enfermeiros. Conclui-se que há necessidade de se esclarecer os objetivos da ESF relacionados à educação em saúde aos profissionais, e estabelecer um processo de capacitação e educação permanente para que a mesma seja eficaz e propicie a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Saúde da Família. Enfermagem em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The study aimed at to identify the meaning of health education for the nurses of the Family Health Strategy Program (ESF) and the individual and collective educational actions developed by them. In the research took part 20 nurses who work in the ESF program within the 10th Regional of Health of Paraná State. This is a descriptive-exploratory study with qualitative approach. Data were collected in April 2010, through semi-structured recorded interviews, and submitted to the analysis of categorical content. Results point to two categories: unveiling of the meaning of health education under the nurses' view; and the educational praxis in the quotidian of the nurses. It is concluded that there is a need of

clarifying the objectives of ESF related to health education to the professionals, and to establish a training process and permanent education so that it become effective propitiating prevention of diseases and promoting health to the population.

keywords: Health Education. Family Health. Public Health Nursing. Primary Health Care.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo identificar el significado de la educación en salud para los enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y las acciones educativas individuales y colectivas desarrolladas por ellos. Participaron de la investigación 20 enfermeros que actúan en la ESF en el ámbito de la 10ª Regional de Salud del Estado de Paraná. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo. Los datos fueron recogidos en abril de 2010, a través de entrevistas semiestructuradas grabadas, y sometidos al análisis de contenido categorial. Los resultados apuntan para dos categorías: desvelamiento del significado de la educación en salud bajo la óptica de los enfermeros; y la praxis educativa en el cotidiano de los enfermeros. Se concluye que hay necesidad de aclararse los objetivos de la ESF relacionados a la educación en salud a los profesionales, y establecer un proceso de capacitación y educación permanente para que ésta sea eficaz y propicie la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la población.

Palabras clave: Educación en Salud. Salud de la Familia. Enfermería en Salud Pública. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), construído e regulamentado pela Constituição Federal de 1988, tinha e tem como objetivo reduzir a lacuna, ainda existente, entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade real de oferta dos serviços públicos de saúde à população brasileira¹. Entretanto, o modelo assistencial vigente, centrado na doença, apesar de ter passado por diversas críticas ainda permanece hegemônico no processo de atenção à saúde, constituindo-se em desafio para a consolidação do processo de reforma da saúde no Brasil.

Dessa forma, identificou-se que o modelo de saúde centrado na doença precisava ser revertido, assim o Ministério da Saúde (MS) propôs, em 1994, a implantação do Programa Saúde da Família, hoje denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada um modelo de atenção primária, criada a fim de substituir o modelo de atenção à saúde tradicional².

Com a implantação da ESF os profissionais de saúde deveriam atuar de modo a contemplar não só o indivíduo e sua doença, mas um cuidado que visa promover à saúde de toda a família e comunidade, principalmente por meio da prevenção. Nesse novo contexto, dentre as

atividades desenvolvidas pelos profissionais nas equipes de saúde da família, a educação em saúde ganha imenso destaque. Salienta-se que as ações educativas estão inseridas no trabalho dos profissionais da saúde, principalmente no do enfermeiro, cuja essência é o cuidado, o qual envolve um conjunto de ações, e a educação em saúde é um dos elementos centrais³.

No entanto, antes da educação em saúde se tornar a essência do cuidado na ESF ela teve um percurso histórico no Brasil, em que até o início do século XX as preocupações do setor saúde estavam focadas basicamente nas situações de epidemia e, no campo da educação, restringia-se ao ensino de hábitos de higiene e mudança de comportamento, sem considerar qualquer influência dos fenômenos sociais e, muito menos, as origens estruturais, sociais e econômicos dos problemas de saúde. Essa visão começa a se transformar a partir da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1945, na qual ocorre a mudança de nomenclatura, passando a educação sanitária a ser chamada de educação em saúde, e esta vem se ampliando e incorporando novos objetivos^{4,5}.

Acredita-se que a partir das várias abordagens existentes sobre a educação em saúde, esta pode ser definida por meio de dois modelos distintos: o modelo preventivo de educação em saúde, também denominado de educação tradicional em saúde e o modelo de promoção da saúde, também denominado de educação radical em saúde⁶.

Portanto, a educação sanitária também denominada como modelo tradicional de educação era baseada na concepção de que o indivíduo tinha que aprender a cuidar de sua saúde e que ela era entendida como a ausência de doença. As orientações em saúde eram repassadas seguindo a educação tradicional e a educação “bancária”, denominada por Paulo Freire, na qual era enfatizada a transmissão de conhecimentos de forma verticalizada. Entretanto, a educação em saúde também denominada como modelo radical de educação, por sua vez, deve se basear na concepção de que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde, e que ela é resultante de múltiplos fatores intervenientes no processo saúde/doença⁷. A educação em saúde contemporânea (radical) visa preparar o indivíduo

para buscar melhores condições de vida, sendo estimulado a tomar decisões e a exercer a autonomia sobre a sua própria vida^{6,8}.

Perante a importância do tema exposto e o crescente interesse em conhecer o trabalho educativo na ESF, o estudo objetivou identificar o significado da educação em saúde para os enfermeiros que atuam na ESF, bem como as ações educativas individuais e coletivas desenvolvidas por eles junto à população.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, que integra um projeto de pesquisa maior intitulado: “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária.

O foco de investigação foi o trabalho educativo em saúde desenvolvido pelos enfermeiros atuantes na ESF em municípios que integram a 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, a qual é composta por 25 municípios e que tem como sede o município de Cascavel.

Para efeitos do estudo os municípios que compõe a 10ª RS foram divididos em cinco grupos, de acordo com o porte populacional: menos de 5.000 habitantes (seis municípios); de 5.000 a 10.000 habitantes (dez municípios); de 10.000 a 20.000 habitantes (sete municípios); de 20.000 a 35.000 habitantes (um município); e com mais de 35.000 habitantes (um município).

Realizou-se a seleção de oito municípios para o estudo, sendo que nos três primeiros grupos em que havia mais de um município foi realizado o sorteio aleatório de dois deles, e nos outros dois grupos, como havia apenas um município, estes foram selecionados. Isso porque, entende-se que ao possuir características populacionais distintas, os municípios também possuem capacidades diferenciadas de atendimento de saúde à população, o que pode determinar a realização do trabalho educativo pelos enfermeiros, além do fato de não termos tempo suficiente para realizar o estudo em todos os municípios da RS.

Todos os enfermeiros atuantes na ESF dos municípios incluídos no estudo poderiam ser informantes, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe de ESF completa e estar atuando na mesma equipe há pelo menos cinco meses. Desse modo, do total de 27 enfermeiros atuantes nas equipes de ESF nos municípios selecionados, 20 participaram do estudo, considerando que quatro não atendiam aos critérios de inclusão, um estava de férias, um afastado por questões de saúde e outro não aceitou participar do estudo.

A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais, após o consentimento dos sujeitos por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram gravadas em equipamento do tipo gravador digital. As entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado constituído de duas partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico dos pesquisados; e a segunda, com questões abertas relacionadas à educação em saúde junto à população. Vale ressaltar que tais entrevistas foram previamente agendadas por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional.

Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo⁹, assim, procedeu-se a pré-análise e exploração dos dados, por meio de sucessivas leituras, seguida da categorização, que consistiu em isolar os elementos do discurso e impor certa organização às mensagens. Após a categorização das falas, procedeu-se, então, a inferência por meio dos dados obtidos e utilizando como base teórica o material disponível em publicações científicas acerca do trabalho educativo na ESF.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer n°659/2009).

Para a diferenciação dos sujeitos, bem como preservação de sua identidade, os informantes foram identificados com a letra 'E' acompanhada de numeral arábico, o qual indica a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente é descrito o perfil sociodemográfico dos enfermeiros, com a finalidade de conhecer a população em estudo. Após são apresentadas as duas categorias emanadas no decorrer da análise do conteúdo: “Desvelamento do significado da educação em saúde sob a ótica dos enfermeiros”, e “A práxis educativa no cotidiano dos enfermeiros”.

Caracterização dos informantes do estudo

A grande maioria dos vinte enfermeiros em estudo era do sexo feminino (19), doze se encontravam na faixa etária de 22 a 30 anos, e os demais (8) na faixa etária de 31 a 45 anos. Mais da metade (12) eram casados, seis solteiros, um em união consensual e um divorciado, sendo que onze não possuíam filhos, e os demais tinham um ou dois filhos.

A maior parte (13) se graduou em universidades públicas, sendo que o tempo de formação variou bastante, no qual 13 estavam formados entre 5 e 20 anos e sete deles se formaram mais recentemente entre 1 e 4 anos. Identificou-se que a grande maioria (19) cursou, ou estava cursando, pós-graduação *lato sensu*. Quanto à área da especialização, observaram-se áreas distintas, com o predomínio da Saúde Pública (12).

O tempo de atuação na atual unidade de saúde da família (USF) variou de cinco meses a oito anos. Em relação às condições de trabalho, dezessete eram concursados e apenas três celetistas. Dos vinte enfermeiros, apenas dois possuíam mais de um vínculo empregatício, sendo que um atuava também na docência e outro na área hospitalar. A renda familiar mensal apresentou um predomínio (11) de 6 a 9 salários mínimos, para cinco deles a renda era de 3 a 5 salários e quatro possuíam renda superior há 10 salários mínimos, e a maioria (17) possuía de 2 a 5 dependentes desta renda.

Desvelamento do significado da educação em saúde sob a ótica dos enfermeiros

A educação em saúde tem se destacado no cenário da atenção primária à saúde e atualmente é parte integrante do trabalho do enfermeiro, e também de sua equipe na ESF. A literatura disponível

mostra que as ações educativas são desenvolvidas pelos profissionais seguindo dois moldes diferenciados, ou seja, o modelo tradicional e o radical. Tal fato desperta o interesse em conhecer a percepção dos enfermeiros quanto à educação em saúde, além das atividades que são por eles realizadas. E ao desenvolver esse estudo foi possível identificar a presença dos dois modelos educativos orientando o seu fazer, que são apresentados detalhadamente a seguir:

Educação em saúde na perspectiva tradicional

Ao questionar os participantes do estudo sobre o significado da educação em saúde, observou-se a presença do modelo tradicional ainda muito arraigado ao conceito dos enfermeiros do estudo:

Educação em saúde eu diria que seriam formas de educar a população para que ela não ficasse doente, seria a prevenção das doenças por meio da educação, das nossas orientações (E17); Ah são as ações que a gente desenvolve através de palestras, reuniões, orientações junto à população (E5); Pra mim então é tentar mudar a cabeça das pessoas por meio da orientação, por que as pessoas ainda têm muito aquela visão do assistencialismo, do curativismo (E16).

Salienta-se que a educação em saúde não deve se basear apenas nas orientações vinculadas principalmente às doenças, à prevenção dos agravos destas e à identificação de culpados pelo desequilíbrio da saúde ou pela doença, mas sim, buscar conscientizar a população, de modo geral, sobre todos os fatores que estão relacionados e podem ser os possíveis determinantes das enfermidades.

O trabalho inclui sim a orientação das pessoas para cuidar de sua saúde quando a patologia já está instalada, mas não somente para que ela entenda as causas e as consequências da própria doença, mas que os profissionais possam despertar nos indivíduos a consciência da importância do cuidado com a saúde, do conhecimento quanto às formas de se autocuidar e do entendimento pleno do processo saúde/doença.

O modelo educativo tradicional em saúde tem como meta substituir os comportamentos tidos como nocivos à saúde por comportamentos saudáveis, por meio da transmissão de informações, das orientações repassadas às pessoas. É baseado nos pressupostos de que a prevenção é melhor do

que a cura, mas que o comportamento individual é o fator chave da etiologia das doenças. Dessa forma, a educação em saúde tem como objetivo a prescrição de regras para mudar as condutas que causam as doenças. Este enfoque preventivo não considera os fatores psicológicos, espirituais, políticos e sociais que influenciam a conduta ante a doença, e ainda culpam o indivíduo pela sua enfermidade, utilizando práticas impositivas de cuidados à saúde⁵.

Por sua vez, não é apenas por meio das orientações, sejam elas individuais ou coletivas, e da tentativa de mudar o pensamento das pessoas quanto ao processo saúde/doença, que se consegue atingir o objetivo primordial da ESF, que é promover a saúde dos indivíduos, família e comunidade.

A educação em saúde no modelo tradicional ainda é repleta de ações relacionadas à mudança de pensamento e de comportamento das pessoas, sem se atentar para a influência que os fatores socioeconômicos, espirituais e culturais têm sobre o processo saúde/doença dos indivíduos. Portanto, as ações educativas em saúde precisam ser realizadas com o objetivo de integrar a comunidade nos serviços, demonstrando a ela a importância da sua participação efetiva nas decisões junto à equipe que possa determinar os objetivos e as propostas de trabalho para com a própria comunidade, visando à promoção da saúde. Mas, há que se considerar atualmente nos serviços de saúde que a maioria das ações são planejadas pelos coordenadores de equipes e pelos gestores municipais sem que haja a participação dos cidadãos, mesmo tendo claro que as ações serão voltadas ao atendimento exclusivo da população da área de abrangência, ou seja, normalmente as ações são planejadas mediante metas e objetivos da ESF e não conforme as reais necessidades de saúde de determinada população:

Então para mim educação em saúde é tudo que a gente pensa, planeja, organiza no intuito de desenvolver na comunidade, são as orientações que repassamos visando alcançar as nossas metas (E14).

A educação em saúde, em especial na ESF, deve ser uma atividade de grande relevância, tanto para os profissionais quanto para a comunidade, pois os objetivos da ESF só serão alcançados mediante práticas educativas que visem à promoção da saúde dos indivíduos. Para tanto, é necessário

que a equipe planeje e organize com participação dos usuários atividades que englobem toda a população nos diversos ciclos de vida.

Pode-se afirmar que a atenção primária em saúde se expandiu e se qualificou por meio da ESF, que compõe parte do conjunto de programas e políticas prioritárias do MS. Portanto, esta estratégia tem o propósito de superar o modelo antigo de caráter unicamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe e integradas com a comunidade, voltadas às populações de territórios demarcados, pelos quais as equipes são responsáveis².

No entanto, na realidade estudada, percebe-se que muitos profissionais ainda desenvolvem seu trabalho baseado apenas no conhecimento técnico-científico e em sua experiência de trabalho, sem se preocupar ou buscar elucidar as necessidades dos indivíduos da área de abrangência, fato este que se confronta com a política da ESF, que visa à prestação dos serviços de saúde voltados às condições específicas de determinada localidade, na qual o trabalho deveria ser planejado, discutido e realizado de forma participativa e democrática com todos os cidadãos, ou seus representantes.

Do mesmo modo, ressalta-se que dentre as características definidas para o processo de trabalho na saúde da família, está descrito como uma função não só do enfermeiro, mas de todos os profissionais que compõem esta equipe: realizar a promoção e estimular à participação comunitária e o controle social, para planejar, executar, acompanhar e avaliar as ações praticadas, a fim de adequar o processo de trabalho¹⁰.

Educação em saúde na perspectiva radical

As práticas educativas no modelo radical de educação em saúde se referem às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades dos indivíduos e da coletividade, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas. Percebeu-se nos relatos de alguns enfermeiros que o conceito de educação em saúde é entendido com base no modelo radical:

É você educar a pessoa pra ela cuidar da saúde dela, é capacitar ela, é empoderar ela para que ela se autocuide (E3); Educação em saúde eu acho que é você educar a pessoa,

estar orientando ela no sentido de estar promovendo a saúde dela, estar prestando um cuidado que promova a saúde (E11); Então a educação em saúde seria a comunicação, eu comunicar a pessoa, educar para viver bem, assim para ter saúde (E13).

Por meio dos relatos dos participantes, identificou-se que o trabalho educativo já é realizado conforme preconiza o modelo radical, ou seja, orientam, informam os indivíduos de forma mais flexível, voltada para a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida, a conscientização e o empoderamento, e não apenas enfocando a doença e a culpabilização do indivíduo.

Constata-se que é necessário prestar uma assistência de qualidade aos usuários perante as diversas doenças quando elas já estão instaladas, mas deve ser a base e o objetivo do trabalho das equipes da ESF a educação em saúde, a prestação de um cuidado baseado na informação, na conscientização da população sobre os seus direitos e responsabilidades quanto às questões que envolvem a sua saúde e as condições de vida. Por sua vez, atuar na ESF de modo a desenvolver nas pessoas um senso crítico sobre a sua realidade e a ampliação do controle social dos indivíduos é o que valoriza as ações dessa estratégia e amplia as chances de desenvolvimento de uma política de saúde integrativa, democrática e resolutiva.

Nessa direção, o modelo educativo radical está baseado no princípio de que o usuário, a partir da compreensão das informações fornecidas pelos serviços de saúde, faça livremente as suas escolhas. Ao profissional cabe portanto, conhecer a forma de cuidado, as crenças e valores dos usuários, e a partir destas planejar as suas ações. E na avaliação da efetividade do aspecto educativo é considerado o grau de entendimento que o usuário tem da situação e não somente a mudança de comportamento, pois este enfoque busca as origens dos problemas de saúde nos fatores sociais, econômicos e políticos e a sua meta é gerar consciência pública dos indivíduos sobre os interesses, principalmente de ordem econômica, que interferem nas condições de saúde da população⁵.

Ademais, percebe-se que a educação em saúde vem sendo repensada ao longo dos anos, no sentido de modificar as ações educativas persuasivas, com transferência verticalizada de informações, negação da subjetividade do ser que recebe as orientações e autoridade do educador para ações que

possam desenvolver a autonomia e o *empowerment* (entendido como ampliação de poder, empoderamento ou fortalecimento e participação comunitária) dos sujeitos¹¹.

Destaca-se que o processo educativo realizado pelos enfermeiros na ESF além de desenvolver a autonomia individual das pessoas sobre o controle da sua saúde, deveria também atuar no intuito de despertar o empoderamento, a interação de toda a comunidade na realidade dos serviços de saúde, diante disso observou-se que para alguns participantes isso fica evidente:

Educação em saúde pra mim é o ato de educar, de orientar e de transmitir informações para as pessoas para que elas possam cuidar da sua saúde e também da saúde da comunidade (E10); Pra mim, assim, educação em saúde é o que a gente orienta para o usuário, o que seria de bem comum, seria assim a gente enquanto profissional difundir o conhecimento que a gente tem e que pode fazer a diferença na vida e na saúde dessa pessoa, então é uma forma da gente estar orientando para uma melhor qualidade de vida de toda a comunidade (E15).

Entende-se que na ESF o foco primordial da atenção à saúde deve ser a realização de ações, principalmente de cunho educativo, junto aos indivíduos em sua totalidade, sem distinção de crenças, cultura, grau de escolaridade, ou situação econômica e social, buscando sempre despertar nas pessoas o interesse pelo conhecimento das diversas formas de obter adequadas condições de saúde e de exercer a plena cidadania.

Desse modo, a educação em saúde deve estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças facilitando a incorporação de ideias e práticas corretas que passem a fazer parte do dia-a-dia dos indivíduos, de forma a atender suas reais necessidades. Tomando como ponto de partida o saber produzido em todas as situações vivenciadas no cotidiano com a comunidade, deve-se procurar atender aos interesses dos vários grupos sociais pertencentes às distintas classes sociais⁷.

Assim, a educação em saúde realizada pelo enfermeiro da ESF deve propiciar nos indivíduos uma reflexão crítica, problematizadora, ética, estimulando a curiosidade, o diálogo, a escuta e a construção do conhecimento compartilhado¹².

A práxis educativa no cotidiano dos enfermeiros

Ao identificar que os enfermeiros compreendem o conceito de educação em saúde, de formas distintas e com base nos dois modelos abordados nesse estudo, busca-se conhecer as ações educativas que são realizadas junto à população na ESF.

A seguir estão apresentados os dados conforme a realização do trabalho educativo relatado pelos enfermeiros, sendo agrupados em atividades educativas individuais e coletivas.

Atividades educativas: realizo ou não?

Pelo fato de a educação em saúde ser a base das ações desempenhadas pelos profissionais na ESF, além de ser o principal meio de se prevenir e, conseqüentemente, promover a saúde da população, observou-se nos relatos de alguns participantes que essas ações ainda são realizadas minimamente:

*Realizo pouca educação em saúde, mas as principais atividades são individuais [...] (E7);
Desenvolvo muito pouco a educação em saúde, mas às vezes faço sim [...] (E9).*

Percebe-se que a realização, ou não, destas atividades está intimamente inter-relacionada ao perfil desse profissional, aos seus objetivos de trabalho e principalmente ao seu comprometimento com os princípios fundamentais da ESF:

Desenvolvo atividade educativa todo dia, toda hora (E13); Na verdade a educação em saúde é constante, sempre que a gente aborda um paciente acaba fazendo orientações (E14);

O desenvolvimento das atividades educativas depende muito do interesse e empenho dos profissionais que atuam na ESF. Sabe-se que existem muitos fatores que podem interferir na execução destas atividades como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, a gerência e coordenação da USF, as reuniões, a escassez de recursos materiais e humanos, entre outros, mas que esses não devem se constituir em barreiras para a efetivação do trabalho educativo em saúde.

Contudo, não são apenas estes os motivos da não realização da educação em saúde. Estudo realizado no interior nordestino apontou a desarticulação dos conhecimentos dos membros da equipe de saúde sobre os princípios teóricos, metodológicos e filosóficos da ESF como um dos determinantes

do pouco envolvimento do trabalho da equipe com a área educativa, resultando em falta de integração/articulação das ações práticas de uma equipe de ESF com a dimensão educativa¹³.

Atividades no âmbito individual

Todos os participantes do estudo relataram desenvolver atividades educativas em saúde rotineiramente, mas nem todos com a mesma frequência. Dessa forma, observou-se que há prevalência das ações que são vinculadas a programas e políticas do MS, ou seja, voltadas às ações que são exigidas e que já estão instituídas.

A seguir estão descritas as ações de educação em saúde que são desempenhadas no âmbito individual, acompanhadas do número de enfermeiros que as mencionaram em seus relatos. Salientando que as ações estão quase em sua totalidade aliadas a outras atividades, sendo normalmente desenvolvidas mediante cronograma diário ou semanal: na puericultura (15), na coleta de exame preventivo (12), no atendimento baseado na queixa e quando o paciente procura a unidade por dúvidas ou para a busca de medicamentos (14), na consulta de enfermagem (9), na visita domiciliar (8), na assistência pré-natal (6) e na realização de procedimentos (Ex.: vacinação, verificação de sinais vitais) (4):

Individuais eu considero a consulta de enfermagem, orientações que às vezes você dá pra paciente quando não é uma consulta, num atendimento, quando pega em alguma situação, na vacina, na hora que você vê uma pressão e está alta, no momento que tiver uma oportunidade (E3); Individual seria mais o preventivo, onde realizo orientações às mulheres [...], e também na puericultura onde faço orientações às mães, e também todas as pessoas que eu atendo individualmente eu procuro fazer uma orientação(E4); Eu acho que durante a consulta de enfermagem[...], lá na puericultura quando oriento as mães, nas visitas domiciliares e quando há a necessidade na unidade com usuários que procuram a unidade por diversos motivos(E11).

Pontua-se que a educação em saúde, mesmo sendo o foco principal da ESF ainda deixa muito a desejar, ou seja, é realizada apenas no momento em que são efetuados outros atendimentos de saúde principalmente voltados à doença, e que não seria somente este o objetivo do trabalho educativo.

Destarte, a construção do conhecimento com base nas reflexões da práxis de educação em saúde aponta para a necessidade de se concretizar um processo educativo em saúde, envolvendo a comunidade por meio de um processo de interação participativa que seja capaz de permitir uma reflexão crítica da realidade e dos fatores que determinam a qualidade de vida e um viver saudável¹⁴.

Atividades no âmbito coletivo

No âmbito coletivo foram elencadas as atividades educativas descritas abaixo, seguidas pelo número de enfermeiros que as mencionaram nas entrevistas: grupo de HIPERDIA (20), grupo de gestantes (13), nas orientações em sala de espera (5), grupo antitabagismo (3), grupo de planejamento familiar (3), grupo da bolsa-família e pesagem do leite das crianças (3), orientações em escolas (drogas, sexualidade, saúde bucal, higiene corporal e do ambiente) (3), grupo da melhor idade (1), grupo de prevenção à saúde (1), participação em grupo da terceira idade da ação social (1), grupo de saúde mental (1), grupo de saúde da mulher (1), grupo com a comunidade no interior e nos assentamentos (Movimento de Libertação dos Sem Terra/MLST) para todas as faixas etárias (1), grupo de adolescentes juntamente com o pró-jovem (lixo e reciclagem) (1), projeto de cultivo e uso correto de plantas medicinais em parceria com uma faculdade privada para toda a comunidade (1), e “chamadas” (em que é convocada cada comunidade em dia específico para divulgar informações específicas) (1).

No que concerne às atividades educativas coletivas, visualiza-se que a totalidade delas é desenvolvida por meio de palestras, em que dificilmente há uma interação entre os usuários e os profissionais que exercem o papel de disseminador das informações, e que normalmente são as atividades normatizadas pelo MS, sendo realizadas quinzenal, mensal ou esporadicamente durante o ano:

Temos o grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), grupo de gestantes, e o grupo do tabagismo, onde passo informações e realizo palestras (E6); [...] e ainda temos o grupo de saúde mental, o grupo do bolsa-família e pesagem do leite das crianças que eu acompanho também, o pessoal que recebe o benefício (E3); Eu acho que palestras são as atividades que a gente faz com a população, nós temos o grupo de hipertensos e diabéticos, saúde da mulher em pequenos grupos, com os adolescentes, nas escolas

também, e o grupo de tabagismo e grupo de gestantes (E8); Eu faço orientações em sala de espera, HIPERDIA, planejamento familiar, e aqui também a gente trabalha por meio de chamadas, onde a gente chama comunidade por comunidade para abordar temas específicos quando há necessidade [...] (E20).

Destaca-se que, mesmo a ESF sendo um modelo assistencial cujas atividades deveriam estar voltadas para o atendimento à família e à comunidade, no intuito de desenvolver nelas a consciência crítica, a participação efetiva nas decisões dos serviços de saúde, o controle social e o empoderamento, ainda se debruça sobre os preceitos do modelo biomédico, que são voltados à intervenção no momento da doença. Fato este explicitado nos relatos, em que a realização das atividades educativas ocorre por meio de palestras e orientações vinculadas geralmente ao processo da doença já instalada, como é o caso do programa para hipertensos e diabéticos, o grupo para tabagistas, o grupo de saúde mental e, muitas vezes, as atividades em sala de espera que ocorrem normalmente quando há alguma epidemia, ou apresentando grande número de casos. E não somente no momento das doenças, mas também no instante em que a população procura a unidade em busca da assistência, como é o caso da gestação, do acompanhamento das crianças para o recebimento de benefícios do governo e também nas escolas, geralmente quando há a presença de algo já disseminado (Ex.: pediculose).

Nesse contexto, identifica-se que as ações desenvolvidas pelos profissionais na ESF se confrontam com o que é preconizado pela estratégia, ou seja, as ações estão ainda voltadas ao modelo biomédico, centrado na doença. Isso pôde ser percebido em grande parte das falas dos participantes quanto ao conceito de educação em saúde, no qual se visualiza que este ainda é influenciado e determinado pelo modelo tradicional de educação em saúde.

Constata-se na literatura que a maioria dos enfermeiros afirmam realizar atividades como palestras e reuniões de grupo junto aos usuários e que a essência das atividades educativas se assemelha ao antigo modelo assistencial de saúde. Enquanto as ações educativas deveriam estar vinculadas à realidade da família atendida e a educação deveria ser vislumbrada como ferramenta que pode contribuir para a reorganização dos serviços de saúde¹⁵.

No cenário da saúde atual, nota-se, empiricamente, que a prática educativa está centrada nas pessoas doentes ou naquelas suscetíveis a alterações no seu estado de saúde, uma vez que o profissional direciona suas ações para indivíduos que procuram os serviços de saúde devido à possibilidade da existência de alguma doença¹⁶.

Dentre as atividades coletivas realizadas com frequência pelos enfermeiros, os relatos mostram que os enfermeiros e suas equipes realizam também atividades esporádicas durante o ano:

É feito sim, quando a RS exige, em dias específicos, como o dia internacional da saúde e dias de combates às doenças em geral, normalmente é feito então uma barraquinha na rua onde normalmente são feitas atividades educativas, coloca o enfermeiro, os técnicos, os agentes comunitários de saúde (ACS) para orientar, mas somente quando a RS cobra (E9); Ah eu faço esporadicamente quando a gente é convidado, nas creches orientações [...] para os pais e professores. E faço também orientações no curso de noivos. E quando a RS solicita e nas datas específicas de combate a determinadas doenças,[...] e isso a gente faz mais em sala de espera mesmo (E11).

Nota-se que a maior parte das atividades realizadas provém das normativas estabelecidas pelo MS, as quais são normalmente exigidas pelas RS, em que se identifica que pouco se faz baseado nas reais necessidades da população que são passíveis de observação constante na ESF.

Nessa perspectiva, sendo a ESF um “lócus” de participação da população, deve-se promover uma nova relação entre os sujeitos, em que tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de conhecimento e da própria saúde. Mas este envolvimento só se torna possível mediante um processo de diálogo entre os saberes técnico-científicos e populares, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano. Portanto, remodelar a assistência à saúde implica modificar o processo de trabalho, pois a sua implantação por si só não garante que o modelo assistencial esteja sendo alterado, mas com certeza já nos leva a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de agir e implementar ações e serviços no contexto da ESF¹⁷.

Diante do exposto, observa-se que na prática a ESF é um espaço de reconstrução do processo saúde/doença, contudo, ainda é preciso desmitificar conceitos e valores que enfatizam a prevenção e a cura de doenças. Dessa forma, é necessário que toda a equipe atuante nesta estratégia

reformule a sua maneira de intervir junto à população, tendo em vista a reconstrução das representações sociais do processo saúde/doença desta, na perspectiva de um sistema de saúde em defesa da vida¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desse estudo, evidenciou-se que os enfermeiros atuantes na ESF no âmbito da 10ª RS conhecem o significado da educação em saúde, mas, o trabalho educativo desenvolvido ainda está aquém do preconizado para esse modelo assistencial de prestação de cuidados à saúde da família e comunidade. A realização desse estudo, no entanto, possibilitou conhecer um pouco mais do trabalho educativo dos enfermeiros, e é com base nesse conhecimento, acumulado a partir dos relatos, que se busca adequar e melhorar as ações educativas desenvolvidas junto à população, respeitando seu contexto social, político, cultural e espiritual.

Salienta-se que as atividades individuais realizadas estão geralmente atreladas aos procedimentos e atendimentos do cotidiano, em que não se designa um espaço exclusivo para a educação em saúde. Quanto às atividades desenvolvidas no âmbito coletivo, verifica-se que estas são quase, em sua totalidade, realizadas segundo as normatizações do Ministério da Saúde e as exigências da RS, ou seja, as ações tanto individuais como coletivas ainda são desenvolvidas em proporção inferior ao esperado nesta estratégia de trabalho.

Nessa dimensão, pode-se dizer que os pressupostos da ESF estão sendo em parte desenvolvidos pelos profissionais que atuam nas USFs pesquisadas e que essa realidade nos leva a crer que é preciso haver diversas mudanças, como por exemplo: o despertar do interesse pelo trabalho educativo nos profissionais; maior comprometimento destes com o trabalho; reconhecimento e enfrentamento dos problemas relativos a educação em saúde pelos profissionais, buscando enxergá-los a fim de não utilizá-los como forma de proteção para sua não realização para que possa ocorrer a real consolidação da inversão do modelo assistencial vigente nesses municípios.

E ainda, nota-se que no cotidiano do trabalho educativo dos profissionais de saúde da ESF há uma sobreposição das ações vinculadas ao modelo tradicional de educação em saúde em relação ao radical, fato este que provavelmente esteja intimamente relacionado com a complexidade do novo modelo, e as dificuldades e barreiras que precisam ser perpassadas para se colocar em prática os seus objetivos inovadores.

Notadamente, a educação em saúde na ESF ainda ocorre permeada de contradições e para compreendê-la, o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, precisa considerar as novas formas de relações sociais e as necessidades de saúde da população, com vistas a superar as práticas limitadas ao ensinamento de comportamentos saudáveis. É preciso despertar nos profissionais o interesse pela educação em saúde mais efetiva e resolutiva, por meio da integração destas ações com a comunidade.

Conclui-se que há a necessidade de se desenvolver meios que esclareçam os propósitos da ESF, que estabeleçam programas de capacitação destes profissionais ao adentrarem nesta modalidade de trabalho e que esta seja contínua durante todo o período de atuação desses profissionais, propiciando assim o pleno desenvolvimento da educação em saúde e, conseqüentemente, a promoção da saúde das pessoas.

A partir deste estudo, espera-se contribuir no campo de atuação na ESF incentivando os profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, a desenvolver trabalhos educativos diferenciados, ou seja, focados nas necessidades da população e em parceria com esta, transformando as ações em práticas concisas, eficazes e eficientes, capazes de contribuir com a promoção da saúde. No ensino e pesquisa, espera-se contribuir com a produção científica da área, fornecendo assim, subsídios para pesquisas futuras sobre a temática em questão.

REFERÊNCIAS

1. Souza MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm. 2000 dez; 53(n. esp.): 25-33.

2. Ministério da Saúde (BR). Programa saúde da família [periódico na internet]. 2007; [citado 2009 jan 28]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>
3. Budó MLD, Saupe R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. *Rev bras enferm.* 2004 mar/abr; 57(2): 165-9.
4. Westphal MF, Bógus CM, Mendes R, Akerman M, Lemos M do S. La Promoción de Salud en Brasil. In: Arroyo HV, editor. *La promoción de la salud en américa latina: modelos, estructuras y vision crítica.* San Juan (Puerto Rico): Universidad de Puerto Rico; 2004. p. 123-54.
5. Bechtluft LS, Acioli S. Produção científica dos enfermeiros sobre educação em saúde. *Rev APS.* 2009 out/dez; 12(4): 478-86.
6. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev latino-am enfermagem.* 2005 maio/jun; 13(3): 423-31.
7. Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *O Mundo da saude (1995).* 2007; 31(3): 320-8.
8. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: comunicacao, saude, educacao.* 2004 set; 2005 fev; 2005; 9(16): 39-52.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2008.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria 648 de 28 de março de 2006, aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília, DF; 2006.
11. Fracolli LA. Programa Saúde da Família como uma estratégia para inclusão social na perspectiva do trabalho de enfermagem. *O Mundo da saúde (1995).* 2005 jan/mar; 29(1): 35-40.
12. Guimarães GL. O perfil do enfermeiro-educador para o ensino de graduação. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2005 ago; 9(2): 255-60.
13. Silva CC, Silva ATMC, Losing A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no programa de saúde da família û psf. *Rev eletrônica enferm.* 2006; 8(1): 70-4.
14. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cienc saude colet.* 2007; 12(2): 335-42.
15. Bezerra ALQ, Barbosa MA, Carrijo CIS, Pontes DO, Carmagnani MIS. O papel educador do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. *Rev paul enferm.* 2004 jan/mar; 23(1): 22-8.
16. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev latino-am enfermagem.* 2007mar/abr; 15(2): 167-74.

17. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev bras enferm. 2009 jan/fev; 62(1): 113-8.
18. Gomes LOS, Aguiar MGG. Programa de Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde/doença? Rev bras enferm. 2006 set/out; 59(5): 614-9.

6.2 ARTIGO 2

O TRABALHO EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DA PERSPECTIVA À AVALIAÇÃO

NURSES' EDUCATIONAL WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAM: FROM PERSPECTIVE TO EVALUATION

Resumo

Este estudo tem por objetivo identificar a perspectiva dos enfermeiros quanto à educação em saúde e averiguar como esta é concebida, planejada, executada e avaliada na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados junto a 20 enfermeiros da ESF no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, por meio de entrevistas semiestruturadas, no mês de abril de 2010 e submetidos à análise de conteúdo. Os resultados apontam duas categorias: “A perspectiva dos enfermeiros quanto ao trabalho educativo na ESF”, e “A sistematização da educação em saúde na visão dos enfermeiros que atuam na ESF”. Conclui-se que é preciso desenvolver meios de sistematizar a educação em saúde na enfermagem, e que a formação profissional aborde e esclareça as tendências pedagógicas e as metodologias educativas. E ainda, que os enfermeiros sejam estimulados a desenvolver ações educativas em todos os momentos da prestação do cuidado à saúde das pessoas, visando promover uma atenção primária à saúde mais efetiva.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. Saúde da Família. Enfermagem em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Papel do profissional de Enfermagem.

Abstract

This study has the objective of identifying the perspective of nurses regarding health education and to ascertain as it is conceived, planned, accomplished, and evaluated in the Family Health Strategy Program (ESF). This is a descriptive-exploratory study with qualitative approach. Data were collected in April 2010, through semi-structured recorded interviews, and submitted to the analysis of categorical content. Results point two categories: “The nurses’ perspective with relationship to the educational work at ESF”, and “Systematization of health education in the view of nurses who work at ESF”. It was concluded that it is necessary to develop means of systematizing health education in Nursing, and that the professional formation should approach and clarify the pedagogic tendencies and the educational methodologies. It is also important to have the nurses stimulated to develop

educational actions in every moment they take care of people's health, seeking to promote a more effective primary attention to health.

Keywords: Health Education. Family Health. Public Health Nursing. Primary Health Care. Nurse's Role.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta para prevenir os agravos e promover a saúde da população em todos os ciclos de vida, mas observa-se que ainda é permeada por valores assistenciais de cunho curativo e biologicista, voltados principalmente à doença. Entretanto, a busca de outros modelos de assistência ocorre em um período histórico e social, quando o modelo centrado no hospital e na doença não atende mais às transformações do mundo moderno e às necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias. Assim, as mudanças no modelo de atenção à saúde fizeram surgir, no Brasil, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como um modelo centrado na família e na equipe ¹, denominado hoje de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Este novo modelo de atenção à saúde tem como meta reorganizar a assistência, baseando-se no discernimento de uma abordagem humanizada, provocando reflexos em todos os serviços do sistema de saúde. Por isso, tal proposta foi considerada como a principal estratégia de APS, com uma nova organização do modelo de prestação da assistência familiar².

Nesse sentido, os profissionais de saúde trabalham diariamente com pessoas que possuem o seu referencial de vida, que têm os seus valores e crenças estabelecidos, e que no momento de uma situação de doença procuram o serviço primário de atenção à saúde e passam a ser atendidos de forma uniformizada pelo sistema, no qual muitas vezes não é levado em consideração o seu saber popular, a sua vivência e suas crenças. Portanto, para trabalhar num contexto de educação em saúde na prática junto às comunidades é imprescindível que os profissionais estabeleçam uma relação entre as ciências da saúde, as ciências sociais e a educação, com a finalidade de promover uma ação educativa democrática, respeitando a liberdade individual em busca do processo de conscientização ³.

A ação educativa em saúde se refere às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde. Desse modo, dentre as ações da ESF, emergem as ações educativas como ferramenta fundamental para estimular tanto o autocuidado como a autoestima de cada indivíduo, e muito mais que

isso, de toda a família e comunidade, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e condutas dos usuários ⁴.

Além da educação em saúde ser uma atividade inerente ao profissional enfermeiro proposta nos objetivos da ESF, a lei do exercício profissional, sancionada anteriormente a criação deste novo modelo de APS, regulamentava em seu artigo 11, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, realizar educação em saúde visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral ⁵.

Face ao exposto e ante as limitadas publicações acerca do processo de trabalho do enfermeiro no tangente à educação em saúde na ESF, este estudo objetivou identificar a perspectiva dos enfermeiros quanto à educação em saúde e averiguar como esta é concebida, planejada, executada e avaliada no cotidiano dos enfermeiros que atuam na ESF.

METODOLOGIA

O presente estudo de natureza descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, integra um projeto de pesquisa maior intitulado: “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária.

O Estado do Paraná tem 399 municípios, os quais estão divididos em 22 Regionais de Saúde (RS). Dessa forma, o estudo foi realizado na 10ª RS que tem como sede o município de Cascavel, e é composta por 25 municípios.

Os municípios que compõe a 10ª RS, para efeitos do estudo, foram divididos em cinco grupos, de acordo com o porte populacional: menos de 5.000 habitantes (seis municípios); de 5.000 a 10.000 habitantes (dez municípios); de 10.000 a 20.000 habitantes (sete municípios); de 20.000 a 35.000 habitantes (um município); e com mais de 35.000 habitantes (um município).

Na definição dos municípios que fariam parte do estudo, optou-se por sortear aleatoriamente dois municípios pertencentes aos três primeiros grupos e incluir os dois municípios maiores. Isso porque, entende-se que ao possuir características populacionais distintas, os municípios também possuem capacidades diferenciadas de atendimento de saúde à população, o que pode determinar a realização do trabalho educativo pelos enfermeiros, além do fato de não termos tempo e recursos suficientes para realizar o estudo em todos os municípios da RS.

Todos os enfermeiros atuantes na ESF dos municípios incluídos no estudo poderiam ser informantes, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: integrar

uma equipe de ESF completa e estar atuando na mesma equipe por um período mínimo de cinco meses. Desse modo, do total de vinte e sete enfermeiros atuantes nas equipes de ESF nos municípios selecionados, vinte participaram do estudo, considerando que quatro não atendiam aos critérios de inclusão, um estava de férias, um afastado por questões de saúde e outro não aceitou participar do estudo.

Os dados foram coletados durante o mês de abril de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas agendadas previamente por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado constituído de duas partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico dos pesquisados; e a segunda, com questões abertas relacionadas à educação em saúde junto à população. Após a explanação do pesquisador sobre questões pertinentes ao estudo, procedeu-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes, e em seguida a realização das entrevistas gravadas em equipamento do tipo gravador digital.

Para análise e interpretação dos dados se utilizou da análise de conteúdo categorial⁶. A *priori* iniciou-se a análise dos dados brutos, provenientes da transcrição das entrevistas, por meio de uma leitura ampla e, em seguida, foram realizadas leituras aprofundadas que permitiram a organização dos dados por meio do agrupamento por pontos semelhantes e divergentes, dando origem às categorias. A *posteriori* foi realizada a discussão dos dados tendo como referencial teórico as publicações científicas existentes sobre a temática, buscando em seguida conclusões acerca das características do trabalho educativo dos enfermeiros na ESF.

O estudo foi realizado em consonância com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº659/2009). E ainda, a fim de diferenciar os sujeitos da pesquisa e preservar o anonimato, os informantes foram identificados com a letra 'E' seguida de numeral arábico, o qual indica a ordem em que sucederam as entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente é descrito o perfil sociodemográfico dos enfermeiros, com a finalidade de conhecer a população em estudo. Após são apresentadas as duas categorias emanadas no decorrer da análise do conteúdo: “A perspectiva dos enfermeiros quanto ao trabalho educativo na ESF”, e “A sistematização da educação em saúde na visão dos enfermeiros que atuam na ESF”.

O perfil sociodemográfico dos enfermeiros

Dos vinte enfermeiros que integraram o estudo, identificou-se que a grande maioria era do sexo feminino (19), doze encontravam-se na faixa etária de 22 a 30 anos, e os demais (8) na faixa etária de 31 a 45 anos. Do total, doze eram casados, seis solteiros, um em união consensual e um divorciado. Onze dos entrevistados não possuíam filhos, e os demais tinham um (4) ou dois (5) filhos.

No que se refere à formação profissional, a maior parte (13) se graduou em universidades públicas, sendo que o tempo de formação variou, no qual 13 estavam formados entre 5 e 20 anos e sete deles se formaram mais recentemente, entre um e quatro anos.

Identificou-se que a grande maioria (19) cursou pós-graduação *lato sensu*, em que se observaram áreas distintas, com o predomínio em Saúde Pública (12). Ao questioná-los sobre a abordagem do tema educação em saúde na pós-graduação grande parte (15) respondeu que houve sim abordagem, e quatro disseram que o tema não foi mencionado durante o curso.

O tempo de atuação na presente unidade variou de cinco meses a oito anos. Em relação às condições de trabalho, dezessete eram concursados e apenas três eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Dos vinte enfermeiros, apenas dois possuíam mais de um vínculo empregatício, um atuava concomitantemente na docência e outro na assistência hospitalar. A renda familiar mensal apresentou um predomínio (11) de seis a nove salários mínimos, cinco deles de três a cinco salários e quatro possuem renda superior a dez salários mínimos, e a maioria (17) possuía de dois a cinco dependentes desta renda. No que se refere à capacitação no início da atuação na ESF, apenas cinco relataram ter recebido informações sobre o processo de trabalho na ESF e as funções do enfermeiro neste modelo de assistência.

A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS QUANTO AO TRABALHO EDUCATIVO NA ESF

Acredita-se que a educação em saúde é a principal ferramenta para a construção de uma prática de trabalho que valoriza o ser humano além do biológico, dando valor ao ser social, emocional e espiritual. Desse modo, ao questionar os sujeitos do estudo, identificou-se, em sua totalidade, que o trabalho educativo é desenvolvido com grande expectativa, ou seja, ao realizar a educação em saúde os profissionais esperam vislumbrar bons resultados.

Então a nossa maior expectativa é despertar neles o interesse pela informação. Que eles consigam entender as nossas orientações e que essas possam estar servindo para melhorar as condições de saúde deles mesmos, da família e de toda a comunidade, ou seja,

promovendo a saúde delas. E assim, se eles compreenderem isso tudo, a nossa ação terá bons resultados (E14).

Ao realizar as ações educativas os enfermeiros esperam atingir os objetivos programados, que as pessoas valorizem o trabalho, participem ativamente das ações e compreendam as orientações realizadas, identifiquem a importância de cuidar da própria saúde e da comunidade em geral, e que a partir disso as ações possam contribuir para a melhoria nas condições de saúde de todos, e com isso reduzir o índice de doenças, bem como, proporcionar efeitos positivos e relevantes na vida das pessoas por meio das ações educativas.

As ações educativas, além de proporcionarem benefícios à saúde da população atendida pelos profissionais em sua área de abrangência, fazem com que os resultados favoreçam de forma muito positiva o trabalho de toda a equipe, pois ver que as ações diárias estão surtindo efeito estimula os profissionais a realizá-las. No âmbito da ESF, além da execução das ações com base nos resultados positivos, destaca-se que a educação em saúde se configura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe ⁷.

Assim, admite-se que é um desejo de toda a humanidade em todos os tempos, a busca por uma melhor qualidade de vida, sendo preciso estabelecer harmonia entre os indivíduos, a natureza e o meio em que convivem. Por conseguinte, espera-se que a educação em saúde possa atuar sobre o conhecimento das pessoas, a fim de que elas desenvolvam senso crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas e também sobre o ambiente com o qual interatuam, e dessa forma possam adquirir condições para se apropriarem de sua própria existência, bem como da sua cidadania ⁸.

A SISTEMATIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESF

Por ser a educação em saúde a pedra fundamental no desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros e de sua equipe na ESF, ela muitas vezes é realizada seguindo os conhecimentos adquiridos durante a formação profissional e na experiência de cada trabalhador, não possuindo uma regulamentação específica, e uma metodologia padronizada. A seguir são apresentadas as fases do trabalho educativo perpassadas pelos enfermeiros e suas equipes, sendo elas: o diagnóstico, o planejamento, a execução e a avaliação.

O diagnóstico das necessidades educativas

Nesse estudo, as demandas educativas emergiram em sua maioria (18 relatos) das necessidades observadas pelos profissionais da saúde no dia-a-dia e por meio dos dados extraídos do conhecimento obtido na territorialização da população adscrita.

Eu acho que primeiro tem que fazer um levantamento da população, da área, do tipo de patologia, daquilo que vou ter que trabalhar com tal população, é fazer o reconhecimento da população (E1).

O enfermeiro que atua na ESF precisa antes de tudo conhecer a população adscrita da sua área de abrangência, e isto se dá por meio da observação das pessoas no momento da assistência, seja na própria unidade ou no domicílio. Dessa forma, por intermédio das observações, do levantamento do perfil demográfico, social e epidemiológico, e também de diálogos com os indivíduos que integram a comunidade, o enfermeiro juntamente com a sua equipe será capaz de reconhecer as necessidades da população e assim elencar as prioridades educativas.

Assim, a territorialização é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde. E, além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde orientados por categorias de análise de cunho geográfico⁹.

As necessidades educativas, além de surgirem por meio da observação dos enfermeiros junto à população, podem despontar também do trabalho da equipe multiprofissional no dia-a-dia.

Aqui assim, a maioria das ideias está surgindo das reuniões de equipe, onde a gente tem uma reunião semanal e cada ACS passa o relatório das visitas e aí a gente discute os casos mais graves e aí decide trabalhar tal temática conforme as principais necessidades, e também das visitas domiciliares (E14).

Considera-se ideal que os diagnósticos das necessidades de educação em saúde da população surjam por meio da observação sistematizada dos hábitos e estilo de vida das pessoas, e que as ações ao serem planejadas, levem em consideração os fatores que determinam o processo saúde/doença, a fim de que surtam realmente efeitos positivos nas condições de vida dos indivíduos, família e comunidade.

Afirma-se que para ser possível a promoção da saúde, por meio das ações educativas, faz-se necessário conhecer e considerar a experiência de vida das pessoas, a sua subjetividade, o senso comum, o conhecimento popular, ou seja, os aspectos culturais aliados ao saber científico dos profissionais da equipe de saúde. Saber este, que envolve a integração da teoria com a prática dos profissionais, em especial do enfermeiro, que deve proporcionar ao ser humano uma educação que enfatize a promoção da saúde, em vez do cuidado focado na patologia⁸.

A identificação das necessidades educativas por meio do trabalho multiprofissional é mais efetiva, pois não parte apenas da observação de uma única pessoa, mas sim de toda uma equipe que conhece e convive com a população. E nesse estudo se observou destaque especial ao trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), que por residir na área de abrangência da ESF e estar em contato constante com a população, possui maior conhecimento da comunidade, e, conseqüentemente, de suas necessidades.

Além de as ações serem planejadas a partir da observação da população, do seu modo de vida e dos fatores que determinam a saúde, o ideal seria que elas fossem planejadas juntamente com os cidadãos.

Então assim a necessidade de se trabalhar tal assunto com as comunidades surge das reuniões mensais principalmente daquelas em que os representantes participam (E20).

Percebeu-se que dentre os 20 participantes do estudo, apenas um relatou que as ações educativas eram elaboradas com o auxílio da população ou de seus representantes. Isso mostra que as ações são planejadas, quase que exclusivamente, mediante o que os profissionais julgam ser necessário, desconsiderando os anseios da população, o que pode ser um reflexo da não aderência dos usuários às atividades educativas, além de evidenciar o quão distante está a educação em saúde na ESF dos pressupostos estipulados pelo MS.

Estudo mostra que a proposta de trabalho educativo deve contar com a participação da população, com vistas a desenvolver o conhecimento desta em relação à educação em saúde. Para isso, tem-se, como um importante instrumento, a utilização da comunicação que é capaz de instigar, informar e conectar os indivíduos entre si, buscando desenvolver o senso crítico⁸.

Por sua vez, evidenciou-se que os enfermeiros conhecem a forma de diagnosticar necessidades educativas da população, mas na prática isso nem sempre ocorre.

O correto seria a gente enquanto equipe, por meio do ACS e de dados epidemiológicos que a gente tem, levantar quais são os problemas da comunidade, mas não é o que eu faço, eu levanto o problema que eu acho e marco uma reunião, preparo a minha palestra. Então a minha falha está aí, em saber se aquela comunidade está interessada no assunto, se é esta a necessidade dela (E10).

Nessa direção, a educação precisa ser encarada como um processo que só ocorre no convívio social, ou seja, na relação do homem com sua realidade, com o mundo em que vive. Desse modo, “as questões que envolvem educação em saúde devem promover senso de identidade individual, autonomia, dignidade, responsabilidade, solidariedade e, acima de tudo, responsabilidade comunitária e resgate da cidadania”^{8:158}.

O planejamento das ações educativas

Após diagnosticar a necessidade de atividades educativas em saúde junto à população da área de abrangência, especialmente as de natureza coletiva, o ideal seria que houvesse um planejamento das ações por meio de discussões com toda a equipe.

A gente procura juntar a equipe e pensar, e juntos planejar as atividades. Algumas ações a gente acaba discutindo com a equipe, mas nem sempre isso ocorre. Então às vezes eu desenvolvo algumas coisas a partir dos meus conhecimentos e então elaboro as atividades e executo tanto sozinha, quanto com a equipe (E11).

Mesmo identificando, no presente estudo, que o trabalho dos membros da equipe da ESF, especialmente do enfermeiro, é fundamentado nas ações de atendimento a demanda, nas exigências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), evidenciou-se nos relatos que muitos deles se esforçam para que as ações educativas sejam discutidas e realizadas com todos os membros da equipe multiprofissional, mas sinalizam que o planejamento e a estruturação de planos de trabalho ainda são falhos.

Nesse sentido, o planejamento em saúde pode ser entendido como o estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de um determinado objetivo, estratégias de enfrentamento de problemas e dos mecanismos de implementação de políticas e a construção de planos, programas e projetos¹⁰.

Com base na importância da elaboração do plano de trabalho para o desenvolvimento das ações educativas percebe-se que dos 20 enfermeiros apenas um elabora projeto por escrito.

Então na reunião de equipe a gente discute, vai dando os

encaminhamentos, faz um esboço e depois a gente senta e põe as bibliografias, fundamenta, então a gente registra mesmo no papel todos os nossos projetos, objetivos, metodologia e cronograma. A gente faz tudo documentado porque eu e a equipe achamos que é uma forma da gente cumprir e cobrar o que foi planejado (E15).

Por sua vez, identificou-se nos relatos equipes que não fazem um planejamento/projeto de atividades, mas reconhecem a extrema relevância desta prática.

[...] a gente não faz nada por escrito, mas eu acho que isso seria essencial e ajudaria muito a gente a cumprir com os objetivos estabelecidos (E18).

O planejamento em saúde é considerado como um contrato firmado entre as partes, isto é, tudo que é planejado e registrado passa a valer como algo que precisa ser executado¹⁰. Desse modo, pode-se avaliar a importância em se realizar um plano de trabalho por escrito conforme as necessidades da população e juntamente com esta, para que tal trabalho seja passível de execução e cobrança tanto pelos próprios membros da equipe, quanto pela comunidade em geral.

Nota-se nos relatos que após o diagnóstico da situação de saúde, por meio do levantamento das necessidades educativas da população, a maioria das equipes (19) parte diretamente para a preparação dos materiais e execução das atividades, sem desenvolver um plano de ação como forma de registrar e orientar as ações educativas.

Depois é feito a busca dos materiais por meio de pesquisa na internet, cartazes, livros e outros. Então a gente trabalha sempre muito unido, pede a opinião, a ajuda de toda a equipe, depois executa[...] (E13).

A fase de preparo dos materiais que embasam a prática educativa dos enfermeiros e equipe, mesmo sem um planejamento prévio, é um momento crucial, pois, após verificar a necessidade educativa, os profissionais estarão se preparando para difundir informações em busca de melhoria das condições de saúde das pessoas, com base no despertar da consciência dos indivíduos e coletividade para o autocuidado, a autonomia sobre o seu viver, a identificação e domínio sobre os determinantes do processo saúde/doença, bem como o controle social.

A execução das ações educativas

Ao questionar os participantes do estudo quanto à metodologia de trabalho utilizada, notou-se que a educação em saúde não possui embasamento teórico-pedagógico.

Ah eu faço conforme eu acho que deve ser feito, baseado na minha experiência de trabalho, não tenho metodologia ou teoria específica (E15).

Os enfermeiros desenvolvem a sua prática educativa pautados no conhecimento adquirido durante o seu processo de formação e com base nas rotinas e demandas da unidade, que já estão adaptados, almejando impetrar os seus objetivos.

A literatura aponta que o trabalho educativo desenvolvido pelo enfermeiro está fundamentado geralmente na compreensão de educação de cada profissional de acordo com sua experiência pessoal e de trabalho. Dessa forma, muitos dos profissionais que realizam educação em saúde diariamente não conhecem a tendência pedagógica na qual está delineada a sua prática educativa ¹¹.

A partir da literatura disponível sobre as tendências pedagógicas existentes, optou-se no presente estudo por adotar o referencial de Libâneo ¹², que as classifica em dois grupos: a pedagogia liberal e a pedagogia progressista. A primeira é constituída pelas pedagogias tradicional, renovada progressivista, renovada não diretiva e tecnicista, que são focadas no indivíduo a ser educado, mas atribui também grande importância ao educador, em que ambos têm uma relação ainda verticalizada, sendo o educador quem detém e repassa o conhecimento. Já a segunda é composta pelas pedagogias libertadora, libertária e crítico social, fundamentadas na aquisição do conhecimento por meio do relacionamento interpessoal, de atividades interativas especialmente grupais, na qual acreditam que o indivíduo aprende por meio de suas experiências de vida, e o educador é o mediador entre o conhecimento e o sujeito da aprendizagem, e a relação entre eles é horizontalizada ¹².

A partir das denominações, acredita-se que as tendências da pedagogia progressista sejam mais adequadas para a educação na área da saúde, pois aprender é desenvolver a capacidade de interiorizar as informações e trabalhar com os estímulos do ambiente, da interação entre os indivíduos, com o objetivo de construir uma educação a partir da situação concreta de vida dos mesmos ¹².

Para o exercício da ação pedagógica é de extrema importância que o enfermeiro-educador reflita e construa o seu conceito de educação. Este lhe dará os subsídios para edificar o seu modelo pedagógico e o seu perfil de educador. Assim, a educação em saúde realizada pelo enfermeiro da ESF deve propiciar aos indivíduos reflexão crítica, problematizadora, ética, estimulando a curiosidade, o diálogo, a escuta e a construção do conhecimento compartilhado ¹³.

Alguns relatos dos enfermeiros destacam o quão difícil é desenvolver a educação em saúde, devido, principalmente, à falta de uma abordagem sistematizada desta temática já na graduação, que se segue até o cotidiano de trabalho, em que não se tem nada regulamentado para a realização de tal tarefa, diferente do que se apresenta no desenvolvimento da assistência de enfermagem na qual se utiliza os passos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Nesse sentido eu acho assim que desde o que a gente aprende assim lá na graduação deveria ser mais voltado para a educação em saúde, deveria ser dado um valor maior para a educação em saúde. Porque assim existe um processo de enfermagem, a SAE tudo esquematizadinho para as ações em saúde no âmbito hospitalar e para a educação em saúde não tem nada, então a gente faz do jeito que a gente acha que deve ser feito, sem às vezes conhecer uma metodologia específica para tal ação (E15).

Entende-se que muitas vezes a formação do profissional enfermeiro faz com que este ao adentrar na ESF não tenha preparo voltado para desenvolver a educação em saúde, e os relatos evidenciam a grande dificuldade em descrever o trabalho educativo realizado, e a falta da existência de uma metodologia de ancoragem das ações de cunho preventivo e de promoção da saúde das famílias da área adscrita. Salienta-se que apenas cinco dos enfermeiros afirmaram ter tido um preparo específico para atuar na ESF, sendo talvez este um fator contributivo para as falhas na execução da educação em saúde, considerando-se que sem capacitação é mais difícil o profissional compreender as dimensões de sua atuação.

Portanto, os profissionais precisam pautar suas ações educativas fundamentalmente no diálogo com as comunidades, no conhecimento popular e nas práticas de educação em saúde que rompem com uma formação e uma prática em saúde medicalista, biologicista, prescritiva e coerciva das relações entre os serviços de saúde e a população. Estudo realizado em Estado do sul do Brasil demonstrou o quão importante é a implantação de uma disciplina de educação em saúde, que aborde comunicação, educação e saúde, tanto para os alunos durante a graduação, quanto para a prática profissional com os usuários dos serviços de saúde¹⁴.

Para a execução das ações educativas os enfermeiros, geralmente acompanhados de outros membros da equipe, utilizam materiais e formas diferenciadas de executar a educação em saúde, dentre elas a principal é o repasse de informações por meio da fala, seguida do uso de panfletos, cartazes, álbuns seriados/flip charts/banners e multimídia. E como material

prático e demonstrativo os profissionais fazem uso do que tem disponível na unidade, como modelos do corpo humano, além de preservativos, bonecos, entre outros.

Assim eu utilizo bastante álbum seriado, às vezes o multimídia, alguns folders que vem da RS e algumas coisas elaboramos aqui, mas normalmente é mais a fala mesmo. E material prático tem uns cartazes e alguns protótipos do corpo humano. Ah, eu tento usar bastante imagens, por que eu acho que tudo que é visualizado é melhor gravado, absorvido (E11).

Pode-se identificar que os recursos utilizados são os que normalmente a SMS disponibiliza para as unidades de saúde, e que por meio do uso desses, as atividades se restringem a propagação de informações por meio da fala e demonstração de imagens. Destarte, não se percebe nos relatos dos enfermeiros a utilização de dinâmicas de grupo e de interação entre os participantes nas atividades grupais. Dessa forma, considera-se que as estratégias educativas como diálogos interativos, dinâmicas de grupo e atividades lúdicas são ferramentas que incitam as pessoas a pensar e praticar o que é informado, construindo assim um corpo de conhecimento concreto sobre as questões de saúde individuais e coletivas. E esta é uma perspectiva que tem se mostrado efetiva, especialmente em se tratando de estratégias vinculadas à educação e à promoção da saúde¹⁴.

Para grande parte dos entrevistados (14) os recursos disponíveis na unidade são escassos e ultrapassados. No entanto, mesmo perante muitos obstáculos, alguns profissionais são estimulados e mostram-se interessados em, juntamente com a equipe, produzir seus materiais, buscar informações e se atualizar.

Assim, recurso a gente não tem muito, e os que tem são ultrapassados, aí a gente confecciona aqui cartazes e outros e a gente está sempre se atualizando (E15).

A educação em saúde ainda é uma área de atuação dos profissionais da ESF pouco explorada, devido ao modelo de APS ser pouco valorizada pelos usuários, pelos profissionais e pelos coordenadores e gestores municipais, especialmente por não apresentarem resultados iminentes.

Assim, se houvesse a edificação de um processo educativo eficaz, possibilitar-se-ia a oferta de um serviço de saúde de melhor qualidade aos indivíduos e à coletividade, com vistas à ampliação da resolutividade e à intervenção efetiva em relação aos problemas locais¹¹.

Identificou-se que as ações educativas são desenvolvidas em locais diversos além das unidades de saúde, conforme a possibilidade de cada unidade e também da população.

Eu faço aqui na unidade, faço no salão comunitário, na escola, conforme o número de pessoas a gente escolhe o local, e assim como temos aqui cinco comunidades no interior, sempre faço lá nos salões comunitários. E nos acampamentos (dois) eu faço na casinha da saúde que eles construíram pra nós da saúde (E15).

Na maioria das unidades o espaço não é destinado à realização de práticas educativas, fato este que dificulta, muitas vezes, o desenvolvimento desta modalidade de trabalho.

Quando eles fazem a planta de construção ou reforma até tem uma sala grande para reuniões, grupos, mas quando se iniciam os trabalhos resolve-se cortar custos e aí tiram o que acham menos importante, que geralmente é o local destinado a realização de grupos de educação em saúde, de reuniões com a população, aí a gente tem que ficar procurando lugares disponíveis na própria comunidade para desenvolvê-las, e o pior é que nem sempre esses locais são apropriados (E13).

Salienta-se que há um descaso com a educação em saúde por parte dos gestores até quando se planejam a construção ou reforma das unidades de saúde. Então, muitas vezes, pergunta-se: como exigir dos profissionais a implantação e implementação de nova modalidade de atenção à saúde das pessoas, fundamentada na prevenção e promoção, se as condições de estrutura física e materiais designados para o trabalho não condizem com a política de tal estratégia? Esse é um ponto importante que instiga a todos quando o assunto adentra a junção da teoria com a prática dos pressupostos básicos da ESF.

Nessa perspectiva, os pressupostos da ESF não estão sendo totalmente atingidos e a sua consolidação sendo delongada. Mas, notam-se esforços sendo empregados pelas equipes, mesmo diante dos problemas, a fim de reverter o modelo de assistência à saúde, por meio da valorização da saúde em detrimento da doença, inclusão e adoção de seus novos princípios, como a promoção da saúde, especialmente pelas ações educativas, participação comunitária e controle social ¹⁵.

A avaliação das ações educativas

Para a totalidade dos participantes do estudo a educação em saúde é avaliada como sendo benéfica para a população.

Ah eu não tenho assim um parâmetro para te dizer melhorou tantos % a saúde da população, mas eu acho assim que a educação em saúde traz muitos resultados positivos, aos poucos mas traz. Então isso é muito importante, pois nas orientações individuais e coletivas é bom que a gente pode ensinar as pessoas a se cuidarem (E6).

A avaliação dos resultados do processo educativo é um processo contínuo da aprendizagem, no qual deve haver uma interação entre o enfermeiro, a equipe e os usuários para avaliarem as ações educativas, identificando os seus resultados, as mudanças necessárias e principalmente o reflexo da educação em saúde na vida das pessoas.

Mas, apesar de todos os enfermeiros apontarem que não possuem um mecanismo específico de avaliação dos resultados das ações educativas, parte deles (10) acreditam que os indicadores de saúde construídos pela SMS, por intermédio dos relatórios mensais que são elaborados e enviados por eles, podem dar parâmetros de melhoria das condições de saúde da população e que essa, certamente, está atrelada à realização de ações educativas que estimulam as pessoas a cuidarem da sua saúde.

Eu não tenho um método de avaliação, somente a observação que a gente faz da população, não tem nada específico, mas eu acredito que os indicadores de saúde nos ajudam a avaliar as nossas ações educativas realizadas junto à população, pois se estes estão melhorando significa que a nossa ação está surtindo efeito (E17).

As ações educativas são planejadas e executadas pelos profissionais de saúde, conforme a sua visão sobre as necessidades evidenciadas junto à população, mas estas normalmente não são monitoradas, ou seja, não existem parâmetros de avaliação dos resultados das ações educativas.

Paralelamente, percebe-se que a melhoria das condições de saúde das pessoas, visualizada por meio dos indicadores de saúde não são atribuídas, em sua maioria, ao desenvolvimento de ações educativas, mesmo sendo esta uma prática essencial no cotidiano do trabalho na ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstraram que os enfermeiros, ao desenvolver educação em saúde, anseiam melhorar as condições de vida e saúde da população, e que as ações educativas precisam ser executadas de forma constante e efetiva junto à população, a

fim de prevenir doenças, melhorar as condições de vida e saúde e, conseqüentemente, promover a saúde da população.

Ao desenvolver o trabalho educativo, os enfermeiros se deparam com limitações em sua rotina – principalmente no que tange à falta de normatização das ações educativas, ou seja, a ausência de sistematização da prática educativa e o desconhecimento sobre as tendências pedagógicas que a embasam – o que tem dificultado a implementação de ações efetivas junto à população no cotidiano de trabalho da ESF.

Os subsídios aqui gerados podem ser aproveitados não só no desenvolvimento do trabalho educativo na ESF, mas também na formação dos novos profissionais enfermeiros, e até mesmo na reformulação e sistematização das práticas educativas que são executadas nos variados serviços de saúde, especialmente, no nível primário de atenção à saúde.

Ante o exposto, acredita-se que este trabalho representa apenas um pequeno passo na produção do conhecimento sobre o processo do trabalho educativo na ESF, fazendo-se necessária a realização de novos estudos, com o intuito de desvelar as nuances da educação em saúde, com vistas a prestar uma assistência voltada às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Rosa WAG, Labate RC. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev latino-am enfermagem*. 2005 nov/dez;13(6):1027-34.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. *Rev brase saude família*. 2002 maio; edição especial; ano II(5):1-80.
- 3 Budó MLD, Saupe R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. *Rev bras enferm*. 2004 mar/abr; 57(2):165-9.
- 4 Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cien saude colet*. 2007;12(2):335-42
- 5 Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário oficial da União*. 1986 jun 25.
- 6 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
- 7 Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: comunicação, saude, educação*. 2004 set;2005 fev; 9(16): 39-52.

- 8 Cecagno D, Siqueira HCH, Cezar Vaz MR. Falando sobre pesquisa, educação e saúde na enfermagem. *Rev gauch enferm.* 2005 ago;26(2):154-60.
- 9 Monken M, Barcellos C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad saude publica.* 2005;21(3):898-906.
- 10 Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev saude publica.* 2006;40(nºEsp):73-8.
- 11 Alencar RCV. A vivência da ação educativa do enfermeiro no programa saúde da família (PSF)[dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2006.
- 12 Libâneo JC. Democratização da escola pública. A pedagogia crítico-social dos conteúdos. 19ª ed. São Paulo: Loyola; 2003.
- 13 Guimarães GL. O perfil do enfermeiro-educador para o ensino de graduação. *Esc. Anna Nery.* 2005 ago;9(2):255-60.
- 14 Magalhães CR. O jogo como pretexto educativo: educar e educar-se em curso de formação em saúde. *Interface: comunicação, saude, educação.* 2007;11(23):647-54.
- 15 Cordeiro H, Romano VF, Santos EF, Ferrari A, Fernandes E, Pereira TR, Pereira ATS. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis.* 2009;19(3):695-710.

6.3 ARTIGO 3

TRABALHO EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADES E PERSPECTIVAS DE MUDANÇAS

NURSES' EDUCATIONAL WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAM: DIFFICULTIES AND PERSPECTIVES OF CHANGES

TRABAJO EDUCATIVO DEL ENFERMERO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: DIFICULTADES Y PERSPECTIVAS DE CAMBIOS

Resumo

Este estudo objetivou conhecer as dificuldades e perspectivas de mudanças que os enfermeiros identificam no desenvolvimento das ações educativas na ESF. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritivo-exploratória. Os dados foram coletados junto a 20 enfermeiros que atuam na ESF no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, por meio de entrevistas semiestruturadas, no mês de abril de 2010 e submetidos à análise de conteúdo. Os resultados demonstraram que os enfermeiros enfrentam dificuldades no desenvolvimento da educação em saúde junto aos usuários, à equipe, aos

gestores e quanto à falta de recursos físicos, materiais e financeiros. Mas, a partir das dificuldades sentidas, buscam alternativas diversificadas para superá-las e sugerem modificações visando à melhoria na atenção primária à saúde da população, principalmente, no que tange ao trabalho educativo.

Descritores: Educação em Saúde. Saúde da Família. Enfermagem em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Papel do profissional de Enfermagem.

Abstract

This study aimed at to know the difficulties and perspectives of changes that the nurses identify in the development of educational actions at Family Health Strategy Program (ESF). This is a descriptive-exploratory study with qualitative approach. Data were collected from 20 nurses that work in the ESF program within the 10th Regional of Health of Paraná State, through semi-structured recorded interviews in the month of April 2010 and submitted to the content analysis. Results showed that the nurses face difficulties to carry out health education along with the users, the team, the managers, and with relationship to the lack of physical, material and financial resources. But, from the detected difficulties, they look for diversified alternatives to overcome them, and suggest changes for the improvement in the primary health attention to the population, mainly, in what refers to the educational work.

Keywords: Health Education. Family Health. Public Health Nursing. Primary Health Care. Nurse's Role.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo conocer las dificultades y perspectivas de cambios que los enfermeros identifican en el desarrollo de las acciones educativas en la ESF. Se trata de una investigación cualitativa descriptivo-exploratoria. Los datos fueron recogidos junto a 20 enfermeros que actúan en la ESF en el ámbito de la 10^a Regional de Salud de Paraná, por medio de entrevistas semiestructuradas, en el mes de abril de 2010 y sometidos al análisis de contenido. Los resultados demostraron que los enfermeros enfrentan dificultades en el desarrollo de la educación en salud junto a los usuarios, al equipo, a los gestores y con relación a la falta de recursos físicos, materiales y financieros. Pero, a partir de las dificultades sentidas, buscan alternativas diversificadas para superarlas y sugieren cambios pretendiendo la mejoría en la atención primaria a la salud de la población, principalmente, a lo que se refiere al trabajo educativo.

Descriptores: Educación en Salud. Salud de la Familia. Enfermería en Salud Pública. Atención Primaria de Salud. Rol de la Enfermera.

INTRODUÇÃO

O Ministério de Saúde (MS), na tentativa de operacionalizar um modelo assistencial pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propôs (em 1994) o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de reorganização da produção de cuidados de saúde, objetivando a reorientação da prática assistencial em direção a uma assistência focada na família, compreendida a partir de seu ambiente físico e social⁽¹⁾.

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, e essas são desenvolvidas por meio de uma equipe mínima composta pelo

médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe de saúde da família, em especial o enfermeiro, assume neste novo modelo assistencial, o desafio da prestação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) baseada nas ações educativas, reguladas pelos princípios da promoção à saúde, em que a ação multiprofissional é considerada fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população ⁽²⁾.

A educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. Desse modo, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania ⁽³⁾.

A ação educativa em saúde se refere às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde. Desse modo, dentre as ações da ESF, emergem as ações educativas como ferramenta fundamental para estimular tanto o autocuidado como a autoestima de cada indivíduo, e muito mais que isso, de toda a família e comunidade, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e condutas dos usuários ⁽⁴⁾.

Para instituir a educação em saúde no processo saúde/doença, e para estabelecer uma prática educativa satisfatória, é imprescindível conhecer a realidade dos indivíduos com os quais se deseja realizar uma ação educativa, bem como suas potencialidades e suscetibilidades avaliadas de maneira integral. Assim, a educação em saúde pode e deve ser adaptada às necessidades, aos interesses e aos conhecimentos prévios de cada indivíduo.

Por conseguinte, a atuação do enfermeiro nesta estratégia vem sendo foco de alguns estudos, porém, muito ainda se tem por fazer. O caráter inovador da ESF evidencia desafios que se relacionam à necessidade de definir as competências necessárias aos profissionais para o desenvolvimento do seu trabalho, especialmente à prática educativa ⁽⁵⁾.

Diante da relevância do tema exposto, e do interesse em se debater o processo educativo no âmbito da ESF, este estudo objetivou conhecer as dificuldades e perspectivas de mudanças que os enfermeiros identificam no desenvolvimento das ações educativas na ESF.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritivo-exploratória, que integra um projeto de pesquisa maior intitulado: “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária.

O foco de investigação foi o trabalho educativo em saúde desenvolvido pelos enfermeiros atuantes na ESF em municípios que integram a 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, a qual é composta por 25 municípios e que tem como sede o município de Cascavel.

Para efeitos do estudo os municípios que compõe a 10ª RS foram divididos em cinco grupos, de acordo com o porte populacional: menos de 5.000 habitantes (seis municípios); de 5.000 a 10.000 habitantes (dez municípios); de 10.000 a 20.000 habitantes (sete municípios); de 20.000 a 35.000 habitantes (um município); e com mais de 35.000 habitantes (um município).

Realizou-se a seleção de oito municípios para o estudo, sendo que nos três primeiros grupos em que havia mais de um município foi realizado o sorteio aleatório de dois deles, e nos outros dois grupos, como havia apenas um município, estes foram selecionados. Isso porque, entende-se que ao possuir características populacionais distintas, os municípios também possuem capacidades diferenciadas de atendimento de saúde à população, o que pode influenciar a realização do trabalho educativo pelos enfermeiros.

Todos os enfermeiros atuantes na ESF dos municípios incluídos no estudo poderiam ser informantes, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe de ESF completa e estar atuando na mesma equipe há pelo menos cinco meses. Desse modo, do total de 27 enfermeiros atuantes nas equipes de ESF nos municípios selecionados, 20 participaram do estudo, considerando que quatro não atendiam aos critérios de inclusão, um estava em férias, um afastado por questões de saúde e outro não aceitou participar do estudo.

A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais, após o consentimento dos sujeitos por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram gravadas em equipamento do tipo gravador digital. As entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado constituído de duas partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico dos pesquisados; e a segunda, com questões abertas relacionadas à educação em saúde junto à população. Vale ressaltar que tais entrevistas foram previamente agendadas por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional.

Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. Dentre as diferentes técnicas de análise de conteúdo, optou-se pela análise categorial que ocorre por meio de atividades de desmembramento do texto em categorias segundo agrupamentos analógicos⁽⁶⁾. Após a categorização das falas, procedeu-se, então, a inferência por meio dos dados obtidos e utilizando como base teórica o material disponível em publicações científicas acerca do trabalho educativo na ESF.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº659/2009).

Para a diferenciação dos sujeitos, bem como preservação de sua identidade, os informantes foram identificados com a letra 'E' acompanhada de numeral arábico, o qual indica a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente é descrito o perfil sociodemográfico dos enfermeiros, com a finalidade de conhecer a população em estudo. Após são apresentadas as três categorias emanadas do processo de análise do conteúdo: “Dificuldades evidenciadas”; “Alternativas propostas”; “Melhorias sugeridas”.

Perfil sociodemográfico dos enfermeiros

Dos vinte enfermeiros que integraram o estudo, identificou-se que a grande maioria era do sexo feminino (19), doze se encontravam na faixa etária de 22 a 30 anos, e os demais (8) na faixa etária de 31 a 45 anos. Do total, doze eram casados, seis solteiros, um em união consensual e um divorciado. Onze dos entrevistados não possuíam filhos, e os demais tinham um (4) ou dois (5) filhos.

No que se refere à formação profissional, a maior parte (13) se graduou em universidades públicas, sendo que o tempo de formação variou, no qual 13 estavam formados entre 5 e 20 anos e sete deles se formaram mais recentemente, entre um e quatro anos.

Identificou-se que a grande maioria (19) cursou pós-graduação *lato sensu*, em que se observaram áreas distintas, com o predomínio em Saúde Pública (12). Ao questioná-los sobre a abordagem do tema educação em saúde na pós-graduação, grande parte (15) respondeu que houve sim abordagem, e quatro disseram que o tema não foi mencionado durante o curso.

O tempo de atuação na presente unidade variou de cinco meses a oito anos. Em relação às condições de trabalho, dezessete eram concursados e apenas três eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Dos vinte enfermeiros, apenas dois possuíam mais de um vínculo empregatício, um atuava concomitantemente na docência e outro na assistência hospitalar. A renda familiar mensal apresentou um predomínio (11) de seis a nove salários mínimos, cinco deles de três a cinco salários e quatro possuem renda superior a 10 salários mínimos, e a maioria (17) possuía de dois a cinco dependentes desta renda.

DIFICULDADES EVIDENCIADAS

Considerando as particularidades da ESF, afirma-se que a educação em saúde é uma das ações imprescindíveis no processo de trabalho das equipes que nela atuam. Assim, pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, nível de participação desejado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, compreensão ampliada do processo saúde/doença, humanização das práticas e busca da qualidade da assistência na atenção primária, depreende-se que o modelo voltado às práticas educativas corresponde ao trabalho mais pertinente para o contexto de atividades da ESF⁽⁷⁾.

Nessa ótica, no âmbito das equipes estudadas essa é uma realidade observada, pois os enfermeiros juntamente com as equipes multiprofissionais ao realizar o trabalho educativo enfrentam diversas dificuldades de concretização do mesmo. A seguir serão relatadas as dificuldades, agrupadas em dificuldades quanto aos usuários, à equipe, aos gestores e aos recursos.

Dificuldades quanto aos usuários

Ao desenvolver educação em saúde tanto no contexto individual, quanto coletivo, os enfermeiros que atuam na ESF se deparam com barreiras, dentre as quais, a principal é a resistência às mudanças e aceitação ao novo modelo assistencial.

Eu tenho muita dificuldade principalmente em relação à cultura da população, porque eles assim, em geral, têm muito ainda aquela questão curativa, consulta médica, médico e medicamento, então eles não dão muita importância para a educação em saúde. Então a população não entende os objetivos do PSF (E10).

Observa-se que existem muitas dificuldades na atuação junto à população, especialmente no que se refere à questão preventiva e de promoção à saúde, pois o pensamento das pessoas é ainda amplamente curativista. Assim, para que o trabalho educativo seja valorizado e aceito pelos usuários e membros da equipe, todos precisam conhecer claramente os objetivos da ESF e trabalhar conjuntamente em prol da consolidação do modelo assistencial de saúde que está posto.

No entanto, os usuários veem o atendimento do serviço de APS, essencialmente como uma ação individual e curativa, em que a prescrição de medicamentos é encarada como a principal alternativa concreta de atendimento às suas necessidades de saúde, e não estão percebendo as outras atividades, principalmente o trabalho educativo e as ações coletivas, como formas de melhorar e qualificar a saúde⁽⁸⁾. Portanto, para que a população perceba o sistema de saúde de uma forma mais ampliada, faz-se necessário, antes de tudo, que os profissionais acreditem e apostem nestas mudanças e nos benefícios para a saúde de toda a população.

Atrelado ainda a questão da aceitação e adesão às atividades educativas, ressalta-se a dificuldade relacionada ao grau de entendimento dos usuários referente ao que é difundido por meio de orientações.

Uma das dificuldades que eu encontro é no momento da educação em saúde que eu observo uma limitação da compreensão, por mais que eu tente falar uma linguagem bem simples, bem acessível, tem uma parcela das pessoas que não são alfabetizadas, e muitos são idosos, então isso dificulta muito (E11).

Para que os usuários dos serviços de saúde apreendam as orientações e atuem em conjunto com a equipe no planejamento das ações, é preciso que eles tenham um entendimento efetivo sobre o conhecimento compartilhado, a fim de compreender a finalidade das ações educativas.

Estudos têm sido realizados com a finalidade de identificar o desenvolvimento de ações educativas pelos profissionais de saúde que atuam junto à comunidade, e muitos deles têm percebido que essas ações não são desempenhadas com muita frequência, devido, principalmente, à desorganização da demanda, à baixa escolaridade dos usuários e à resistência da população às ações educativas. Além disso, considera-se que para a educação em saúde ser uma realidade na ESF se faz necessário o conhecimento dos propósitos da estratégia por todos os membros da equipe e especialmente pela comunidade ^(9,10).

Dificuldades quanto à equipe

Uma das dificuldades manifestadas pelos enfermeiros, em relação à equipe, refere-se à falta de perfil dos profissionais para trabalhar na perspectiva da ESF.

Tenho várias dificuldades, uma delas eu acho que é na equipe que nem todos os profissionais têm aquele perfil de PSF e nem todos participam das atividades. Por exemplo o médico, ele não gosta e não realiza educação em saúde, ele ainda é muito curativista, e isso dificulta muito (E14).

O trabalho educativo, muitas vezes, não é realizado pelos membros da equipe por não possuírem um perfil fundamentado nas premissas da ESF, fazendo com que os profissionais venham a apresentar falta de interesse e comprometimento com o trabalho e as condições de saúde da comunidade. Para que ocorra o desenvolvimento da atividade educativa de forma ampliada e qualificada, ela deve ser realizada por todos os integrantes da equipe multiprofissional, em que cada um, baseado no seu *corpus* de conhecimento poderá colaborar.

Nessa perspectiva, estudo realizado no interior nordestino apontou a desarticulação dos conhecimentos dos membros da equipe de saúde sobre os princípios teóricos, metodológicos e filosóficos da ESF como um dos determinantes do pouco envolvimento do trabalho da equipe com a

área educativa, resultando em falta de integração/articulação das ações práticas de uma equipe com a dimensão educativa ⁽¹¹⁾.

O presente estudo se assemelha com dados encontrados na literatura no que tange ao trabalho do médico, no qual é descrito que este profissional não está familiarizado com ações de prevenção e promoção à saúde, e assim não se dispõe a trabalhar com ações de educação em saúde. Desse modo, destaca que os médicos, principalmente os recém-formados, relatam a deficiência do enfoque quanto à APS e às práticas educativas na graduação, e que esses têm poucas experiências práticas na rede básica de saúde, o que tem tolhido o seu trabalho no âmbito da ESF ⁽¹²⁾.

Outra dificuldade apontada pelos enfermeiros foi a insuficiência de recursos humanos na ESF. Dentre as equipes estudadas, todas continham os profissionais da equipe mínima, mas em vários casos (12) havia áreas descobertas por ACS, e áreas muito grandes para apenas uma equipe, fato que sobrecarrega o trabalho de todos e se torna um obstáculo, especialmente, para a realização do trabalho educativo.

O fato de ter uma demanda espontânea muito grande, e ainda a falta de profissionais, o excesso de trabalho, e muito trabalho burocrático. E mais do que isso a rotatividade dos profissionais, dificulta muito a realização do trabalho educativo (E5).

Os enfermeiros relatam que não conseguem se dedicar à educação em saúde devido à grande demanda curativa da população nas unidades, à insuficiência de pessoal na equipe, e principalmente o trabalho burocrático, de coordenação e de gerência da unidade, além de reuniões na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que acabam tomando grande parte do tempo e sobrecarregando o trabalho diário. Salienta-se que um dos grandes empecilhos para a efetiva consolidação da ESF é a falta quantitativa e qualitativa de profissionais preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo modelo assistencial ^(13,14).

Em relação às funções burocráticas, afirma-se que há a possibilidade de estas serem desempenhadas por outros profissionais. Por outro lado, quando as ações são educativas e assistenciais, estas não podem ser atribuídas a qualquer membro da equipe que não possua domínio de tal ação, sendo o maior agravante nessa situação, a sobrecarga dos membros da equipe para a realização das tarefas burocráticas e o desfalque de profissionais para a assistência à população ⁽¹⁵⁾.

Dificuldades quanto aos gestores

Dentre as dificuldades operacionais existentes na concretização do trabalho educativo na ESF, a questão de gestão também apresenta forte influência sobre a realização deste.

A grande dificuldade que tenho eu acho que é a falta de interesse do gestor, eles falam que tem educação em saúde, mais na prática não tem. Eles não têm a visão do que é o PSF, da importância do trabalho educativo, tem visão curativista e medicalista. Então eu acho que se a gente não tem respaldo ali, não tem condições de trabalhar (E9).

Percebe-se a partir dos relatos que quando o gestor não possui uma visão ampla e adequada da ESF, ele não disponibiliza recursos, nem emprega forças para a realização da educação em saúde, visto que muitas vezes esta, aparentemente, não apresenta resultados iminentes à comunidade e pode até ameaçar a sua permanência no cargo. Portanto, para exercer a função de gestor de saúde, seria necessário conhecer o perfil da população atendida; as necessidades por ela apresentadas; as normas e leis que regem a ESF; as necessidades de recursos humanos, físicos e materiais para o atendimento da população adscrita, dentre outros, conforme as particularidades de cada região onde a estratégia está implantada ⁽¹⁶⁾.

Dificuldades quanto aos recursos

A falta, ou má distribuição dos recursos, sejam eles físicos, materiais ou financeiros também dificultam a educação em saúde. Dentre eles, os enfermeiros salientaram a questão da inadequação da estrutura física.

Ah e além disso uma das dificuldades que eu encontro é que aqui é bem tumultuado por ser o posto central e ter a ESF implantada aqui, pela minha equipe ser alocada aqui nesta unidade, então deixamos de fazer atividades educativas, perdendo o que seria realmente a ESF, deixando muito a desejar (E4).

Para que a ESF funcione é necessário ter um espaço adequado ao desenvolvimento do trabalho, especialmente, a educação em saúde. A USF pode estar alocada junto à unidade básica de saúde (UBS), mas esta precisa ter o seu ambiente específico.

Destaca-se que o fato de a USF dividir o mesmo espaço de funcionamento com a UBS é um fator que pode fazer com que a população não compreenda e não consiga discernir as diferenças que os serviços apresentam, sendo este um complicador para a efetivação da política da ESF, sobretudo, no que concerne às ações educativas, de prevenção e promoção à saúde das famílias e de toda a comunidade.

Outro ponto importante relatado pelos enfermeiros e que limita as ações educativas em saúde é a insuficiência de recursos materiais que são igualmente responsáveis por obstar o trabalho educativo.

E eu acho que falta um pouco de material aqui na unidade, porque a gente sabe que tem muitos materiais que poderiam ser comprados que facilita, que estariam ajudando, por que fica só falando cansa [...] (E7).

Além disso, outro problema elencado pelos enfermeiros, que atuam na ESF, foi a acessibilidade, tanto da equipe para toda a área de abrangência da USF, que é relativamente extensa, e essencialmente rural, como dos usuários à unidade ou ao local de realização da ação educativa.

Outra dificuldade é a questão de locomoção, porque nós estamos com um carro que fica mais na oficina do que na unidade, porque ele é muito velho, então também dificulta o trabalho, e ainda temos só um carro que serve para tudo (E13).

Então o nosso principal problema aqui em relação à educação em saúde é o transporte, pelo fato de não ter linha de ônibus pra eles virem até aqui e muitas vezes é longe, então é o principal problema assim pra eles não aderirem (E19).

Neste estudo uma parcela significativa das equipes (8) atende famílias que residem na zona rural. Esse fato tem dificultado o acesso da população à unidade de saúde e também o acesso da equipe até a moradia das famílias ou aos locais onde são desenvolvidas as atividades educativas. Isto se deve especialmente por causa da distância e dificuldades no transporte, obstaculizando assim a participação comunitária nas ações do serviço de saúde.

Perante todos os empecilhos relatados pelos enfermeiros em estudo, observa-se que estes apresentam dados semelhantes a outros estudos sobre os fatores considerados limitantes à prática educativa em saúde no contexto da ESF. Nessa dimensão, alguns autores asseguram que existem muitas dificuldades concernentes à estrutura do serviço, e muitas delas afetam diretamente o trabalho com as famílias. Dentre as dificuldades, destacam-se: o deslocamento da unidade até a área de abrangência; áreas de abrangência relativamente distantes da unidade; o elevado número de equipes alocadas em uma mesma unidade; a falta de unidade específica para a saúde da família; a precariedade da estrutura física e de recursos materiais disponíveis nas unidades, entre outras ⁽¹⁵⁾.

ALTERNATIVAS PROPOSTAS

Mediante a gama de dificuldades enfrentadas no desempenho das ações de educação em saúde junto à população, buscou-se conhecer as alternativas que os enfermeiros propõem e utilizam como meio de superá-las. A seguir serão descritas estas alternativas, agrupadas em alternativas para as dificuldades quanto aos usuários, à equipe, aos gestores e aos recursos.

Alternativas propostas para as dificuldades quanto aos usuários

Em relação ao pensamento curativista das pessoas evidencia-se que a inversão do modelo assistencial é de difícil compreensão e, provavelmente, ainda será necessário um longo período de tempo para se efetivar. Por conseguinte, enquanto a compreensão da população vai se transformando, os enfermeiros propõem opções alternativas para desenvolver as ações de educação em saúde.

Em relação à cultura eu acho que a saída é trabalhar com as crianças, com os jovens, nas escolas para que esses sim sejam mais abertos, a gente tenta mostrar o quanto é importante cuidar da saúde, para que as pessoas se motivem, se previnam, despertem para o pleno exercício da cidadania e controle social [...] (E2).

A mudança na percepção dos usuários sobre o modelo assistencial pode estar relacionada à cultura construída ao longo da história, na qual o atendimento em saúde era baseado na consulta médica e, prioritariamente, individual. Por isso, toda a equipe de saúde precisa trabalhar fazendo com que o usuário compreenda que a prestação dos serviços de saúde na ESF se baseia no atendimento em saúde de forma integral, focado na prevenção e promoção da saúde. Trabalhar em busca da mudança desta concepção dos usuários é um desafio essencial para que esta estratégia possa atingir o sucesso esperado, e nesse caso os enfermeiros afirmam que o trabalho com as crianças e jovens pode contribuir positivamente no alcance deste.

Apesar de a reorientação do modelo assistencial, do qual faz parte a nova política da ESF, ser uma proposta concreta, na prática, esta continua em processo de consolidação e, em virtude disso, coexistem elementos dos dois modelos de atenção à saúde. Ao mesmo tempo em que, na sociedade em geral, persiste a ideia de que os serviços de saúde se associam com situações de doença e não com a saúde⁽¹⁷⁾. Mas, pode-se notar em diversos estudos e inclusive neste, os esforços que os profissionais e suas equipes estão empenhando para que as mudanças ocorram e que o modelo baseado na prevenção de doenças e promoção da saúde se consolide.

Outro ponto que foi suscitado pelos enfermeiros como entrave ao trabalho educativo foi o grau de entendimento das pessoas, que é considerado como um complicador para todas as ações dos serviços de saúde, pois se os usuários não compreenderem as informações, dificilmente seguirão o que foi orientado e não conseguirão desenvolver uma consciência crítica acerca da importância do autocuidado e controle sobre a sua saúde e da comunidade. Portanto, para a superação desta barreira os enfermeiros designaram tal proposta:

Quanto ao nível de alfabetização eu tento falar de forma que eles entendam, não de forma imposta mas dialogada, para que eles passem a confiar na gente. E acredito que também a questão da alfabetização, da população estar se alfabetizando ajudaria muito (E6).

Para se trabalhar a educação em saúde na ESF é fundamental que os profissionais conheçam a realidade da população da sua área de abrangência, as suas limitações e possibilidades, e que diante disso desempenhem o seu trabalho de forma ética, criativa, inovadora e acolhedora, sabendo lidar com as adversidades. Contudo, muitos dos entraves à realização das ações educativas referidos, provavelmente, fogem do controle contínuo dos profissionais de saúde, tendo em vista o

caráter macro-ideológico que abarca tal questão ⁽¹⁷⁾.

Alternativas propostas para as dificuldades quanto à equipe

Ao adentrar no trabalho em uma equipe de ESF, os profissionais precisam conhecer a filosofia que rege o modelo assistencial, e pôr em prática todas as atribuições que lhes competem. Mas, sabe-se que todo o trabalho é influenciado pela formação de cada profissional e determinado também pelo perfil e comprometimento dele. Por sua vez, perante esta dificuldade os enfermeiros alvitram:

Quanto a pouca participação da equipe acho que teria que fazer trabalhos educativos, treinamentos aprimorados, educação permanente, cursos voltados à educação em saúde. E ainda, a pessoa teria que gostar do trabalho. Já para melhorar a participação do médico eu acredito que eles teriam que ter na formação deles uma maior valorização da prática preventiva e não ser apenas curativista, pois acho que se eles não forem preparados para isso não desenvolverão na sua prática (E14).

Os enfermeiros ressaltaram que a existência de educação permanente e de cursos que estimulem os trabalhadores é uma alternativa para reduzir as dificuldades no desenvolvimento da ação educativa, e que por meio destes se pode despertar o interesse nos profissionais em trabalhar a prevenção e a promoção da saúde dos usuários e suas famílias. Do mesmo modo, que uma formação profissional mais voltada à APS e ao trabalho educativo, também influenciariam de forma positiva sobre tal comportamento.

Nesse sentido, a educação permanente em saúde pressupõe as necessidades de conhecimento e a estruturação de demandas educacionais geradas no cotidiano do trabalho, indicando os caminhos e pistas para o processo de formação, sendo uma modalidade educativa que tem como alvo a equipe multiprofissional, com ênfase nos problemas reais de saúde, cujo objetivo é transformar as práticas técnicas e sociais ⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, destaca-se que ter um quadro de recursos humanos que não atua conforme a proposta de trabalho da ESF dificulta muito as ações, principalmente, às educativas. Além dessa dificuldade, um agravante ainda maior dessa situação, é não ter um número ideal de profissionais na equipe, pois, isso acarreta a sobrecarga e, sobretudo, a insatisfação e desmotivação com o trabalho.

Quanto ao recurso humano acredito que a contratação de mais pessoas ajudaria muito, especialmente ACS e de Enfermagem. E para diminuir a rotatividade dos funcionários acredito que teria que ter um reajuste do salário, pois a insatisfação salarial faz com que eles não fiquem no serviço, então as perspectivas de salário e crescimento aqui é muito ruim (E5).

A falta de recursos humanos e, também, a sua rotatividade tem dificultado a realização do trabalho, em especial o educativo, pois a maior parte do tempo se passa atendendo à demanda. Para tanto, a contratação de um quadro de pessoal adequado para cada área, aliado ao aumento do tempo de

permanência desses na mesma equipe, seria imprescindível para o desenvolvimento de um bom trabalho. Ressalta-se que uma equipe de saúde, quando insuficiente em número e qualificação, pode influenciar de forma negativa na prestação dos cuidados às famílias. Também pode ser o fator gerador de negligência nas ações de saúde, pois muitas vezes os funcionários disponíveis são incapazes de prestar cuidados à totalidade da demanda ⁽¹⁶⁾. Além disso, a rotatividade dos profissionais da equipe multiprofissional é um fator altamente danoso para a efetividade dos resultados esperados na ESF. No entanto, resolver esse problema se constitui como grande desafio, tendo em vista a multiplicidade de suas causas ⁽¹⁹⁾.

Salienta-se ainda que a questão da satisfação do profissional não está apenas baseada na disponibilização de condições ideais de trabalho, mas está igualmente relacionada à questão salarial, ou seja, o profissional trabalha satisfeito se a sua remuneração condiz com a função exercida.

Alternativas propostas para as dificuldades quanto aos gestores

Quanto à gestão da ESF é difundida a importância da presença de uma pessoa que tenha visão sobre os serviços de saúde e conheça o seu adequado funcionamento. Sobre isso, os respondentes do estudo apontaram:

Assim primeiramente eu acho que os gestores teriam que nos ouvir, e entender as nossas dificuldades, ou seja, que eles acreditem no que a gente diz e que atendam minimamente as nossas solicitações. Vejo que se os gestores conhecessem a nossa realidade e os objetivos do PSF, eles destinariam melhor os recursos para o nosso trabalho (E20).

Para atuar em um determinado cargo, sabe-se que é necessário conhecer as suas atribuições e a realidade do seu trabalho. Nesse caso, os enfermeiros acreditam que se ocorrer a mudança na visão dos gestores, se passarem a compreender os propósitos e a realidade da ESF em cada localidade, haverá uma transformação na destinação dos recursos, melhorando, conseqüentemente, as condições de trabalho de toda a equipe, principalmente no tocante ao desenvolvimento da educação em saúde.

A atividade de gestão, enquanto parte do processo de trabalho na ESF, é considerada como uma ação interdisciplinar, na qual se fazem presentes determinações de ordem técnica, mas principalmente política, sendo necessária, dentro dessa perspectiva, uma compreensão, por parte do gestor, sobre a dinâmica das relações político-econômico-sociais presentes na organização do serviço de saúde dentro do processo de trabalho ⁽²⁰⁾.

Alternativas propostas para as dificuldades quanto aos recursos

Ao identificar profusas dificuldades no desenvolvimento do trabalho educativo com a população, os enfermeiros propõem alternativas que podem melhorar o desempenho da oferta dos serviços de saúde no âmbito da ESF.

Uma questão que eu acho que viabilizaria o trabalho educativo no PSF seria a implantação dele em uma unidade específica para a sua área de abrangência, e que esta fosse bem adaptada, aí a gente poderia estar melhor acompanhando a população, fazendo educação em saúde. Em relação aos materiais seria preciso ter mais recursos financeiros disponibilizados para a educação em saúde (E8).

O trabalho educativo na ESF e as demais atribuições da equipe só são passíveis de serem desenvolvidas, se houver um local adequado ao trabalho e dispor de recursos para isso. Constata-se que, embora a importância da realização da educação em saúde seja reconhecida pelos profissionais, estes expressam o anseio em realizar na comunidade um trabalho mais voltado aos preceitos da ESF para que ela se fortaleça e se concretize. Porém, ao mesmo tempo, parece existir um sentimento de que, na prática, não são proporcionadas condições de trabalho para que essa política assistencial se consolide e, conseqüentemente, ocorra a reorientação do modelo de atenção à saúde das pessoas⁽¹⁷⁾.

Acerca da dificuldade de acesso da população até a unidade de saúde, ou aos locais onde ocorrem as ações educativas, os enfermeiros também propuseram alternativas.

Eu acredito que se tivesse um meio de transporte para eles virem até aqui ajudaria muito e nós teríamos uma maior adesão ao grupo, uma linha de ônibus por exemplo (E19).

Embora eles não tenham como solucionar este problema, eles podem discutir com a população as diferentes estratégias que poderiam ser adotadas para resolver esta situação, além de auxiliar no processo de mobilização da comunidade na cobrança junto aos órgãos responsáveis por este tipo de serviço, que nestes casos seriam as prefeituras dos municípios e os seus representantes legais.

Os enfermeiros reconhecem alternativas que estão além de suas possibilidades, as quais envolvem principalmente a disponibilização de recursos financeiros e materiais, restando-lhes apenas o papel de reivindicação desses recursos.

Para a questão do carro, acho que teria que ter um carro sempre disponível para a equipe e que estivesse em boas condições e que passasse por manutenção (E5).

No decorrer do estudo, evidenciou-se que a superação das dificuldades para desenvolver o trabalho educativo envolve situações alheias ao arcabouço de trabalho do enfermeiro. Assim, cabe à equipe apresentar aos gestores a importância de se ter um meio de transporte disponível e em boas condições para o desempenho do trabalho neste contexto de trabalho, baseado especialmente, na assistência domiciliar e ações educativas em locais diferenciados.

MELHORIAS SUGERIDAS

Após identificar dificuldades e possibilidades de transformação da realidade do trabalho educativo no âmbito da ESF, os enfermeiros indicaram algumas mudanças que são imprescindíveis para que a educação em saúde ocorra plenamente. Dessa forma, a partir dos relatos foram elencadas as principais mudanças, sejam elas no âmbito pessoal, profissional e de gestão.

Assim eu acho que precisamos sempre estar buscando mais conhecimento e atualizações, estudando, fazendo pós-graduação (E12).

Eu acho que deveria ter assim mais treinamento da secretaria e da regional de saúde para nós, atualizações em relação ao PSF e a todos os programas, acredito que isso ajudaria muito (E16).

Os profissionais afirmam que precisam constantemente estar se atualizando, por meio de estudos, leituras, cursos, e que estes poderiam ser disponibilizados pelos órgãos responsáveis pela ESF, como a SMS, a RS e o MS. Nesse sentido, observa-se que os enfermeiros reconhecem a importância da atualização estável e durável, pois, acreditam que a formação e a capacitação levam ao comprometimento profissional.

Eu acho assim que já na formação precisava ser mais abordada a questão da educação em saúde, para que no dia-a-dia a equipe trabalhasse junto para pôr o PSF em prática. Para isso todos deveriam ser estimulados e capacitados para atuar de forma preventiva, de forma a atender os propósitos do PSF que são tão bonitos na teoria, mas que na prática não vem ocorrendo muito. Mas, além de tudo isso, acredito que para ser um bom profissional e desenvolver bem o seu trabalho é fundamental ter boa vontade e comprometimento com o trabalho (E8).

Por meio dos relatos, nota-se o empenho dos enfermeiros para realizar as ações educativas e efetivar as políticas da ESF, pois mesmo diante de tantos obstáculos mencionam que devem continuar sempre aperfeiçoando os conhecimentos inerentes a sua atuação nesta estratégia jovem e inovadora.

Dessa forma, dados encontrados na literatura ratificam tais relatos, pois educação em saúde só é possível de ser desempenhada se o profissional possui saberes e competências compatíveis com tal prática. Assim, os autores afirmam que há a necessidade de aperfeiçoar a prática educativa dos profissionais da saúde coletiva, e que os processos de educação permanente precisam suprir as necessidades destes ⁽¹⁷⁾.

Por sua vez, além das mudanças em nível pessoal e profissional os enfermeiros afirmam que uma das principais modificações que deve ocorrer está relacionada à visão do gestor quanto ao trabalho educativo e aos reais propósitos da ESF.

Então eu acho que o gestor deveria ter uma formação na área da saúde e compreender plenamente o que é o PSF, e que não fosse um cargo político no qual eles visam conseguir votos por meio das ações curativas, do número de consultas médicas e de exames de especialidades (E20).

O gestor para desempenhar de forma satisfatória a sua função precisa conhecer as particularidades do setor da saúde e dos modelos de atenção à saúde, sendo capacitado para tal cargo, não devendo voltar suas ações para a satisfação dos interesses políticos, caso contrário, a assistência em saúde pode sofrer prejuízos.

Dados da literatura mostram que a ESF, por seu contato direto com a comunidade, com suas demandas e suas lideranças religiosas, políticas, corporativas e comunitárias, vivem intensa proximidade que expõem sobremaneira os atores dos serviços de saúde, deixando-os suscetíveis ao processo político local, assim favorecendo uma cultura de troca. E como o campo da saúde é eleitoralmente sensível, gerando promessas e votos, o poder político local busca se apropriar do dispositivo da ESF como saída para contabilizar votos, fato este que deve ser avaliado e revertido quando o assunto são as condições de vida e saúde de milhares de pessoas ⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desse estudo, evidenciou-se que os enfermeiros enfrentam diferentes entraves no desenvolvimento da educação em saúde referente aos usuários, aos membros da equipe multiprofissional, aos gestores e a insuficiência de recursos físicos, materiais e financeiros. Dentre os quais se destacam: a falta de aceitação e adesão às atividades educativas; a cultura curativa; a baixa escolaridade dos usuários; a acessibilidade dos usuários e da equipe; a grande demanda espontânea; o perfil dos profissionais; a sobrecarga de trabalho; a formação profissional; a falta de educação permanente; a falta de recursos; a visão do gestor e a carência de conhecimento deste sobre a política da ESF.

Conclui-se que o enfermeiro precisa conhecer as limitações no que diz respeito à prática educativa na ESF e por meio delas buscar alternativas para superá-las, de forma a desenvolver esta ação que não deve ser considerada somente como uma atividade a mais a ser realizada nos serviços de saúde, mas principalmente como prática que alicerça e reorienta toda a APS.

A partir deste estudo espera-se contribuir no campo de atuação do enfermeiro na ESF, incentivando-os a desenvolver ações educativas mesmo diante das dificuldades, e que estes sugiram e cobrem as mudanças necessárias para um melhor desempenho dessas ações, com vistas a promover a saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. No ensino e pesquisa, espera-se contribuir com a produção científica da área, fornecendo assim, subsídios para pesquisas futuras sobre a temática em questão. Sugere-se de antemão, que sejam realizados outros estudos visando identificar a prática educativa em saúde pelos demais membros da equipe, bem como a visão dos usuários do serviço, com o intuito de compreender e caracterizar melhor essa prática central da ESF.

REFERÊNCIAS

- 1 Ermel RC, Fracoli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):533-9.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. *Rev bras saude família*. 2002 maio; edição especial; ano II(5):1-80.
- 3 Pereira ALF. As Tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad saude publica*. 2003 set/out;19(5):1527-34.
- 4 Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cien saude colet*. 2007;12(2):335-42.
- 5 Villas Boas LMFM, Araújo MBS, Timoteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Cien saude colet*. 2008;13(4):1355-60.
- 6 Bardin L. Análise de conteúdo. Revista e atualizada. Lisboa-Portugal: Edições 70; 2008.
- 7 Alves VS. Un modelo de educación en salud para el Programa Salud de la Familia: por la integralidad de la atención y reorientación del modelo asistencial. *Interface: comunicação, saude, educação*. 2004 set; 2005 fev; 9(16):39-52.
- 8 Sberse L, Claus SM. O Programa saúde da família na ótica de trabalhadores e usuários de saúde. *Bol saude*. 2003 jul/dez;17(2):124-32.
- 9 Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Rev bras enferm*. 2005 maio/jun;58(3):290-5.
- 10 Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguiar KSM. Discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev APS*. 2008 jan/mar;11(1):54-61.

- 11 Silva CC, Silva ATMC, Losing A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família - PSF. *Rev eletrônica enferm.* 2006;8(1):70-4.
- 12 Gonçalves, RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev bras educ med.* 2009;33(3):382-92.
- 13 Marques D, Silva EM. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? *Rev bras enferm.* 2004 set/out;57(5):545-50.
- 14 Campos FE, Aguiar RAT. Especialização em saúde da família: uma estratégia para o apoio à extensão da atenção básica nas grandes cidades. *Rev bras saude familia.* 2005 out/dez;8:38-46.
- 15 Marcon SS, Lopes MCL, Lopes MB. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. *Online Brazilian J Nurs* [periódico na Internet]. 2008;7(1). [citado 2008 jul 7]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing>
- 16 Lazzarotto EM, Roecker S, Ross C. Gestão por habilidades e atitudes: trabalho do enfermeiro na saúde da família. Cascavel (PR): Coluna do Saber; 2009.
- 17 Silva CP; Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Cienc saude colet.* 2009;14(Supl.1):1453-62.
- 18 Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev bras enferm.* 2004 set/out;57(5):605-10.
- 19 Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc saude colet.* [periódico na Internet]. 2010. [citado 2010 jul. 1];15(supl.1):[cerca de 10p]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
- 20 Passos JP. A utilização de indicadores na prática gerencial do enfermeiro em unidades básicas de saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo; Universidade de São Paulo; 2004.
- 21 Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na estratégia saúde da família. *Rev bras enferm.* 2008 jan-fev; 61(1):36-45.

6.4 ARTIGO 4

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATOS DE VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HEALTH EDUCATION: REPORTS OF NURSES EXPERIENCES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAM

EDUCACIÓN EN SALUD: RELATOS DE VIVENCIAS DE ENFERMEROS EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem por objetivo conhecer a prática educativa dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio dos relatos de vivências cotidianas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com a abordagem qualitativa, no qual os dados foram coletados junto a 20 enfermeiros que atuam na ESF no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, por meio de entrevistas norteadas por roteiro semiestruturado, durante o mês de abril de 2010 e submetidos à análise de conteúdo categorial. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que todos os enfermeiros atribuem acentuada importância à educação em saúde, sendo que 19 deles a desenvolvem constantemente em seu cotidiano. Na prática educativa na esfera individual, destacaram-se as orientações realizadas na puericultura, e no âmbito coletivo, as ações grupais, principalmente, com gestantes, hipertensos e tabagistas. E em alguns relatos se observou a execução de ações diferenciadas que são realizadas esporadicamente, e partem da observação do enfermeiro quanto às necessidades da população, sem participação efetiva da comunidade. **Conclusão:** Conclui-se que os enfermeiros ainda precisam ser estimulados a aprimorar sua prática educativa na ESF, visando concretizar as ações de prevenção das doenças e promoção da saúde das famílias.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. Saúde da Família. Enfermagem em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study has the objective to know the educational practices of nurses who work at the Family Health Strategy Program (ESF) through the reports of their daily experiences. **Methodology:** This is a descriptive-exploratory study, with a qualitative approach, carried out through semi-structured recorded interviews in the month of April 2010, and submitted to the content analysis. The subjects were 20 nurses that work at ESF within the 10th Regional of Health of Paraná State. **Results:** The results evidenced that all nurses attribute great importance to health education and 19 of them make use of it in their daily practice. In the individual sphere on the educational practice, the orientations accomplished in childcare, and in the collective scope, the group actions, mainly, with pregnant women, hypertensive individuals and smokers were emphasized. In some reports it was noticed some differentiated actions which are carried out by sparingly. This actions result from the nurse's awareness regarding the needs of the population, without effective participation on the community. **Conclusion:** It is concluded that the nurses still need to be stimulated to reach the summit of their educational practice in ESF, seeking to make available prevention actions of the diseases and health promotion to the families.

Keywords: Health Education. Family Health. Public Health Nursing. Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tiene por objetivo conocer la práctica educativa de los enfermeros que actúan en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) por medio de los relatos de vivencias cotidianas. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, con el abordaje cualitativo, en el cual los datos fueron recogidos junto a 20 enfermeros que actúan en la ESF en el ámbito de la 10ª Regional de Salud del Paraná, a través de entrevistas orientadas por guión semiestruturado, durante el mes de abril de 2010 y sometidos al análisis de contenido categorial. **Resultados:** Los resultados evidenciaron que todos los enfermeros atribuyen resaltada importancia a la educación en salud, siendo que 19 de ellos la desarrollan constantemente en su cotidiano. En la práctica educativa en la esfera individual, se destacaron las orientaciones realizadas en la puericultura, y en el ámbito colectivo, las acciones grupales, principalmente, con gestantes, hipertensos y tabaquistas. Y en algunos relatos se observó la ejecución de acciones diferenciadas, que son realizadas esporádicamente y parten de la observación del enfermero con relación a las necesidades de la población, sin participación efectiva de la comunidad. **Conclusión:** Se concluye que los enfermeros aun necesitan ser estimulados a perfeccionar su práctica educativa en la ESF, pretendiendo concretar las acciones de prevención de las enfermedades y promoción de la salud de las familias.

Palabras Clave: Educación en Salud. Salud de la Familia. Enfermería en Salud Pública. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O Ministério de Saúde (MS) na tentativa de operacionalizar um modelo assistencial pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) propôs, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de reorganização da produção de cuidados de saúde, objetivando a reorientação da prática assistencial em direção a uma assistência focada na família, compreendida a partir de seu ambiente físico e social¹.

Esta estratégia assistencial apresenta como principais diretrizes operacionais a substituição das práticas convencionais de assistência por um trabalho centrado na prevenção e promoção à saúde das famílias; a integralidade e a hierarquização das ações no serviço de saúde; a territorialização da área de abrangência com a finalidade de conhecer a totalidade da população adscrita; e, por fim, o trabalho em equipe multiprofissional que é formada por um médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde².

A partir da criação da ESF, como estratégia do SUS, o trabalho do enfermeiro foi incorporado a um conjunto de atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa. Além de produzir modificações relevantes na organização e operacionalização dos serviços de acordo com a política vigente do país, o perfil do profissional teve que se adequar às mudanças do momento histórico, fazendo com que este adquirisse competência técnica e científica na assistência de enfermagem à população, com ênfase nas ações de educação em saúde ao sujeito no contexto familiar e social, visando especialmente à promoção da saúde³.

No entanto, após a implantação da ESF, os profissionais de saúde passaram a atuar de modo a contemplar não só o indivíduo e sua doença, mas a prestar um cuidado que visa promover à saúde de toda a família e comunidade, principalmente por meio da prevenção. Nesse novo contexto, dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais nas equipes de ESF, a educação em saúde ganha imenso destaque. Salienta-se que as ações educativas estão inseridas no trabalho dos profissionais da saúde, principalmente no do enfermeiro, cuja essência é o cuidado, o qual envolve um conjunto de ações, e a educação em saúde é um dos elementos essenciais⁴.

A educação em saúde é essencialmente uma educação para a liberdade, destinada a reforçar a consciência do indivíduo sobre si mesmo e a sua realidade. E para que ela possa ocorrer de forma plena e viabilizar ações reflexivas nos serviços de saúde é preciso haver o diálogo entre os saberes tecnocientíficos dos profissionais de saúde e os saberes populares dos usuários⁵. Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde objetivam a construção da autonomia e da responsabilidade dos sujeitos no cuidado com a sua saúde e de toda a comunidade, por meio da transformação dos saberes⁶.

Face ao exposto, este estudo tem por objetivo conhecer a prática educativa dos enfermeiros que atuam na ESF, por meio dos relatos de vivências cotidianas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, que integra um projeto de pesquisa maior intitulado: “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária.

Atualmente o Estado do Paraná tem 399 municípios, os quais estão divididos em 22 Regionais de Saúde (RS) que são responsáveis pela organização e disponibilização dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade à totalidade da população. O foco de investigação foi o trabalho educativo em saúde desenvolvido pelos enfermeiros atuantes na ESF em municípios que integram a 10ª RS do Paraná, a qual é composta por 25 municípios e possui atualmente 62 equipes de ESF e tem como sede o município de Cascavel.

Para efeitos do estudo os municípios que compõe a 10ª RS foram divididos em cinco grupos, de acordo com o porte populacional: menos de 5.000 habitantes (seis municípios); de 5.000 a 10.000 habitantes (dez municípios); de 10.000 a 20.000 habitantes (sete municípios); de 20.000 a 35.000 habitantes (um município); e com mais de 35.000 habitantes (um município).

Realizou-se a seleção de oito municípios para o estudo, sendo que nos três primeiros grupos em que havia mais de um município foi realizado o sorteio aleatório de dois deles, e nos outros dois grupos, como havia apenas um município, estes foram selecionados. Isso porque, entende-se que ao possuir características populacionais distintas, os municípios também possuem capacidades diferenciadas de atendimento de saúde à população, o que pode determinar a realização do trabalho educativo pelos enfermeiros.

Todos os enfermeiros atuantes na ESF dos municípios incluídos no estudo poderiam ser informantes, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe de ESF completa e estar atuando na mesma equipe pelo tempo mínimo de cinco meses. Desse modo, do total de 27 enfermeiros atuantes nas equipes de ESF nos municípios selecionados, 20 participaram do estudo, considerando que quatro não atendiam aos critérios de inclusão, um estava em férias, um afastado por questões de saúde e outro não aceitou participar do estudo.

A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2010, por meio de relatos de experiências vivenciadas pelos enfermeiros em seu cotidiano de trabalho, os quais, após o consentimento, foram gravados em equipamento do tipo gravador digital. O encontro com os pesquisados para a coleta de dados foi previamente agendado por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional. As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado constituído de três

partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico dos pesquisados; a segunda, com questões abertas relacionadas à educação em saúde junto à população (que originaram dados já apresentados em outros trabalhos) e a terceira parte com uma questão que incitava os enfermeiros a relatarem uma experiência vivenciada, em sua prática educativa na ESF, na unidade atual de trabalho. Assim, para esse trabalho foi utilizada a primeira e a terceira parte do roteiro da entrevista.

Para análise e interpretação dos dados se utilizou da análise de conteúdo⁷. Para tanto, após a transcrição dos relatos, o material foi lido na íntegra, iniciando a pré-análise e a exploração dos dados, os quais, posteriormente, foram agrupados em unidades que permitiram descrição exata das características pertinentes. Em seguida, realizou-se a categorização, que consistiu em impor determinada organização às falas. Procedeu-se, então, a inferência por meio dos dados obtidos e utilizando como base teórica o material disponível em publicações científicas acerca do trabalho educativo na ESF, buscando, em seguida, conclusões sobre as características dessas ações.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº659/2009).

Para a diferenciação dos sujeitos, bem como preservação de sua identidade, os informantes foram identificados com a letra 'E' acompanhada de numeral arábico, o qual indica a ordem em que foram realizadas as entrevistas (E1 a E20).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente é descrito o perfil sociodemográfico dos enfermeiros, com a finalidade de conhecer a população em estudo. Após é apresentada a categoria emanada no decorrer da análise do conteúdo e suas duas subcategorias que trazem as atividades dos enfermeiros agrupadas em individuais e coletivas.

O perfil sociodemográfico dos enfermeiros

Dos vinte enfermeiros que integraram o estudo, identificou-se que a grande maioria era do sexo feminino (19), doze se encontravam na faixa etária de 22 a 30 anos, e os demais (8) na faixa etária de 31 a 45 anos. Do total, doze eram casados, seis solteiros, um em união consensual e um divorciado. Onze dos entrevistados não possuíam filhos, e os demais tinham um (4) ou dois (5) filhos.

No que se refere à formação profissional, a maior parte (13) se graduou em universidades públicas, sendo que o tempo de formação variou, no qual 13 estavam formados entre 5 e 20 anos e sete deles se formaram mais recentemente, entre um e quatro anos. Identificou-se que a grande maioria (19) cursou pós-graduação *lato sensu*, em que se observaram áreas distintas, com o

predomínio em Saúde Pública (12). Ao questioná-los sobre a abordagem do tema educação em saúde na pós-graduação grande parte (15) respondeu que houve sim abordagem, e quatro disseram que o tema não foi mencionado durante o curso.

O tempo de atuação na presente unidade variou de cinco meses a oito anos. Em relação às condições de trabalho, dezessete eram concursados e apenas três eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Dos vinte enfermeiros, apenas dois possuíam mais de um vínculo empregatício, um atuava concomitantemente na docência e outro na assistência hospitalar. A renda familiar mensal apresentou um predomínio (11) de seis a nove salários mínimos, cinco deles de três a cinco salários e quatro possuem renda superior a 10 salários mínimos, e a maioria (17) possuía de dois a cinco dependentes desta renda.

APRECIANDO A PRÁTICA EDUCATIVA DOS ENFERMEIROS NA ESF

Ao instigar os enfermeiros a relatarem uma ação educativa vivenciada na atual equipe de trabalho, observaram-se relatos diversificados, pois, cada um possui experiências diferenciadas, tanto de formação, quanto laboral.

Pôde-se notar, por meio dos relatos, que todos os enfermeiros atuantes na ESF reconhecem a relevância da prática educativa no processo de trabalho com famílias, e a grande maioria (19) a realiza tanto no âmbito individual, quanto coletivo. E, no decorrer das leituras e interpretações dos relatos, foi possível observar que os profissionais acreditam que a educação em saúde é uma ação essencial e muito positiva dentro desta modalidade de atenção à saúde das pessoas, mesmo sendo esta, caracterizada como um trabalho moroso e que apresenta resultados longínquos.

Apresentado as ações individuais de educação em saúde desempenhadas pelos enfermeiros

Dentre as ações por eles efetuadas, oito dos enfermeiros optaram por relatar experiências da prática educativa no âmbito individual, sendo que sete dos relatos eram referentes à educação em saúde realizada no momento da puericultura, na qual realizam orientações às mães quanto aos cuidados à saúde da criança, e um relato na realização do exame citopatológico, em que orientam às mulheres quanto aos cuidados com a sua saúde: *“Olha teve um caso que aconteceu de pegar uma criança com mais de um ano que não firmava as perninhas, que durante o exame físico na puericultura eu consegui observar e orientar a mãe, e ainda encaminhar a criança para atendimento especializado, e realmente a criança teve uma dificuldade no início do desenvolvimento e que a gente conseguiu somente naquela fase da vida dela fazer o que era necessário para que ela pudesse ter um desenvolvimento normal agora, pois ela não frequentava as puericulturas. Então eu acho que o nosso trabalho de educação em saúde mesmo que tardio, sempre está surtindo um efeito positivo” (E11).*

Nota-se que uma parcela significativa das ações educativas desenvolvidas pelos enfermeiros, nas unidades de saúde da família (USF), é efetuada no momento em que as pessoas

procuram o atendimento no serviço de saúde, estando muito interligadas à assistência baseada na demanda espontânea da população, e fundamentada, quase exclusivamente, na questão biológica, deixando de lado, muitas vezes, os aspectos psicológicos, espirituais, sociais e econômicos que envolvem os indivíduos.

Como se encontra evidente no relato apresentado, a observação, o diagnóstico e o encaminhamento da criança aconteceram de forma tardia, pois a criança não era acompanhada pela enfermeira ou médico na unidade, nem pelo agente comunitário de saúde (ACS), então a família buscou o atendimento apenas quando o problema foi evidenciado, ou seja, no momento em que se carecia de um atendimento reabilitador e curativo. Desse modo, cabe ressaltar que todos os profissionais da equipe falharam na efetivação do seu trabalho, seja ele primariamente educativo ou secundariamente reabilitador/curativo, no qual nenhum dos profissionais, com ênfase especial ao ACS que é o profissional o qual acompanha de forma mais contígua as famílias adscritas em sua área, identificou o problema. Assim sendo, fica evidente a inabilidade de toda a equipe multiprofissional para atuar de forma integral, eficiente e resolutiva nesta estratégia assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS).

Percebe-se que além da importância conferida pelos enfermeiros às orientações sobre os cuidados com a saúde das crianças, destaca-se ainda a relevância em se insistir no trabalho educativo com a população em todas as faixas etárias, seja ele na unidade, domicílio ou comunidade, tendo como foco a promoção da saúde por meio da prevenção, ou até da cura, de problemas já instalados. A ESF é destinada a realizar ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, em todas as fases da vida, desde o nascimento até a velhice, apresentando como objetivo a reorganização das atividades assistenciais nas unidades básicas de saúde e propondo a substituição do modelo tradicional de saúde vigente⁸.

Observa-se que a prática educativa em muitos momentos vai além da unidade, estendendo-se até o domicílio. Desse modo, a prestação de uma assistência domiciliar voltada à prevenção de doenças e à promoção da saúde das pessoas está em conformidade com os objetivos da ESF, principalmente com relação à redução dos índices de morbimortalidade por doenças preveníveis: *“Eu tenho um caso para contar de uma senhora que nunca havia feito o exame preventivo, e que eu, tanto na visita domiciliar, como aqui na unidade orientava ela, e um certo dia ela começou a sentir dores pélvicas fortes, aí procurou a unidade e veio falar comigo. Então nós fizemos um exame. Ela estava com uma lesão não curada por HPV, e já era um câncer, nós tratamos, encaminhamos, acompanhamos, e eu orientei muito. Então eu acho que a minha orientação teve um bom resultado, um pouco tardio já, mas nós conseguimos fazer com que ela tratasse e ficasse boa novamente. Assim*

foi muito gratificante poder ajudar na melhoria da condição de saúde dela, por isso considero a educação em saúde tão importante” (E17).

Destaca-se que a prevenção realizada por meio das ações educativas, pelos profissionais da saúde no âmbito da atenção primária não é o foco dos indivíduos ao buscar os serviços de saúde, pois normalmente procuram o serviço quando já estão sendo acometidos por algum mal, ou mediante a presença de sinais e sintomas. Entretanto, é fundamental que o enfermeiro realize educação em todos os momentos da vida dos usuários, mesmo que tardiamente, pois essa pode contribuir para a redução de danos, melhora na qualidade de vida e na resolutividade dos problemas já instalados.

Em se tratando das práticas de educação em saúde voltadas à prevenção do câncer cérvico-uterino realizadas pelos enfermeiros da ESF, a literatura aponta que o enfermeiro as desempenha por meio de orientação contínua e dialógica, especialmente no momento da realização do exame, e salienta que esta ação deve ser desenvolvida com muita sensibilidade e empatia junto às mulheres, com a finalidade de que elas se conscientizem da importância da prevenção e do cuidado à saúde em todas as fases da vida⁹.

No entanto, para que se consolidem as ações educativas, de maneira especial na ESF, é preciso seguir dois princípios básicos: primeiro é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo sua cultura, crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem; o segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição, sendo necessária a conscientização das pessoas quanto à importância de cuidar da sua saúde e da saúde da comunidade e não apenas buscar o serviço quando a doença já se encontra instalada. O autor avalia que apenas com a participação comunitária será possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde, especialmente as de cunho educativo¹⁰.

Apresentando as ações coletivas de educação em saúde desempenhadas pelos enfermeiros

No que concerne à prática educativa no âmbito coletivo, obtivemos doze relatos distintos, dentre os quais os enfermeiros fizeram menção às atividades em grupos específicos, sendo que três enfermeiros relataram experiências com grupo de gestantes, três com grupo de tabagismo, dois com grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) e quatro relatos foram de atividades esporádicas sobre temáticas diversificadas.

No que se refere à atividade em grupo de gestantes, apresenta-se a seguir um dos relatos: *“Me lembro que teve uma paciente em um grupo de gestantes, que a gente discutiu uma vez de não dá chá pro bebê antes dos seis meses de idade, aí quando ela chegou do hospital a mãe disse pra fazer chá e ela disse, não vou fazer chá porque a enfermeira disse que não é pra dar chá pra ele, então faz que tomo eu. Então a mãe vem aprende e depois segue o que foi orientado, e são casos como estes*

que nos estimulam a continuar fazendo as ações educativas” (E3).

É durante o pré-natal que os profissionais devem criar um espaço adequado para a mulher, seja ele individual ou coletivo, o qual possibilite prepará-la para viver o parto e o puerpério de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Nesse momento, entende-se que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã¹¹.

A educação em saúde é repassada às pessoas por meio de orientações individuais e grupais, na qual profissional e usuário devem construir um diálogo livre e participativo, pois é menos eficiente o enfermeiro repassar o conhecimento técnico-científico sem buscar compreender as reais condições de vida, cultura, crenças e as necessidades de saúde de cada indivíduo da área adscrita.

Salienta-se que ensinar não é somente transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria construção. Logo, a educação não se resume na transmissão de conhecimentos, mas sim, em uma profunda e constante interação entre educador e educando, sendo o diálogo um caminho fundamental para que ocorra a construção e a troca dos saberes¹².

Dentre as ações realizadas na esfera coletiva, identificou-se que o grupo de combate ao tabagismo, o qual é uma atividade integrante do Programa Nacional de Controle do Tabagismo instituído em 2004 pelo MS, tem surtido efeitos positivos e influenciado no controle do surgimento e agravos de patologias ligadas ao uso contínuo e prolongado de tabaco: *“No grupo de tabagismo nós tínhamos duas mulheres que fumavam 3 a 4 carteiras por dia, então elas vieram desesperadas procurar a gente porque queriam parar de fumar, mas elas estavam passando por momentos bem difíceis, e aí elas achavam que fumando iriam evitar muitos problemas, então foi uma fase bem complicada, mas aí depois de um mês elas ainda não tinham fumado, e esse grupo foi em agosto do ano passado, e até agora em abril, elas não fumaram mais. Então por meio da conscientização, apoio, aconselhamento e orientações conseguimos muitas vezes ajudar as pessoas a se prevenir e evitar doenças” (E6).*

O objetivo primordial do trabalho dos profissionais na ESF é prevenir e, conseqüentemente, promover a saúde das pessoas, com o intuito de evitar o surgimento ou agravamento de patologias, reduzindo a necessidade de encaminhar o usuário a níveis mais complexos de atendimento, o que pode aumentar a credibilidade das pessoas para com o serviço primário, encarando-o como sua fonte regular de cuidados e, assim, reduzir custos com os serviços de saúde.

No entanto, sendo a ESF um “lôcus” de participação da população, deve-se promover uma nova relação entre os sujeitos, na qual o profissional e usuário podem ser produtores de saúde. Este envolvimento só é possível mediante um processo de diálogo entre os saberes, no qual um contribui com seu conhecimento peculiar da situação, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa

participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano. Por conseguinte, remodelar a assistência à saúde implica modificar o processo de trabalho, pois a sua implantação por si só não garante que o modelo assistencial esteja sendo modificado, mas com certeza já nos leva a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de agir e implementar ações e serviços no contexto da ESF¹³.

A educação em saúde quando tardia, normalmente, não auxilia na prevenção de problemas à saúde das pessoas, contudo, pode fazer com que elas se conscientizem da importância da prevenção e dos cuidados a serem tomados para que se goze de saúde plena, além de informá-las sobre os seus direitos enquanto cidadão, e que por meio da participação comunitária possam exercer o controle social. Entretanto, quando o processo da doença já está avançado, as ações educativas podem contribuir para que sejam controlados e/ou evitados os seus agravos, reduzindo assim as consequências: *“Tenho até um exemplo que eu chamo de o herói da resistência, um paciente nosso aqui que foi para o pronto atendimento passando mal com o papel que eu havia entregue na reunião do HIPERDIA, e ele dizia eu to sentindo o que está escrito aqui, aí perguntaram quem deu esse papel aí ele falou a enfermeira da unidade, aí fez exame, e não é que ele sentiu mesmo o que estava escrito, aí foi encaminhado para o hospital, fez mais exames e realmente ele estava enfartando e o papel salvou ele, então isso me motiva sempre a realizar educação em saúde” (E13).*

Evidencia-se que o resultado positivo de uma ação educativa, que neste caso foi a melhoria da condição de vida do usuário, na qual se evitou o agravamento do quadro do usuário ou até a sua morte, é um dos fatores que determinam o grau de satisfação e motivam os profissionais da área da saúde, especialmente, no nível da atenção primária à saúde, além de fazer com que os usuários confiem nos profissionais e sigam melhor as suas orientações.

Estudo realizado em Aracaju/SE, região nordeste do Brasil, apresenta os cinco fatores motivacionais e de satisfação no trabalho dos enfermeiros, por ordem de prioridade: gostar do que faz; bom relacionamento com a equipe multiprofissional; possibilidade de crescimento profissional; o poder de resolutividade das questões de saúde atrelado ao compromisso com a população; e as condições proporcionadas para o desenvolvimento do trabalho¹⁴. Destarte, a visualização da resolutividade das questões de saúde dos usuários tem sido avaliada pelos enfermeiros como um fator que estimula a realização das ações de educação em saúde, conjeturando sempre a melhoria da qualidade de vida.

A partir dos relatos é possível notar que a maior parte das atividades que são realizadas provém das normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que são normalmente exigidas pela RS e SMS, em que se identifica o quão pouco se faz baseado nas reais necessidades da população, as quais são passíveis de observação constante na ESF pela proximidade que os profissionais da equipe têm com a população, em virtude da política desse modelo assistencial.

Mas, além dos grupos específicos estabelecidos pelas políticas públicas de saúde, observou-se em quatro relatos a realização de ações com a comunidade em geral, no âmbito coletivo, as quais se apresentam: trabalho em sala de espera sobre efeitos adversos de medicamentos; grupo com as famílias do interior sobre os cuidados com agrotóxicos; grupo com população na unidade de saúde sobre o uso de plantas e ervas medicinais; e campanha de prevenção às doenças destinada a todos os usuários. Essas atividades eram esporádicas, fato este que talvez possa justificar a não adesão ou a pequena participação da população em tais atividades: *“Eu agendei há uns dias atrás uma palestra em uma comunidade no interior com uma média de 150 famílias, onde eu ia falar sobre o uso de agrotóxicos, os cuidados que devem ser tomados, o uso de EPI, os malefícios que o uso incorreto pode trazer para a saúde não só do produtor, mas de toda a comunidade, mas infelizmente não compareceu nenhuma família. Olha e eu tinha planejado tudinho, tinha feito apresentação e tinha me preparado bem para a palestra, mas no dia ninguém veio para a minha palestra. Nesse sentido eu percebi que esta era uma necessidade que eu percebo na comunidade, mas que eles estão pouco interessados, porque eles até sabem o que tem que usar para se proteger, mas não usam então não gostam de escutar a gente pegando no pé deles, então acredito que por isso que eles não foram”* (E10).

Salienta-se que a participação da população em atividades educativas ocorre quando estas são vistas como algo importante, entretanto, observa-se que os enfermeiros ao perceberem a necessidade se programam para a realização de um trabalho que acreditam ser primordial e normalmente o fazem sem a participação efetiva da comunidade, ou de seus representantes legais, e sem verificar se há o interesse dos usuários em tal ação, fatos estes que podem estar relacionados ao descaso da população com a questão preventiva e sua visão ainda muito arraigada na assistência curativista.

Afirma-se que as práticas de educação em saúde desenvolvidas na ESF ainda são baseadas no modelo tradicional hegemônico, o qual preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais, e nas estratégias desta prática se incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. E ainda, enfatiza-se que a participação ativa da população nas decisões de cuidado com a própria saúde e no planejamento dos serviços de saúde não são práticas presentes no cotidiano da ESF^{15,16}.

Apesar de a reorientação do modelo assistencial, do qual faz parte a nova política da ESF, ser uma proposta concreta, na prática, esta continua em processo de consolidação e, em virtude disso, coexistem elementos dos dois modelos de atenção à saúde, o curativista e o preventivo. Ao mesmo tempo em que, na sociedade em geral, persiste a ideia de que os serviços de saúde se associam com

situações de doença e não com a saúde, dificultando ainda mais a reversão do modelo biomédico de saúde¹⁷.

Evidencia-se que mesmo após dezesseis anos de existência da ESF, esta é questionada quanto ao seu papel, e suas estruturas continuam permeáveis ao modelo hegemônico médico/curativista, o qual determina o processo de trabalho cotidiano. Nesse sentido, ainda são necessárias muitas mudanças nas práticas de saúde, especialmente, no que concerne à produção de cuidados, mas este processo de reorientação do modelo de saúde implica muito labor. No entanto, as políticas de saúde, como a ESF, já têm possibilitado a construção de práticas de saúde mais humanizadas, acolhedoras e resolutivas¹³.

Nessa perspectiva, notam-se esforços sendo empregados pelas equipes de saúde da família, mesmo diante dos problemas, a fim de reverter o modelo de assistência à saúde, por meio da valorização da saúde em detrimento da doença, inclusão e adoção de seus novos princípios, como a promoção da saúde, especialmente pelas ações educativas, participação comunitária e controle social¹⁸.

A partir da realização deste estudo, evidenciou-se que todos os enfermeiros reconhecem a importância da realização da educação em saúde em sua prática profissional no interior da ESF, sendo que dezenove deles desenvolvem ações educativas constantemente em seu trabalho junto à população. Todavia, essas ações estão majoritariamente focadas na doença, na intervenção, na difusão de informações quando o usuário busca atendimento ou é identificado pela equipe no momento em que a doença está com seu curso avançado, causando prejuízos e danos à saúde.

Conclui-se que os enfermeiros ainda precisam ser estimulados a aprimorar sua prática educativa na ESF, visando à efetiva prevenção das doenças e a promoção da saúde das famílias no âmbito da APS. E ainda, para que se alcance a reorientação do modelo de cuidado à saúde das pessoas é preciso desconstruir as matrizes do modelo assistencial biologicista e curativista, e por sua vez, construir um trabalho conjunto de universalidade com os serviços de saúde e a comunidade, criando espaços de parceria que fortaleçam o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer em saúde.

A partir deste estudo, espera-se contribuir no campo de atuação na ESF incentivando os enfermeiros a desenvolverem trabalhos educativos em parceria com a população, transformando as ações em práticas concisas, eficazes e resolutivas, capazes de contribuir com a promoção da saúde da população. No ensino e pesquisa, espera-se contribuir com a produção científica da área, fornecendo assim, subsídios para pesquisas futuras sobre a temática em questão.

REFERÊNCIAS

- 1 Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm. USP.* 2006; 40(4):533-9.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 3 Costa MBS, Silva MIT. Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do enfermeiro. *Rev enferm UERJ.* 2004;12:272-9.
- 4 Budó MLD, Saupe R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. *Rev bras enferm.* 2004 mar/abr;57(2):165-9.
- 5 Acevedo MB, Becerra FNP, Ospina JNT, J.; Paucar GE, Córdoba AA, Correa FP. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2009 mar; 27(1):104-11.
- 6 Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev latino-am enfermagem.* 2005 maio/jun;13(3):423-31.
- 7 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
- 8 Souza MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Rev bras enferm.* 2000 dez;53(especial):25-33.
- 9 Silva ALJ, Silva EL, Silva MA, Vieira CM, Cortez EA, Veneu AC. O enfermeiro do PSF e a prevenção do câncer do colo do útero. *Rev Pesq: cuidado é fundamental Online* 2010. 2010 jan/mar;2(1):704-17.
- 10 Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad saude publica.* 1996 jan/mar;12(1):7-30.
- 11 Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cienc saude colet.* 2007;12(2):477-86.
- 12 Freire P. *Pedagogia da Autonomia.* 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 1996.
- 13 Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev bras enferm.* 2009 jan/fev; 62 (1):113-8.
- 14 Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39 (1): 85-91.
- 15 Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: comunicação, saude, educaçao.* 2004 set; 2005 fev; 9(16):39-52.
- 16 Berni NIO, Luz MH, Kohirausch SC. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. *Rev bras enferm.* 2007;60(3):299-306.

- 17 Silva CP; Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Cienc saude colet.* 2009;14(Supl.1):1453-62.
- 18 Cordeiro H, Romano VF, Santos EF, Ferrari A, Fernandes E, Pereira TR, Pereira ATS. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis.* 2009;19(3):695-710.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste trabalho, evidenciou-se que os enfermeiros compreendem o termo educação em saúde, principalmente, como a orientação das pessoas para que elas possam cuidar da sua saúde e prevenir os agravos das doenças, e que eles a desenvolvem em seu dia-a-dia na ESF. Assim as atividades educativas são desenvolvidas tanto no âmbito individual, como coletivo, sendo que as ações individuais realizadas geralmente estão atreladas aos procedimentos e atendimentos cotidianos na unidade de saúde, onde não se designa um espaço exclusivo para a educação em saúde. Dentre as ações individuais, destacaram-se as orientações repassadas na puericultura, no momento do exame preventivo, na realização de procedimentos, nas consultas de enfermagem e nas visitas domiciliares. As ações coletivas são, quase em sua totalidade, desempenhadas segundo as normatizações do Ministério da Saúde e as exigências da RS ou da Secretaria de Saúde de cada município, dentre as quais se destacaram as orientações em grupos de hipertensos e diabéticos, tabagistas, gestantes e atividades em sala de espera. Todavia, o trabalho educativo, desenvolvido pelos enfermeiros que atuam na ESF no âmbito da 10ª RS, ainda está aquém do preconizado para este modelo assistencial de prestação de cuidados à saúde da família e comunidade.

Ressalta-se que o critério populacional escolhido para a seleção dos municípios não foi significativo na justificativa, pois não foram evidenciadas diferenças nos relatos dos enfermeiros devido ao número populacional que é atendido em sua área de abrangência ou do número de habitantes do município no qual a ESF está implantada. Acredita-se que esta questão está relacionada ao fato de a maioria dos municípios serem de pequeno porte (grupo 1, 2 e 3) e que o município de grande porte (grupo 5) que poderia apresentar diferença, possui apenas dez equipes de saúde da família, sendo apenas duas alocadas na zona urbana.

Nota-se que no cotidiano do trabalho educativo dos profissionais de saúde da ESF há uma sobreposição das ações vinculadas ao modelo tradicional de educação em saúde em relação ao radical, fato este que provavelmente esteja intimamente relacionado com a jovialidade e complexidade do novo modelo de saúde voltado à prevenção e a promoção da saúde da coletividade, sendo ainda preciso perpassar muitas barreiras para se pôr em prática os objetivos inovadores da ESF.

Destaca-se que, mesmo a ESF sendo um modelo assistencial cujas atividades deveriam estar voltadas ao atendimento à família e comunidade, no intuito de desenvolver

nelas a conscientização sobre a participação efetiva nas decisões dos serviços de saúde, o controle social e o empoderamento, ainda se debruça sobre os preceitos do modelo biomédico, que são voltados à intervenção no momento da doença ou da suspeita desta. Nesse contexto, identifica-se que as ações desenvolvidas pelos profissionais na ESF se confrontam com o que é preconizado pela estratégia, ou seja, as ações estão ainda voltadas ao modelo biomédico, centrado na doença.

Mesmo evidenciando que muitos profissionais ainda encontram dificuldades quanto à operacionalização da educação em saúde neste modelo assistencial, evidencia-se que eles atribuem grande importância às ações educativas realizadas junto à população e afirmam que estas precisam ser executadas de forma constante e efetiva, visando o despertar dos indivíduos e coletividade quanto à relevância em se conhecer os determinantes do processo saúde/doença e em prevenir o surgimento de doenças e agravos, de modo a melhorar as condições de vida e saúde de modo geral.

As ações educativas desenvolvidas são, majoritariamente, baseadas nas necessidades da população identificadas pelo enfermeiro e equipe por meio do levantamento do perfil de saúde desta, mas, não consideram a importância da participação dos usuários nas decisões e em todas as fases da educação em saúde, principalmente, no diagnóstico, planejamento e avaliação desta.

Ao desenvolver o trabalho educativo, os enfermeiros se deparam com limitações em sua rotina, principalmente no que tange à falta de normatização das ações educativas, ou seja, a ausência de sistematização da prática educativa e o desconhecimento sobre as tendências pedagógicas que a embasam, o que tem dificultado a implementação de ações efetivas junto à população no cotidiano de trabalho da ESF. Confirmou-se também por meio da realização desse estudo, o nosso pensamento prévio no que concernia à existência de diversas dificuldades na prática educativa dos enfermeiros junto aos indivíduos e coletividade, no âmbito da ESF, no qual se observou que os enfermeiros enfrentam diferentes entraves concernentes aos usuários, aos membros da equipe multiprofissional, aos gestores e a insuficiência de recursos físicos, materiais e financeiros. Dentre os quais se destacaram: a falta de aceitação e adesão dos indivíduos às atividades educativas; a cultura curativista da população e muitas vezes dos membros da equipe de saúde; a baixa escolaridade dos usuários; a ausência de meios de transporte para os usuários e para a equipe; a grande demanda espontânea; o perfil dos profissionais divergente da política da ESF; a sobrecarga de trabalho; a insuficiência da formação profissional quanto à APS e à ESF; a falta de educação

permanente aos membros da equipe; a visão do gestor e a carência de conhecimento deste sobre a política da ESF; e por fim a escassez de recursos físicos e materiais.

No entanto, os próprios profissionais, a partir das dificuldades sentidas, buscam alternativas e sugerem mudanças para que ocorra a melhoria da prestação do cuidado na APS, principalmente, no que tange ao trabalho educativo. Assim, enfatizaram que o ideal seria trabalhar de modo a conscientizar as pessoas da importância da prevenção; trabalhar de forma dialogada e participativa fazendo com que as pessoas compreendam e aceitem as orientações; atuar junto à comunidade na reivindicação por melhores condições de trabalho e pela disponibilidade de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros; formação mais voltada para a educação em saúde; capacitações e educação permanente no trabalho a toda a equipe; atualizações (pós-graduação e cursos); modificação na visão dos gestores sobre a ESF.

Mesmo a educação em saúde sendo permeada por valores do modelo biomédico e centrada na doença, ela é e precisa ser considerada uma ferramenta central para a construção de uma prática de trabalho que dê valor ao ser humano além do biológico, valorizando as nuances do ser social, emocional e espiritual. Pois, somente assim as ações educativas poderão ser prioritárias na APS tanto para os profissionais que nela atuam como para os usuários que a buscam.

É importante ressaltar que existe a necessidade de se desenvolver meios que esclareçam os propósitos da ESF para os profissionais e a população, que sejam estabelecidos programas de capacitação desses profissionais ao adentrarem nesta modalidade de trabalho e que esta seja contínua durante todo o período de atuação desses profissionais. Além disso, é preciso que sejam desenvolvidos meios de sistematizar a educação em saúde, e que a formação dos profissionais, em especial do enfermeiro, aborde e esclareça as tendências pedagógicas e as metodologias diferenciadas de realização da prática educativa. E ainda, que os profissionais sejam incitados a desenvolver ações educativas em saúde em todos os momentos da prestação do cuidado às pessoas nos diferentes momentos da vida.

Com relação às dificuldades no tocante à prática educativa é preciso que os profissionais as identifiquem e as conheçam, e que por meio delas busquem e programem saídas para superá-las. Para tanto, os enfermeiros devem ser estimulados a aprimorar sua prática educativa na ESF, propiciando assim o pleno desenvolvimento da educação em saúde e, conseqüentemente, a promoção da saúde das pessoas e a melhoria das suas condições de saúde no âmbito da APS. E ainda, para que se alcance a reorientação do modelo de cuidado à saúde das pessoas é necessário desconstruir as matrizes do modelo assistencial curativista e hospitalocêntrico, e por sua vez, construir um trabalho conjunto de universalidade com os

serviços de saúde e a comunidade, criando espaços de parceria que fortaleçam o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer em saúde.

Destarte, a educação em saúde na ESF ainda ocorre permeada de contradições e para compreendê-la, o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, precisa considerar as novas formas de relações sociais e as necessidades de saúde da população, com vistas a superar as práticas limitadas ao ensinamento de comportamentos saudáveis. É preciso despertar nos profissionais o interesse pela educação em saúde mais efetiva e resolutiva, por meio da integração destas ações com a comunidade.

Nesse sentido, desvela-se e reforça-se o novo desafio no campo de atuação do enfermeiro, que deve, cada vez mais, estar preparado para atuar nas diferentes vertentes dos serviços de saúde e perante as necessidades inerentes a cada um dos modelos assistenciais.

Ante o exposto, acredita-se que este trabalho representa apenas um pequeno passo na produção do conhecimento sobre o processo do trabalho educativo na ESF, fazendo-se necessária a realização de novos estudos a fim de desvelar as perspectivas dos enfermeiros quanto à educação em saúde e como esta é concebida, planejada, sistematizada, executada e avaliada no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Por fim, a partir deste estudo, espera-se contribuir no campo de atuação na ESF incentivando os profissionais de saúde mesmo diante das dificuldades, em particular o enfermeiro, a desenvolver trabalhos educativos diferenciados, ou seja, focados nas reais necessidades da população e em parceria com esta, sugerindo e cobrando mudanças necessárias para um melhor desempenho dessas ações, transformando as ações em práticas concisas, eficazes e eficientes, capazes de contribuir com a promoção da saúde da população. Como contribuição social, espera-se colaborar na melhoria da qualidade das ações educativas prestadas à população na APS, visando a real implementação da educação em saúde pelos profissionais da saúde e a efetiva participação da população, a fim de desfrutar dos benefícios que ela proporciona. No ensino e pesquisa, espera-se contribuir com a produção científica da área, fornecendo assim, subsídios para pesquisas futuras sobre a temática em questão. Na qual, sugere-se de antemão, que sejam realizados outros estudos visando identificar a prática educativa em saúde na visão dos demais membros que constituem a equipe de saúde da família, bem como a visão dos usuários sobre o serviço, a fim de compreender e caracterizar cada vez mais e melhor essa prática essencial da APS.

REFERÊNCIAS

- ACEVEDO, M. B. et al. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. **Invest. educ. enferm.**, Medellín, v. 27, n. 1, p. 104-111, mar. 2009.
- 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: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- ALENCAR, R. C. V. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2006.122 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.
- BECHTLUFFT, L. S.; ACIOLI, S. Produção científica dos enfermeiros sobre educação em saúde. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 478-486, out./ dez. 2009.
- BERNI, N. I. O.; LUZ, M. H.; KOHIRAUSCH, S. C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Rev. bras.enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 3, p. 299-306, 2007.
- BEZERRA, A. L. Q. et al. O papel educador do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Rev. paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 22-28, jan./mar. 2004.
- BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 1986.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas de Pesquisas envolvendo os seres humanos. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília, DF, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. **Rev. bras. saúde família**, Brasília, DF, ano 2, n. 5, p. 1-80, maio 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem. **Proposta pedagógica: o plano da ação**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**, aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da Família. **Rev. bras. saude familia**, Brasília, DF, v. 15, p. 1-72, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 43, de 4 de março de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/index.php>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010.

BUDÓ, M. L. D. et al. Qualidade de vida e promoção da saúde na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. **Online braz. j. nurs. (Online)**, Niterói, v. 7, n. 1, 2008.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 2, p. 165-169, mar./abr. 2004.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan./mar. 1996.

BRICEÑO-LÉON R. La enfermedad de Chagas en las Américas: una perspectiva de ecosalud. **Cad. saude publica**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S71-S82, 2009. Suplemento.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Especialização em saúde da família: uma estratégia para o apoio à extensão da atenção básica nas grandes cidades. **Rev. Bras. saude familia**, Brasília, DF, v. 8, p. 38-46, out./dez. 2005.

CECAGNO, D.; SIQUEIRA, H. C. H.; CEZAR VAZ, M. R. Falando sobre pesquisa, educação e saúde na enfermagem. **Rev. gauch. enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 154-160, ago. 2005.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. R. Educação em saúde na prática do PSF. In: BRASIL. **Manual de Enfermagem**. Brasília, DF, 2001.

COLOME, C. M.; LANDERDAHL, M. C.; OLIVO, V. F. Diretriz pedagógica na formação em saúde: buscando uma relação educador/ educando de cunho transformador. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 166-173, jan./abr. 1999.

CORDEIRO, H. et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./fev. 2009.

COSTA, M. B. S.; SILVA, M. I. T. Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 272-279, 2004.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2004.

FRACOLLI, L. A. Programa Saúde da Família como uma estratégia para inclusão social na perspectiva do trabalho de enfermagem. **O Mundo da Saúde (1995)**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 35-40, jan./mar. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 6, p. 662-665, nov./dez. 2004.

GUIMARÃES, G. L. O perfil do enfermeiro-educador para o ensino de graduação. **Esc. Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 255-260, ago. 2005.

GOMES, L. O. S.; AGUIAR, M. G. G. Programa de Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde/doença? **Rev. bras. enferm.** Brasília, DF, v. 59, n. 5, p. 614-619, set./out. 2006.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009.

HAGUETTE, M. T. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

IBGE. **IBGE Cidades @**. Disponível em:

<URL:<http://www.ibge.gov.br/cidadesap/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 8 fev. 2010.

JESUS, M. C. P. et al. Discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Rev. APS**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008.

LAVERACK, G. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. **Community Dev J.**, Manchester, v. 36, p. 134-146, 2001.

LAZZAROTTO, E. M.; ROECKER, S.; ROSS, C. **Gestão por habilidades e atitudes: trabalho do enfermeiro na saúde da família**. Cascavel: Coluna do Saber, 2009.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 19. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga, 2001.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Cien. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int. J. Health Plann. Manage**, Chichester, v. 19, p. 303-317, 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque82.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2010.

MAGALHÃES, C. R. O jogo como pretexto educativo: educar e educar-se em curso de formação em saúde. **Interface: comun. saude, educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 6476-54, 2007.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 605-10, set./out. 2004.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 545-550, set./out. 2004.

MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L.; LOPES, M. B. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. **Online braz. j. nurs.**, Niteói, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing>>. Acesso em: 7 jul. 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Cien. saude colet.**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 1 jul. 2010.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Rev. bras. enferm**. Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 290-295, maio/jun. 2005.

MEYER, D. E. E. et al. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. saude publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. saude publica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Cien. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

NEMES FILHO, Alexandre. A unidade básica e o sistema de saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima et al. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 276-286.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, mar. 2007.

OLIVEIRA, D. L. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: BUSS, P. M. (Org.). **Promoção da saúde e saúde pública**: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública na América Latina. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz, 1986. p. 158-162.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. saude publica**, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006. Número especial.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **SESA**. Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

PASSOS, J. P. **A utilização de indicadores na prática gerencial do enfermeiro em unidades básicas de saúde**. 2004. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Rev. saude publica**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a pratica educativa nas ciências da saúde. **Cad. saude publica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da saúde (1995)**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2002.

PEREIRA, A. P. C. M.; SERVO, M. L. S. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Rev. baiana de saude publ.**, Bahia, v. 30, n. 1, p. 7-18, jan./jun. 2006.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul./ago. 2004.

- RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Cien. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.
- ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-42, jan./mar. 2007.
- RODRIGUES, M. S. P.; GUEDES SOBRINHO, E. H.; SILVA, R. M. Família: ética e estética do viver no mundo. **Fam. saude desenvolv.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1-80, jan./jun. 2001.
- RODRIGUES, C. R. F. Famílias como unidade do cuidado em saúde: subsídios para o ensino/prática em graduação. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Org.) **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008a. p. 77-99.
- RODRIGUES, L. C. R. **Programa Saúde da Família**: analisando a prática do enfermeiro. 2008b. 139 f. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008b.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.
- SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. 6. ed. revisada. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
- SBERSE, L.; CLAUS, S. M. O Programa saúde da família na ótica de trabalhadores e usuários de saúde. **Bol. Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 124-132, jul./dez. 2003.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev.atual. São Paulo: Cortez; 2007.
- SILVA, V. L. B. D. **Educação em saúde no Programa de Saúde da Família no município de Angra dos Reis**: as representações sociais das enfermeiras. Rio de Janeiro. 2005.
- SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; LOSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no programa de saúde da família û psf. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 70-74, 2006.
- SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Cien. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. (Supl. 1), p. 1453-1462, 2009. Suplemento 1.
- SILVA, A. L. J. et al. O enfermeiro do PSF e a prevenção do câncer do colo do útero. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, 2010, v. 2, n. 1, p. 704-717, jan./mar. 2010.
- SPAGNUOLO, R. S. **Coordenar equipe multiprofissional**: um desafio para o enfermeiro do programa saúde da família. 2006. 166 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 53, p. 25-33, dez. 2000. Número especial.

SOUZA, A. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. gauch. enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 167-174, mar./abr. 2007.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Cien. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, jul./set. 2005.

TONES, K.; TILFORD, S. **Health education: effectiveness efficiency and equity**. 2nd ed. London: Chapman and Hall, 1994.

VERDI, M.; SANTANA, M. Assistência domiciliar. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, 2005. v.1, pt. 2, p. 166-181.

VIANA, S. B. P. et al. Formação para promoção e educação em saúde da família: opinião dos educadores. **Fam. saude desenvolv.**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 43-50, jan./abr. 2003.

VILLAS BOAS, L. M. F. M.; ARAÚJO, M. B. S.; TIMOTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Cien. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1355-1360, jul./ago. 2008.

WESTPHAL, M. F. et al. La Promoción de Salud en Brasil. In: ARROYO, H. V. (Ed.). **La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y vision crítica**. San Juan : Universidad de Puerto Rico, 2004. p. 123-154.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **OMS Alma-Ata**, 1998: Cuidados Primários de Saúde. Genebra, 1978.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na estratégia saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 36-45, jan./fev. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE – A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da presente pesquisa intitulada O TRABALHO EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, referente à dissertação de mestrado da aluna Simone Roecker, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, orientada pela Profª Drª. Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá - UEM. O objetivo da pesquisa é “Compreender a percepção dos enfermeiros sobre o trabalho educativo desenvolvido na Estratégia Saúde da Família no âmbito da 10ª Regional de Saúde”. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: respondendo a uma entrevista semi-estruturada acerca do referido tema e da resolução de uma situação problema. Solicitamos a permissão para que as entrevistas sejam gravadas, para que seja garantido o registro fiel das suas impressões. Esclarecemos que este registro será apagado tão logo se proceda a transcrição do material. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que os dados serão utilizados somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto anonimato e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são: aumentar o corpo de conhecimentos sobre a temática e fornecer subsídios para melhorar a qualidade das ações de educação em saúde voltada à população, no âmbito das ações da ESF. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento

Estamos disponíveis para fornecer-lhe informações quando julgar necessário, nos comprometendo a proporcionar respostas adicionais sobre qualquer dúvida que, porventura venha a ter, e informações atualizadas durante o desenvolvimento do estudo, mesmo que isto possa afetar sua vontade de continuar participando, podendo solicitar sua exclusão da pesquisa a qualquer momento. Como não será feito qualquer procedimento invasivo, esta pesquisa não envolverá qualquer risco ou desconforto inaceitável.

Agradecemos antecipadamente sua colaboração, solicitando que assine e date a presente autorização, em duas vias (uma via assinada será entregue a você), cedendo os direitos sobre sua entrevista, para os devidos fins.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Eu, Pesquisadora _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

Em caso de dúvidas quanto à pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora: Prof.ª Drª. Sonia Silva Marcon. Departamento de Enfermagem da UEM. Fone (44)3261-4513 e

Mestranda Simone Roecker. Fone: (45)8805-3021. Em caso de dúvidas quanto à eticidade desta pesquisa: Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo com Seres Humanos – COPEP da Universidade Estadual de Maringá – UEM. Fone: (44)3261-4444.

APÊNDICE - B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I. Identificação do Perfil

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Estado Civil: ()Solteiro(a) ()Casado(a) ()União Consensual ()Divorciado(a)

Nº de filhos: _____ Unidade em que atua: _____

Tempo de atuação na Unidade: _____ Tempo de atuação na atenção primária: _____

Condição de trabalho: ()Concursado () Seletista ()Contratado ()Outro _____

Universidade de Graduação: _____ Ano: _____

Pós-graduação: Sim () Não () Especialização () Mestrado () Outro () _____

Área: _____

Ano de conclusão da pós-graduação: _____

A pós-graduação abordou educação em saúde: Sim () Não ()

Recebeu capacitação ao entrar na ESF: Sim () Não () Em caso afirmativo, qual o conteúdo da capacitação: _____

Nº empregos atualmente: _____ Nº de horas diárias de trabalho: _____

Renda familiar mensal: _____ Nº de dependentes: _____

II. Questões do Estudo (gravadas)

Questão 1: O que você entende por educação em saúde?

Questão 2:

Em seu trabalho você desenvolve ações de educação em saúde junto à população?

() sim () não

1.1 Das ações educativas que realiza, quais você caracteriza como individuais?

1.2 Das ações educativas que realiza, quais você caracteriza como coletivas?

1.3 Quais as ações educativas que você costuma desenvolver:

Diariamente;

Semanalmente;

Mensalmente;

Esporadicamente (quantas vezes em um ano);

Questão 3:

a) Em quais instituições/locais que você realiza ações de educação em saúde?

b) Que estratégias/metodologias/instrumentos você utiliza para realizar as ações de educação em saúde?

c) Que passos são necessários para a execução da ação educativa, desde a concepção até a sua realização?

Questão 4:

a) Você encontra dificuldades na realização das ações de educação em saúde junto a população? Se sim, quais são essas dificuldades? E a que elas estão relacionadas? (usuários, recursos materiais, físicos, humanos, organização do serviço, formação profissional)?

b) Quais as estratégias/alternativas/saídas que você propõe para as dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações educativas?

Questão 5:

a) Como você avalia/verifica o resultado das ações educativas que desenvolve?

b) Há algum mecanismo de avaliação da repercussão das ações de educação em saúde desenvolvidas?

Questão 6:

a) Em sua opinião, qual a importância da realização destas ações?

Para os usuários e para a Enfermagem/ para o trabalho/ para o campo profissional:

b) Quais são as suas expectativas em relação às ações educativas que você realiza?

c) Em sua opinião o que é preciso mudar para melhorar a qualidade das ações educativas realizadas?

- Em nível Pessoal:

- Em nível Profissional:

- No âmbito gerencial/governamental:

Questão 7:

Relate para mim alguma situação vivenciada por você, na qual realizou ação de educação em saúde:

ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ



10ª Regional de Saúde do Paraná

AUTORIZAÇÃO

Concordo com a realização da pesquisa intitulada: “**O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF - características e desafios**”, a ser realizada junto aos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família em municípios no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, sendo eles: **Campo Bonito; Iguatu; Catanduvas; Espigão Alto do Iguaçu; Céu Azul; Guaraniaçu; Quedas do Iguaçu; e Cascavel**. A pesquisa será coordenada pela professora Dra Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá.

A pesquisa em questão dará origem a duas dissertações de mestrado, das alunas do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Simone Roecker e Tatiane Baratieri. Os municípios emitiram autorização individual para cada dissertação, deste modo a Secretaria de Saúde de cada município tem ciência da realização da pesquisa e os secretários de saúde autorizaram.

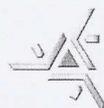
Dr. Marcos Antonio Tomasetto
DIRETOR
10ª REGIONAL DE SAÚDE

Cascavel, 12 de novembro de 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE/ISEP
10ª Regional de Saúde
SCAPS – Seção de Atenção Primária em Saúde
Av. Tancredo Neves, 1453 Cascavel - Paraná CEP 85.805-000.
Fone: 45 33215523/24 Fax.: 45 33215580 - saps10rs@sesa.pr.gov.br

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UEM



Universidade Estadual de Maringá

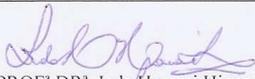
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº. 0359.0.093.000-09

PARECER Nº.659/2009

Pesquisador (a) Responsável: SONIA SILVA MARCON	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – Características e desafios.	
<p>Considerações:</p> <p>Trata-se de projeto de pesquisa que pretende avaliar o trabalho assistencial e educativo e a longitudinalidade nas ações desenvolvidas por profissionais enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família no âmbito da 10ª Regional de Saúde no Estado do Paraná. O projeto envolve vários sub-projetos no âmbito desta regional de saúde e os sujeitos da pesquisa basicamente serão os enfermeiros que atuam nesta regional, em torno de 27 profissionais. São os subprojetos: 1. Os enfermeiros do PSF no âmbito da 10ª regional de saúde, 2. O trabalho assistencial do enfermeiro no PSF, 3. O trabalho educativo do enfermeiro no PSF, 4. Repensando a prática assistencial e educativa do enfermeiro no PSF.</p> <p>Como benefícios para a sociedade, os benefícios da pesquisa podem possibilitar a discussão e apontamento de novos caminhos a serem traçados para a prática assistencial e educativa do enfermeiro no PSF.</p> <p>Metodologia: o estudo é do tipo descritivo exploratório e a população envolvida são enfermeiros que atuam no PSF. Os instrumentos de pesquisa serão entrevistas e questionários, que serão escritos e gravados.</p> <p>Com relação ao cronograma, o projeto terá 15 meses para ser executado, a partir da aprovação pelo CEP.</p> <p>Apresenta orçamento de R\$ 24.950,00 a ser custeado pela fundação Araucária, em chamada de projetos já aprovado.</p> <p>Apresenta termos de autorizações das secretarias de saúde locais, onde serão executadas as entrevistas com os sujeitos da pesquisa.</p> <p>Com relação ao TCLE, a pesquisadora principal anexa 2 modelos, sendo o TCLE 1 relacionado ao “O cuidado na perspectiva da longitudinalidade: o trabalho do enfermeiro na saúde da família”, relacionado a uma tese de mestrado a ser desenvolvida no âmbito do projeto geral, e TCLE 2, intitulado “ O trabalho educativo do enfermeiro nas equipes de saúde da família no âmbito da 10ª regional de saúde do Paraná, referente a outra tese de mestrado a ser desenvolvido também como parte do projeto geral.</p> <p>Parecer: Tendo em vista que a pesquisadora contempla as normas editadas pela resolução 196/96 do CNS, o parecer é favorável a aprovação do projeto.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 11/12/2009.	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em:	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 187ª reunião do COPEP em 11/12/2009.</p>	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
 Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
 Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: coep@uem.br