



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THALITA LÔBO GIANUCCI

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA
SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECENDO A NOSSA REALIDADE

SALVADOR – BAHIA

2010

THALITA LÔBO GIANUCCI

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA
SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECENDO A NOSSA REALIDADE**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), como requisito para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira

SALVADOR- BAHIA

2010

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem e Nutrição,
SIBI - UFBA.

G434 Gianucci, Thalita Lôbo.

A educação em saúde e a prática do enfermeiro da saúde da família: conhecendo a nossa realidade / Thalita Lôbo Gianucci. – Salvador, 2010.

97 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Michele Mandagará de Oliveira

Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2010.

1. Enfermagem. 2. Saúde - Educação. 3. Saúde da Família. I. Oliveira, Michele Mandagará de. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 616-083

THALITA LÔBO GIANUCCI

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA
SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECENDO A NOSSA REALIDADE**

Monografia apresentada junto ao curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Banca Examinadora

Orientadora:

Profª Drª Michele Mandagará de Oliveira – Doutora em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Membros:

Profª Drª Maria Enoy Neves Gusmão – Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Profº Drº Ronaldo Ribeiro Jacobina – Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ-RJ

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia

Salvador, 12 de julho de 2010

Dedicatória

*Aos que comigo caminharam e me
ajudaram a caminhar na vida.*

*Aos que ainda acreditam que a saúde
pode mudar.*

“A finalidade de nossa escola é ensinar a repensar o pensamento, a ‘des-saber’ o sabido e a duvidar de sua própria dúvida; esta é a única maneira de começar a acreditar em alguma coisa”

JUAN DE MAIRENA

“- Para além do técnico, eu acho que a gente precisa montar uma estratégia de repensar... a gente tem ainda o discurso do dono do saber, a gente não sabe ouvir... E aí, a gente tem um monte de desculpas: a demanda é muito grande, são os nossos limites, e a gente continua reproduzindo...”

BOSSI, 1994

RESUMO

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se pela ênfase na prevenção de agravos e promoção à saúde, além do vínculo com a comunidade adscrita, sendo um espaço privilegiado para a execução das atividades de educação em saúde. A relevância destas práticas educativas centra-se no fato de que, além de ser um direito de todo o cidadão conhecer os elementos relacionados ao cuidar-se, viver, adoecer e morrer, o conhecimento também é indispensável para que o indivíduo tenha maior autonomia nos seus modos de conduzir e produzir saúde. **Objetivo:** Identificar as práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros das ESF's de um dos distritos sanitários de saúde da cidade do Salvador-Ba. **Metodologia:** Estudo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados a partir: 1) da coleta dos registros das atividades educativas referentes ao ano de 2009 disponíveis nas unidades para posterior análise documental; e 2) mediante entrevistas semi-estruturadas e organizadas a partir de análise de conteúdo adaptado de Bardin e à luz da literatura. Esta análise resultou na formação dos seguintes temas: **Tema 1:** As Práticas Educativas (Caminho metodológico percorrido pelas enfermeiras; Participação dos usuários/comunidade nas atividades educativas; Relevância observada pelas enfermeiras nas suas práticas de educação em saúde); e **Tema 2:** Realidade Vivenciada pelas Enfermeiras. **Resultados:** No que se refere à análise dos documentos disponibilizados, foi verificado que as fichas de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2) apenas contemplam a quantidade de atividades educativas realizadas, trazendo uma visão produtivista do trabalho na ESF. E os livros de registros das equipes trouxeram que poucas atividades são registradas neles, sendo possível verificar que cada equipe o faz à sua maneira e que, mesmo dentro da própria, não há padronização de como as atividades devem ser registradas. Nas entrevistas, foi identificado que todas as enfermeiras reconheciam a importância da educação em saúde, todavia pôde ser observada a realização de atividades com temas voltados para a doença e com metodologias tradicionais de ensino. Alguns fatores interferem negativamente nas práticas educativas, como a falta de apoio do distrito; vínculos empregatícios precários; diminuída participação da comunidade e rotina repleta de afazeres administrativos e assistenciais. **Conclusão:** Entende-se que trabalhar com educação em saúde é algo complexo e que demanda estudo de metodologias diferenciadas, além da percepção das necessidades de saúde da população-alvo. Percebe-se que, apesar de ser verificada a importância das atividades educativas, elas não são realizadas de modo a abordar o conceito ampliado de saúde utilizado pela Organização Mundial de Saúde. Verifica-se a carência da realização, por parte das enfermeiras, de uma auto-avaliação sobre as práticas de educação em saúde desenvolvidas por elas para tentar entender os reais motivos do afastamento do usuário de tais atividades. Além disto, faz-se necessário que o governo amplie sua forma de avaliar a educação em saúde das ESF's e que realize atividades de educação permanente, abordando temas pertinentes à construção de atividades educativas.

Palavras-chaves: Educação em saúde; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Strategy (FHS) is characterized by an emphasis on disease prevention and health promotion, in addition to bond with the community, being a privileged space for the execution of activities in health education. The relevance of these educational practices focuses on the fact that, besides being a right of every citizen to know the factors related to self-care, live, sicken and die, the knowledge is also essential for the individual has greater autonomy in their ways of conducting and producing health. **Objective:** To identify the practices of health education carried out by nurses of the FHS appurtenant of one of health districts in Salvador-Ba. **Methodology:** A qualitative research. Data were collected from: 1) the collection of records of educational activities relative the year 2009 founded at units for subsequent analysis; and 2) through semi-structured interviews, what has organized from analysis adapted of Bardin and the literature, this analysis resulted in the formation of the following themes: **Theme 1:** Educational Practices (Path methodological traveled by nurses; Involvement of users/community in educational activities; Relevance observed by nurses in their practice of health education) , and **Theme 2:** Reality Experienced by Nurses. **Results:** With regard to the analysis of documents available, it was found that the report Production and Markers for Evaluation (PME2) only includes the amount of educational activities carried out by bringing a productivity vision of work in the FHS. And books of records of the health family teams demonstrated that few activities are registered, so you can verify that each team makes its own way and that, even within their own, there is no standardization of how the activities should be registered. In interviews, it was identified that all nurses recognize the importance of health education, but could be observed activities with themes related to the disease and old educational methodologies. Some factors may affect negatively on educational practices, such as lack of support for the health district; precarious employment contracts; decreased community involvement and full of routine tasks and administrative assistants. **Conclusion:** It is understood that work with health education is complex and demands the study of different educational methodologies, beyond the perception of the health needs of the community. It is noticed that, despite being verified the importance of educational activities, they are not performed in order to approach the broader concept of health used by the World Health Organization. There is a lack of realization by the nurses, a self-assessment on practices of health education developed by them to try to understand the real reasons for the rejection of the population of such activities. Moreover, it is necessary that the government expand their assessment of health education FHS and to conduct continuing education activities, covering topics relevant to the construction of educational activities.

Keywords: Health Education; Family Health Strategy; Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil das enfermeiras das USF's em estudo, referente a idade, tempo de formada, tempo de trabalho com a saúde da família e quanto à obtenção de títulos de pós-graduação. Salvador – Ba, 2010. 33

Quadro 2 - Caracterização das atividades de educação em saúde realizadas durante o ano de 2009 pelas enfermeiras das USF's, segundo a data da realização da atividade, a atividade educativa em si, os facilitadores e os participantes. Salvador – Ba, 2010. 38

Quadro 3 - Categorização dos temas trabalhados nas atividades educativas pelas equipes de saúde da família. Salvador – Ba, 2010. 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Assistente de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDPI – Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COSAC/SAS – Coordenação de Saúde da Comunidade da Secretaria de Assistência à Saúde

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EEUFBA – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

MPT/BA – Ministério Público do Trabalho da Bahia

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários

PET – Programa de Educação Tutorial

PMA2 – Produção e Marcadores para Avaliação

PSF – Programa Saúde Família

REDA – Regime Especial em Direito Administrativo

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SUS – Sistema Únicos de Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

UFBA – Universidade Federal da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO TEÓRICA	14
2.1 A saúde pública trazida pelo Sistema Único de Saúde e a questão saúde	14
2.2 Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família como reorientação do sistema de saúde brasileiro	16
2.3 Educação em Saúde: história, conceitos e sua relação com a promoção da saúde	20
3 METODOLOGIA	26
3.1 Tipo de Estudo	26
3.2 Local de Estudo	26
3.3 Sujeito de Estudo	27
3.4 Coleta de Dados	27
3.5 Aspectos Éticos	29
3.6 Análise de Dados	30
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	32
4.1 Apresentação dos sujeitos de estudo	32
4.2 Análise documental	34
4.3 Análise de conteúdo	41
4.3.1 Tema 1: As Práticas Educativas	42
4.3.1.1 Caminho metodológico percorrido pelas enfermeiras	42
4.3.1.2 Participação dos usuários/comunidade nas atividades educativas	61
4.3.1.3 Relevância observada pelas enfermeiras nas suas práticas de educação em saúde	67
4.3.2 Tema 2: Realidade Vivenciada pelas Enfermeiras	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE A	88
APÊNDICE B	89
APÊNDICE C	90

APÊNDICE D	92
ANEXO A	94
ANEXO B	95
ANEXO C	96

1 INTRODUÇÃO

Reconhecendo as injustiças sociais e na área da saúde existentes na maioria dos países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) escreveu na *Carta de Ljubljana*, que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser direcionados para a Atenção Primária à Saúde (APS)¹. Esta se caracteriza por organizar e determinar o uso dos outros níveis de saúde dentro do sistema básico e especializado, tendo as suas ações focadas para a manutenção, promoção e melhora da saúde do indivíduo (STARFIELD, 2002).

Para isto, ela irá concentrar-se nos problemas mais comuns em uma comunidade, lidando com o contexto existente em torno da doença, o qual também irá influenciar na resposta que as pessoas irão dar a este problema de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS pôde ser vislumbrada enfaticamente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas foi com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se criou a oportunidade de expansão do acesso à APS para a população brasileira (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008; PESSANHA; CUNHA, 2009).

A ESF surgiu em 1994 em um contexto com variadas influências institucionais decisivas para a sua incorporação como política prioritária da União, tais como: a necessidade de expandir o acesso a saúde; imperativo de superação das desigualdades regionais no que se refere a saúde; amadurecimento de propostas centradas em uma perspectiva coletiva de atenção primária a partir de experiências anteriores; e uma pressão internacional por políticas consistentes de APS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

Em sua atuação, a ESF irá valorizar, então, o enfoque multidisciplinar no trabalho da equipe de saúde, o vínculo com a comunidade adscrita, além de estimular a participação da comunidade e de garantir o cuidado integral na atenção à saúde dos usuários (SOUZA, 2000).

A integralidade da assistência irá caracterizar-se pela assimilação das práticas assistenciais e das práticas preventivas por um mesmo serviço. Assim, a integralidade irá contrapor-se à visão fragmentária e reducionista dos indivíduos, de modo que os profissionais

¹ O termo Atenção Primária à Saúde pode aparecer representando vários conceitos, ele pode referi-se à estratégia utilizada para reordenamento de todo o setor saúde; como uma estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde; e como um programa com objetivos restritos e voltados, principalmente, para a satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais marginalizados (MENDES, 1996 *apud* GIL, 2008). Além disto, foi observada a utilização do termo como sinônimo de atenção básica à saúde e na perspectiva de unidades locais ou de nível de assistência (GIL, 2008). Neste trabalho, a APS será entendida como estratégia de reorientação do setor saúde e atenção básica à saúde como o primeiro nível de assistência dentro do setor.

de saúde, além de praticarem a assistência curativa, busquem dimensionar os fatores de risco à saúde, executando ações preventivas, as quais podem estar contidas na educação em saúde (ALVES, 2005).

As práticas educativas na comunidade podem ser vistas como um dos recursos dos profissionais de saúde para que o conhecimento científico da área alcance a vida cotidiana dos usuários, a fim de que o entendimento dos condicionantes do processo saúde/doença possa oferecer subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde que contribuam para a qualidade de vida (ALVES, 2005).

Assim, é direito de todo cidadão conhecer os elementos relacionados ao cuidar-se, viver, adoecer e morrer, sendo este conhecimento indispensável para que o indivíduo tenha maior autonomia nos seus modos de conduzir e produzir a sua própria saúde. E para que este saber alcance as pessoas, tem-se, tradicionalmente, que os profissionais de saúde (portadores do conhecimento científico) devem ser os responsáveis por transmitir tais informações à população (AKERMAN; FEUERWERKER, 2008).

Contudo, as ciências da saúde organizam-se tendo como referência central dos seus trabalhos, os processos biológicos, os quais, vistos isoladamente, são incompletos e limitados. Porém, existem outras referências, construídas ao longo da história, e que podem ser utilizadas, tais como as medicinas orientais, o saber popular sobre saúde, além dos diversos conhecimentos que os vários segmentos sociais acumularam a respeito (AKERMAN; FEUERWERKER, 2008).

Na verdade, a educação em saúde é o campo do saber e da prática, dentro do setor saúde, que mais se tem ocupado diretamente com a criação de conexões entre a ação da equipe de saúde, com o pensar e fazer cotidianos da população em geral (VASCONCELOS, 1997).

Assim, para compreender uma questão tão complexa como a saúde é preciso haver a articulação entre diversas dimensões dos saberes além da dimensão biológica (VASCONCELOS, 1997; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002; AKERMAN; FEUERWERKER, 2008). Desta forma as pessoas poderão escolher as opções mais adequadas a elas de evitar, enfrentar e /ou conviver com os seus problemas de saúde (AKERMAN; FEUERWERKER, 2008).

Vasconcelos (1997) irá trazer, então, que as unidades básicas de saúde (UBS), dentre os variados espaços dos serviços de saúde, será um local privilegiado para a execução das práticas educativas, visto que, além de haver maior proximidade com a população adscrita, há uma ênfase, nestes serviços, para as ações de prevenção e de promoção à saúde.

Somado ao que foi supracitado, a minha experiência nas atividades realizadas no Programa de Educação Tutorial (PET) da Escola de Enfermagem da UFBA (que integra atividades de ensino, pesquisa e extensão), me proporcionaram perceber que a educação em saúde é uma prática relevante e, ao mesmo tempo, complexa de ser realizada, quando se observa os novos conceitos de saúde e as teorias modernas de educação.

Desta forma, percebendo a importância da educação em saúde como um dos instrumentos para a promoção da saúde para a população, surgiu o seguinte questionamento: Qual (is) atividade (s) de educação em saúde é (são) realizada (s) pelos (as) enfermeiros (as) das equipes de saúde da família?

A fim de responder a esta inquietação elaboramos o seguinte objetivo geral: **identificar as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos (as) enfermeiros (as) das equipes da Estratégia Saúde da Família em um dos distritos sanitários de saúde da cidade do Salvador – Ba.**

E como objetivos específicos têm-se:

- Verificar a importância que os (as) enfermeiros (as) das equipes de saúde da família dão à prática da educação em saúde;
- Conhecer a realidade que permeia a realização das práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos (as) enfermeiros (as) das equipes de saúde da família.

A partir da realização desse estudo, esperamos contribuir sobremaneira com a ampliação do conhecimento da real situação da educação em saúde encontrada em um dos distritos sanitários de saúde da cidade do Salvador – Ba, visto que uma população educada em saúde pode participar ativamente no seu processo de cuidado (não apenas centrada na cura, mas também na prevenção) e conhecer os seus direitos e deveres perante a sua saúde e de sua comunidade.

Também almejamos que os profissionais de saúde, estudantes e professores da área possam ter nesta pesquisa uma forma de pensar sobre o que é a educação em saúde e na contribuição desta prática para o alcance da promoção da saúde. Além disto, é importante ressaltar que este estudo irá contribuir com um caráter diferenciador na minha formação acadêmica e profissional, tendo em vista meu grande interesse pelo assunto.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 A saúde pública trazida pelo Sistema Único de Saúde e a questão saúde

Durante a história da humanidade, é possível perceber que a vida em comunidade esteve relacionada à presença de grandes problemas de saúde que os seres humanos tiveram que enfrentar. Normalmente estes problemas referiam-se ao controle de doenças transmissíveis, a melhoria do ambiente físico no qual as pessoas residiam, a provisão de água e comida em condições de consumo humano e a questão da doença e da assistência médica (ROSEN, 2006).

Dependendo dos períodos da história, houve uma ênfase relativa sobre cada um destes problemas, sendo que foi da inter-relação deles que se originou a saúde pública atual (ROSEN, 2006).

No Brasil, a saúde pública como a conhecemos hoje (saúde como um direito de todos e dever do Estado) pôde firmar seus passos com a conquista da democracia em 1985 e com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Foi neste evento que se recomendou a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), com atribuições para as três esferas do governo e garantindo a participação social tanto na formulação de políticas públicas, quanto na sua avaliação e acompanhamento (PAIM, 2007).

Durante esta década de 1980, a população brasileira adquiriu a consciência de seu direito à saúde, a partir de intensos debates acerca dos direitos humanos que envolveram diversos grupos sociais (DALLARI, 1988).

Desta forma, a Reforma Sanitária Brasileira foi construída através da luta dos movimentos sociais de homens e mulheres que, ao mesmo tempo em que enfrentavam a ditadura militar e o autoritarismo existentes nos diversos setores da sociedade brasileira, também defendiam a democracia da saúde e da vida social. E uma das vitórias da Reforma Sanitária Brasileira foi o SUS, o qual foi formalizado pela Constituição Cidadã (PAIM, 2009b).

Em sua Seção II, a Constituição de 1988, traz no artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e deve garantir, por meio de políticas no âmbito social e econômico,

a redução do risco de doença e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a recuperação, proteção e promoção da saúde (BRASIL, 1988).

Além disto, segundo o artigo 198, a saúde deve ser organizada de acordo com as seguintes diretrizes: atendimento integral (com prioridade para as práticas preventivas, mas sem prejuízos dos serviços assistenciais); descentralização; e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Todavia, foi com as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 que o SUS foi regulamentado. Nesta última lei, além de dispor sobre o financiamento do SUS, é regulamentada a participação da comunidade na gestão da saúde através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde (BRASIL, 2007a).

Já na primeira lei, foram especificados os princípios e diretrizes do SUS: a universalidade de acesso; a integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa (com ênfase para os municípios); regionalização; e hierarquização das redes de serviço de saúde. Nela também é possível encontrar que a qualidade de saúde de um indivíduo será influenciada por diversos fatores, os determinantes sociais de saúde, dentre eles: alimentação; moradia; educação; transporte; saneamento básico; lazer; meio ambiente; trabalho; renda; e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2007a).

Estes determinantes de saúde definem que as condições de vida e trabalho das pessoas e dos grupos populacionais estão relacionadas com a sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). E esta noção de que as condições e a qualidade de vida influenciam na saúde dos indivíduos já foi alvo de discussão ao longo da história (BUSS, 2000).

No século XVIII, o então diretor geral de saúde pública da Lombardia austríaca e professor da Faculdade de Medicina, Johann Peter Frank, escreveu em seu livro *A miséria do povo, mãe das enfermidades* que a pobreza e as más condições de vida, nutrição, trabalho, dentre outras eram as principais causas das doenças. Neste momento, ele não estava apenas preconizando uma reforma sanitária, mas sim amplas reformas sociais e econômicas (SINGER, 1956 *apud* BUSS, 2000).

Assim, apesar de a saúde de uma população ou um determinado indivíduo ser condicionado por seu código genético, ela poderá ser grandemente modificada pelo ambiente social e físico, pelos comportamentos social ou culturalmente determinados/aceitos em uma sociedade e, também, pelo tipo de atenção à saúde que é oferecida (STARFIELD, 2002).

Conclui-se, então, que a saúde pública possui cinco formas de intervenção social que extrapola a visão com ênfase na doença priorizada pelo ainda modelo hegemônico de saúde: a) a abordagem biomédica; b) a abordagem da mudança de comportamento; c) a abordagem educativa; d) a abordagem centralizada no cliente; e e) a abordagem societária. Sendo que o planejamento das atividades será realizado de acordo com a lógica circunstancial das necessidades que irão surgir dos diferentes ambientes (CANDEIAS, 1997).

2.2 Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família como reorientação do sistema de saúde brasileiro

Antes da década de 1970, a assistência à saúde no Brasil compreendia, basicamente, a medicina curativa dos consultórios particulares, hospitais e grandes ambulatórios da Previdência Social, de modo que a medicina preventiva e a educação em saúde não eram prioritárias. A partir desta década, os movimentos populares reprimidos nos primeiros governos militares, começaram a se rearticular e a reivindicar melhores condições de vida (VASCONCELOS, 1997; ALVES, 2005).

Diante da ameaça de quebra da estabilidade social, o Estado brasileiro precisou encontrar um modelo alternativo de assistência à saúde, sendo a medicina comunitária a mais adequada às necessidades políticas do momento. Ela utilizava-se de técnicas simplificadas, de baixo custo e com a participação da população, além de valorizar as ações preventivas e de alcance coletivo. Assim, foram criadas cada vez mais políticas de saúde que priorizassem a medicina comunitária (VASCONCELOS, 1997).

Assim, verificou-se um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde vivenciados. Todavia, este apelo parecia camuflar o discurso de culpabilidade dos sujeitos existentes anteriormente, sendo que, neste momento, a culpabilização passava do indivíduo para a coletividade, sem considerar os determinantes sociais dos problemas de saúde percebidos. Desta forma, pode-se perceber que, apesar do surgimento da medicina comunitária, não houve uma mudança do modelo hegemônico de saúde (ALVES, 2005).

Vislumbrando o que foi supracitado e somado às leis que criaram o SUS, fez-se necessário organizar um modelo de atenção que contribuísse para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, conforme previsto nas leis do SUS. O qual não

estivesse apenas voltado para a assistência curativa, mas para um que elencasse o curativo, a prevenção, a manutenção e a promoção da saúde, assim, surgiu o modelo voltado para a saúde da família: o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997).

Com isto, a família passa a ser o objeto de atenção à saúde, devendo ser atendida a partir do ambiente no qual ela se instala, através de uma equipe multidisciplinar. Desta forma, é preciso que os profissionais de saúde criem laços de compromisso e co-responsabilidade com a população adscrita. Além de perceber que é preciso entender as relações implícitas existentes nos locais onde as famílias/pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997).

Isto se torna imprescindível, visto que a condição de saúde de uma comunidade (e conseqüentemente de uma família que reside neste espaço) será influenciada pelas características ambientais, comportamentais de sua população, além do senso de conexão social existente entre os moradores. O mesmo raciocínio serve para as condições sociais, o nível de educação e as características de oportunidades de emprego (STARFIELD, 2002).

Foi vislumbrando isto, que a *Carta de Ottawa* trouxe que o setor sanitário não pode, sozinho, possibilitar as condições prévias, nem assegurar as perspectivas favoráveis para a saúde. Para se alcançar a promoção da saúde é preciso uma ação coordenada entre o setor sanitário e outros setores sociais e econômicos, o governo, as organizações beneficentes, a indústria, as autoridades locais e os meios de comunicação. Desta forma, as estratégias e programas que visem à promoção da saúde devem ajustar-se às necessidades e possibilidades locais, bem como assumir a responsabilidade de atuar como mediadores entre os interesses antagônicos e a favor da saúde (BRASIL, 2003).

Assim, em 1994, o governo federal implantou o PSF de modo a ter um impacto na reestruturação de todos os níveis de atenção. Durante a sua rotina, o PSF irá utilizar-se de uma equipe básica de saúde (um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde), a qual deve trabalhar identificando as necessidades específicas da comunidade adscrita, prestando uma assistência integral, além de realizar atividades de informação, de orientação e de promoção da saúde (BODSTEIN, 2002).

Contudo, para que houvesse uma reorientação pela atenção básica realmente efetiva, seria necessário que a União investisse na municipalização. Assim, a década de 1990 foi marcada pelo avanço do processo de descentralização no setor saúde em todo o país, de modo que os municípios tornassem-se os principais responsáveis pela gestão dos seus serviços de saúde (BODSTEIN, 2002).

Porém, esta mudança ocorreu de forma lenta, gradual e negociada, tendo, como principal fomentador, o financiamento. O governo, então, utilizou-se do Piso da Atenção Básica (PAB), criado através da Portaria GM/MS nº 1.882 de 18 de dezembro de 1997, como uma estratégia de incentivo, pois o PAB introduzia uma nova lógica de financiamento da assistência à saúde, separando a produção do faturamento (BODSTEIN, 2002).

O PSF passou a ter uma importância cada vez maior no cenário nacional. O Ministério da Saúde (MS) percebeu, a partir da expansão e do impacto positivo nos indicadores de saúde, que a saúde da família não poderia ser vista apenas como um programa, mas sim como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde. Desta forma o PSF passa a ser chamado e entendido como a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2005b).

Todavia, Ribeiro, Pires e Blank (2004) trazem que, apesar desta mudança, a ESF ainda traz certa dualidade. De um lado ela ainda pode ser vista como um programa², visto que apresenta objetivos, metas e passos definidos a serem cumpridos. E de outro, mostra-se como “estratégia”, mostrando um caminho possível para alcançar os objetivos do SUS, através da reorientação do sistema assistencial a partir da atenção básica.

Apesar desta dicotomia, com a ESF sendo implantada em diversas regiões do país, a APS começou a ganhar importância no contexto brasileiro. Os benefícios da APS são variados, dentre eles, as unidades que oferecem a atenção primária podem formar uma base que determinará o trabalho de todos os outros níveis de saúde, visto que será a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Assim, ela irá obter a equidade, pois o cuidado fornecido estará no nível mais adequado para a necessidade do usuário (STARFIELD, 2002).

Além disto, a APS irá integrar o cuidado quando há mais de um problema de saúde e também irá lidar com o contexto no qual a doença se encaixa e que influencia a resposta dos indivíduos a seus problemas de saúde. Organizando e racionalizando os recursos investidos na saúde (tanto para a atenção básica, quanto para a especializada) e trabalhando com a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

É possível então perceber que esta reorientação do sistema assistencial irá influenciar o processo de trabalho em saúde vigente. Primeiramente, faz-se necessário explicitar que o trabalho em saúde é essencial para a vida humana, mas pertence à esfera da produção não

² Morin (2009) traz a diferenciação conceitual e prática entre programa e estratégia. O programa determina uma seqüência de ações, visando um objetivo; ele é eficaz em condições externas estáveis, sendo que as menores perturbações nessas condições podem desregular a execução do programa, obrigando-o a parar. Enquanto isto, a estratégia, apesar de poder comportar elementos programados e também visar o alcance de um objetivo, diferencia-se do programa, pois procura, incessantemente, reunir informações e os acasos encontrados durante o percurso para determinar qual ação, dentre várias, será desenvolvida a partir do que se conhece do ambiente incerto.

material. O que é produzido neste trabalho é indissociável do processo que o produz, em outras palavras, o produto é consumido no momento que é produzido (PIRES, 2000).

Em segundo lugar, o processo de trabalho na saúde pública brasileira sofre influência da linha taylorista. Isto pode ser observado na acumulação de normas administrativas e nas padronizações técnicas, as quais são guiadas pela crença de que é possível regulamentar e controlar o conjunto do trabalho (CAMPOS, 1997 *apud* RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Somado a isto, a ESF é implantada em um cenário fortemente influenciado pelo modelo biomédico, seja na prática assistencial dominante ou na formação dos profissionais. E isto irá resultar em um desafio para a sua real implantação, pois ela pressupõe uma ruptura com o modelo assistencial vigente, além de trazer a construção de uma nova prática (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Nesta nova prática deverá existir o trabalho em uma equipe multiprofissional e o trabalho em equipe significa conectar variados processos de trabalho envolvidos, de modo a valorizar a participação do outro no processo de cuidado. Para isto é necessário construir consensos sobre os objetivos e resultados que devem ser alcançados pelo conjunto dos profissionais de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Será preciso entender, então, que a realidade dos processos de trabalho de uma equipe de saúde irá ser conduzida por fluxos de comunicação entre os variados agentes de trabalho, sejam eles da gestão ou os próprios usuários. E esta interação entre eles não irá ocorrer apenas no nível físico e comunicacional, mas principalmente por fluxos conectivos que perpassam pelo nível simbólico (MERHY; FRANCO, 2007).

Desta forma, eles estarão operando os processos produtivos, os quais se estruturam em um tipo de organização de redes, tendo como centro nervoso o *Trabalho Vivo em Ato*. E este será o substrato sobre o qual a produção dos atos de saúde irá ocorrer (MERHY; FRANCO, 2007).

E os profissionais de saúde irão exercer este *Trabalho Vivo em Ato*, de acordo com seus modos de entender os interesses em jogo e de dar sentido aos seus agires (MERHY, 1999). Para isto, eles utilizarão a potência do *Trabalho Vivo* que é livre e inventivo, trazendo novos caminhos, quando os sistemas produtivos não correspondem mais as expectativas, tanto dos usuários, quanto dos trabalhadores de saúde (MERHY; FRANCO, 2007).

É possível perceber que a expansão da ESF no Brasil demonstrou que a forma de organização do sistema de saúde a partir da atenção básica, no país, possui características semelhantes com a proposta de APS de outros países. Entretanto, é preciso destacar certas peculiaridades, como o pressuposto do trabalho multiprofissional, a riqueza da contribuição

do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), o vínculo entre equipe, população e território e o estímulo à participação da comunidade (NEGRI; WERTHEIN, 2002).

Assim, apesar da ESF ter crescido sobremaneira no país, ela cruza seu maior desafio para manter-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde: a sua estabilização nas grandes cidades. Desta forma, apresenta um paradoxo a ser resolvido, pois, ao mesmo tempo em que cresce, expõe fragilidades inerentes ao processo de mudança (GIL, 2006).

No que se refere às práticas dos profissionais de saúde, observa-se que não conseguem atingir as novas necessidades de prestação dos cuidados, como, visão ampliada do processo saúde/doença; trabalho em equipe; integralidade; abordagem familiar; e formação de vínculos. O mesmo é verificado na gestão do sistema, como uma lógica quantitativa da produção; normatizações demasiadas; grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência; rigidez nos processos de trabalho; e baixa capacidade de inovação gerencial (GIL, 2006).

Conclui-se que a ESF tem demonstrado avanços, por meio de gradativas acumulações de experiências, todavia necessita ser mais debatida no interior do SUS, no que se refere à fragilidade do nosso processo de construção social da saúde (GIL, 2006).

2.3 Educação em Saúde: história, conceitos e sua relação com a promoção da saúde

Nos anos de 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), tendo a propaganda e a educação sanitária como estratégia para fazer face às questões da saúde, especialmente as epidemias e a adoção de medidas higiênicas. Nesta época, os avanços científicos da bacteriologia, microbiologia e parasitologia refletiram-se no redirecionamento do eixo da saúde pública para a interação do meio ambiente com o indivíduo (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Neste contexto, a educação em saúde ganhou relevância, centrando-se na necessidade da mudança de comportamentos e hábitos tidos como indesejáveis à saúde, ignorando os determinantes sociais. A educação sanitária, então, pretendia superar o precário quadro sanitário, que impedia a instalação de condições mais propícias ao desenvolvimento econômico (VASCONCELOS, 1997; ALVES, 2005; ARAÚJO; CARDOSO, 2007; DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

Este tipo de educação em saúde perdurou por muitos anos, mas encontrou pessoas que tentaram modificar esta situação, embora que de maneira lenta e gradual. Hortênsia de Hollanda foi uma dessas pessoas que, durante a década de 1950, dentro do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), tentou propor a substituição da educação sanitária tradicional, marcada pelo higienismo, por um novo ensino que via o homem em seu contexto social, de forma participativa e crítica (DINNIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

Ela pode ser considerada a precursora da educação em saúde no Brasil, visto que trouxe para o debate da questão saúde, assuntos de várias áreas, como pedagogia, antropologia, psicologia e sociologia. Hollanda propunha o envolvimento e a participação da comunidade nos programas de saúde; com este novo percurso, aprendiam tanto os agentes de saúde, como a própria população, “quebrando”, de forma gradual, a mentalidade rígida e a visão fragmentada da realidade (DINNIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

O advento da medicina comunitária também trouxe um apelo à participação da comunidade na solução dos problemas de saúde vivenciados por elas. Todavia, este discurso parecia ocultar o discurso higienista do início do século, sendo a culpabilização reorientada dos indivíduos para a coletividade. Assim, as práticas educativas comunitárias partiam do pressuposto de conscientização das comunidades, para que elas fossem responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde, sem, contudo, levar em consideração os determinantes sociais destes problemas (ALVES, 2005).

Foi com o Movimento de Educação Popular em Saúde, iniciada na década de 1970, que os profissionais de saúde puderam aproximar-se das classes populares e dos movimentos sociais locais, convivendo com a dinâmica do processo de adoecimento e cura do meio popular, reconhecendo, também, a complexidade dos problemas de saúde dessas populações. Isto levou aos profissionais a reorientarem as suas práticas com o objetivo de enfrentar os problemas de saúde identificados de maneira mais global (VASCONCELOS, 1997; ALVES, 2005).

Foi com a criação do SUS e da ESF, que a educação em saúde, em sua forma ampla, entra na agenda de saúde do governo. A Política Nacional de Atenção Básica faz algumas considerações de determinadas características que o processo de trabalho da equipe de saúde da ESF deve ter. Ela deverá, além de atuar em práticas preventivas e assistenciais, agir no estímulo à participação popular e no “desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde/doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida” (BRASIL, 2006, p. 18).

Estas ações educativas podem ser caracterizadas pela educação em saúde, a qual é definida, atualmente, pelo MS por um

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população. A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. (BRASIL, 2009, p. 130)

Com este conceito amplo, é possível perceber que a educação em saúde não pode mais ser considerada um modo de levar à comunidade as compreensões e soluções corretas dos profissionais conhecedores das ciências, de maneira que as pessoas modifiquem os seus comportamentos prejudiciais à saúde. É preciso perceber que a falta de higiene e o não seguimento de muitas recomendações médicas ocorre por causas muito mais profundas, do que a falta de conhecimento e/ou a falta de motivação pessoal (VASCONCELOS, 1997).

Desta forma, a educação em saúde deve ser realizada de modo que as pessoas possam identificar estas causas primordiais de seus problemas, para poderem encontrar as soluções, a partir do diálogo/troca de saberes entre os profissionais de saúde e a própria comunidade (VASCONCELOS, 1997).

É importante ressaltar que este tipo de educação pretende “construir um conhecimento”, desta forma, não pode haver uma simples transferência de saberes de uma pessoa para outra, como o que ocorre na educação bancária. É preciso que os sujeitos envolvidos na prática educativa não se reduzam à condição de objeto um do outro, pois “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.” (FREIRE, 2010, p. 23) É na percepção deste contexto que poderá aflorar a educação problematizadora.

Esta definição de educação em saúde trazida pelo MS também apresenta relação com o significado de promoção da saúde encontrada na *Carta de Ottawa*, na qual ela é entendida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, o que inclui também, uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2003).

E na *Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde pelo Século XXI Adentro*, também é trazido que o acesso a instrução e a informação são essenciais para fomentar e alcançar a participação eficaz e o direito de voz das comunidades e indivíduos (BRASIL,

2003). Percebe-se, então, que a educação em saúde e a promoção da saúde guardam relação entre si, pois a primeira pode ser instrumento para a segunda.

Segundo as definições de Green e Kreuter (1991 *apud* CANDEIAS, 1997) a educação em saúde é considerada como qualquer combinação entre os múltiplos determinantes do comportamento humano, com as variadas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas, com vistas a facilitar as ações voluntárias de comportamento adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade e que alcancem um efeito intencional sobre a própria saúde. E promoção da saúde refere-se à combinação entre os múltiplos determinantes da saúde (os serviços de saúde, fatores genéticos, ambiente e estilo de vida) com os apoios educacionais (da educação em saúde como descrita acima) e ambientais (as circunstâncias políticas, econômicas, sociais, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano e às políticas de saúde) de modo a atingir ações e condições de vida, envolvendo o comportamento e as relações interpessoais, desenvolvidas pela cultura, por normas e ambiente socioeconômico, e que conduzam à saúde.

Deste modo, ambos os termos objetivam alcançar melhores níveis de saúde da comunidade focalizada. Entretanto, a educação em saúde por ser uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, constitui-se uma atividade-meio, que pode ser desenvolvida em quatro ambientes distintos: a escola; o local de trabalho; o ambiente clínico, envolvendo os diferentes níveis de atuação; e a comunidade, compreendida como a população que não se encontra nas outras três dimensões (CANDEIAS, 1997).

Sabe-se que muitos são os conceitos e princípios que fundamentam as práticas de educação em saúde e da promoção da saúde, sendo que, apesar do primeiro sempre estar incluído no segundo, este último visa uma mudança de comportamento organizacional, de modo a beneficiar camadas mais amplas da sociedade, utilizando-se principalmente, mas não exclusivamente, da legislação (CANDEIAS, 1997).

Com estas definições, é possível perceber que realizar este tipo de educação em saúde preconizada para a população, apesar de necessária, não é fácil, primeiro porque a maioria dos atendimentos ainda está pautada no modelo tradicional voltado para os aspectos biológicos, sendo realizados em tempo insuficiente, por profissionais desmotivados. Segundo, porque a própria população espera a medicalização da saúde, de forma que o profissional da área deva estar capacitado para atuar sobre o infindável número de doenças e problemas clínicos que surgem (VASCONCELOS, 1997).

Além disto, quando a educação em saúde acontece, normalmente ela é utilizada como um instrumento de dominação pelo saber científico e de responsabilização das pessoas pela

redução de riscos à saúde. Desta forma, a educação em saúde que garante a integralidade da atenção e a promoção da saúde, atuando na qualidade de vida do indivíduo, não é alcançada (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

É preciso que as atividades educativas proporcionem um diálogo permanente entre o saber científico e o saber popular, pois, antes do aparecimento de profissionais de saúde em determinada região, as pessoas tratavam os seus problemas de saúde com a cultura médica aprendida informalmente e através de séculos de experiência (VASCONCELOS, 1997). É dever dos profissionais, portanto, saberem integrar os conhecimentos populares, com os oriundos das ciências oficiais, visto que nenhuma das duas é acabada ou perfeita para todas as situações (VASCONCELOS, 1997; DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

A partir disto, o profissional pode ficar em dúvida entre dedicar-se à assistência das diversas patologias que um indivíduo pode ter, ou concentrar-se na conscientização e ação comunitária. Isto é um falso dilema, pois é no momento de atendimento individual que se podem iniciar as ações educativas (VASCONCELOS, 1997; ALVES, 2005).

Apesar das consultas serem um espaço relevante para as atividades educativas, o manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) considera educação em saúde apenas como as atividades que reúnam, no mínimo, dez participantes, tendo como duração mínima trinta minutos, sem especificar o que deve ser feito exatamente (BRASIL, 2003).

Apesar disto, o atendimento individual ainda pode ser considerado como um importante espaço educativo, sendo, também, um relevante espaço de atuação política (VASCONCELOS, 1997). A construção deste espaço de atuação dentro do setor saúde surgiu a partir do momento que a Constituição Brasileira de 1988 trouxe o lema *Saúde direito de todos e dever do Estado*. Neste momento ocorreu um importante deslocamento do conceito teórico estritamente biológico do que é saúde, para um campo político e histórico da construção dos direitos (BOSI, 1994).

E o papel dos profissionais de saúde deve estar inserido nisto, pois sua relação diária com os usuários dos serviços não pode estar pautada apenas no que é meramente técnico, visto que esta relação encontra-se dentro de uma prática pluridimensional, sendo a dimensão política uma delas (BOSI, 1994).

Ainda que muitas ações de promoção da saúde devam ser asseguradas às pessoas pelos serviços de saúde, o estado sanitário das comunidades não depende apenas deles, várias dessas ações são realizadas por instituições que não integram o setor saúde. Muitas ações

educativas, fundamentais para a promoção da saúde, podem ser realizadas pelas escolas, rádios, televisões, dentre outros³ (BRASIL, 2003; PAIM, 2009a).

Com isto posto em prática será possível construir, de forma gradual, uma consciência sanitária na população que é atendida, sendo edificada a partir do que é vivenciado nas experiências cotidianas destas pessoas (BOSI, 1994). Pois é no espaço micro da prática participativa que os indivíduos desenvolvem as suas percepções acerca da vida social (BOSI, 1994; VASCONCELOS, 1997).

E o profissional de saúde precisa estar preparado para exercer o seu papel de educador neste processo, sabendo aproveitar todos os momentos de interação com os usuários, transformando-os, também, em um momento educativo (VASCONCELOS, 1997; DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009). Para isso é preciso uma formação teórica que vá além da visão biológica da saúde, é preciso buscar conhecimentos não apenas na área biológica, mas também, nas ciências sociais, além de entender a realidade na qual se insere o serviço de saúde (VASCONCELOS, 1997; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002; GIL *et al*, 2008; DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

³ Paim (2009a) distingue, teoricamente, “sistemas de saúde” e “sistemas de serviços de saúde”; o primeiro é um termo mais abrangente, contemplando os setores que realizam as ações de saúde específicas (vacinação, consultas) e as inespecíficas (comunicação, educação). Enquanto que o segundo é mais restrito, referindo-se aos prestadores de cuidados de saúde propriamente ditos, tanto públicos, quanto privados.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, o qual permitiu identificar as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos (as) enfermeiros (as) das equipes da Estratégia Saúde da Família em um dos distritos sanitários de saúde da cidade do Salvador – Ba.

Os estudos exploratórios, por sua via, possibilitam o aumento da experiência em torno de um determinado problema. Desta forma, o investigador aprofunda o seu estudo, buscando antecedentes e maiores conhecimentos para, posteriormente, planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental (TRIVIÑOS, 2008).

E os estudos descritivos pretendem descrever, com rigor, os fenômenos e fatos de uma determinada realidade. Para isto, este tipo de estudo irá exigir uma série de informações do pesquisador sobre o que ele deseja investigar, além de uma delimitação precisa de técnica, modelos, métodos e teorias que o orientarão na coleta e interpretação dos dados (TRIVIÑOS, 2008).

Segundo Marcus e Liehr (2001), a pesquisa qualitativa mostra-se adequada ao estudo da experiência do homem sobre a saúde, pois a sua metodologia concentra-se no sentido atribuído pelos indivíduos às experiências que vivem. Assim, este tipo de abordagem irá analisar a complexidade do comportamento humano em seus cenários naturais.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes a um dos doze distritos sanitários de saúde da cidade do Salvador – Ba. O distrito em questão foi escolhido por ser parceiro da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), servindo de campo de estágio para os estudantes da mesma.

No local escolhido para o estudo havia um total de 04 (quatro) USF's, entretanto, devido ao fato de uma delas ter menos de um ano de funcionamento e se encontrar em uma área de grande violência urbana no momento da coleta de dados, a autora optou por não trabalhar com esta unidade.

Sendo assim, a pesquisa foi realizada nas 03 (três) USF's restantes. A USF A tinha um total de 03 (três) equipes de saúde da família, a USF B tinha 04 (quatro) equipes e a USF C continha 05 (cinco).

3.3 Sujeito de estudo

Fizeram parte deste estudo os enfermeiros (as) pertencentes às equipes de saúde da família do distrito em estudo. Primeiramente foi apresentada a proposta da pesquisa a essas pessoas, convidando-as a participarem do mesmo. Estas se manifestaram espontânea e voluntariamente para participar deste estudo.

De acordo com Marcus e Liehr (2001), as pesquisas qualitativas, no geral, apresentam número de participantes menor do que o necessário em uma abordagem quantitativa. Devendo o tamanho da amostra ser definido pelo contingente de participantes que propiciam a saturação dos dados.

Sendo assim, havia 12 (doze) enfermeiras trabalhando efetivamente no local de estudo, destas, 10 (dez) aceitaram, voluntariamente, participar da pesquisa, sendo denominadas a partir de códigos pré-estabelecidos, com vistas a garantir o anonimato dos sujeitos. Tentou-se contactar com as outras duas enfermeiras, mas as mesmas não compareceram aos agendamentos marcados em comum acordo.

3.4 Coleta de dados

A partir do momento em que a pesquisa cumpriu as exigências operacionais e legais, foi dado início à coleta de dados no mês de fevereiro de 2010, sendo esta atividade encerrada em maio do corrente ano.

A coleta de dados foi sistematizada em dois momentos distintos. O primeiro consistia na obtenção dos registros das atividades de educação em saúde (fichas do relatório de Produção e Marcadores para Avaliação - PMA2 – do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB - e de outros registros realizados pelas equipes de saúde da família, em cadernos, folhas de papel e livros de ata) disponíveis nas USF's para posterior análise documental. Tais documentos foram coletados mediante colaboração dos (as) próprios (as) enfermeiros (as) ou dos (as) gerentes de cada unidade.

A análise documental contempla o uso de informações a partir de registros primários. Ela traz algumas vantagens ao pesquisador, porque ele ganha tempo e tem um custo diminuído. Entretanto, como o pesquisador não é responsável pela coleta e registro dessas informações primárias, ele pode não ter consciência das limitações, tendenciosidades e, até mesmo, da insuficiência dos dados (POLIT, 1995).

Em um segundo momento, foram obtidos dados dos (as) enfermeiros (as) acerca do tema em estudo, por meio da técnica de entrevista individual. Acerca da técnica de entrevista utilizada na pesquisa, faz-se necessário fazer algumas considerações.

A entrevista é um momento singular onde o pesquisador e o sujeito, apreendem o significado de um recorte da vivência do entrevistado. Através da reflexão que o sujeito faz a respeito das suas experiências de vida, das suas crenças e das suas interpretações, ele amplia seu conhecimento sobre si mesmo, agora também proporcionado pelo pesquisador. Este, por sua vez, reflete sobre sua experiência com o sujeito, suas atribuições científicas e suas contribuições para a sociedade. Para Turato (2003, p. 308) a entrevista “é um instrumento de conhecimento interpessoal, facilitando no encontro face a face, a apreensão de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa, do entrevistado e, de certo modo, do entrevistador também”.

Dentre os diversos tipos de entrevistas: estruturada, semi-estruturada, não estruturada, optamos pela entrevista semi-estruturada. Assim, propomos algumas questões norteadoras para se trabalhar junto aos profissionais, as quais foram elaboradas pelas próprias pesquisadoras.

As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas em local e com duração média acordada entre as pesquisadoras e participantes, visando assegurar o respeito mútuo. Elas foram desenvolvidas através de um diálogo no qual os (as) participantes foram encorajados (as) a refletirem sobre a sua experiência cotidiana acerca das práticas de educação em saúde desenvolvidas.

Embora fosse proposto um roteiro norteador (APÊNDICE A), as questões permaneceram abertas para que os (as) participantes pudessem acrescentar dados que julgassem necessários acerca da temática do estudo. As entrevistas foram gravadas em gravador digital, após o consentimento dos (as) participantes, assegurado no “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE C).

3.5 Aspectos éticos

Partindo do pressuposto de que a ética deve permear todo o processo de pesquisa, o presente projeto seguirá os preceitos recomendados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que se relaciona a pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto os princípios da bioética⁴ serão aplicados aos sujeitos do estudo. Baseado em Turato (2003, p. 598) podemos citar:

- Princípio de Autonomia: tem preservada sua participação voluntária, sem coerção institucional ou psicológica, e bem instruída com termo de consentimento pós-informação.
- Princípio de Beneficência: no exercício da informação e verbalização, o entrevistado aumenta a sua consciência sobre a própria situação de vida, no gesto voluntário e altruísta de colaboração para com o conhecimento científico e sua aplicação àqueles em condições similares, aumenta sua auto-estima; frente ao pesquisador, com credibilidade e qualificação para a sua escuta, faz sua catarse.
- Princípio de Não-Maleficência: deve ter garantida a não invasão da privacidade, a não mobilização emocional de elementos traumáticos e a preservação do anonimato.
- Princípio de Justiça: virtude moral do reconhecimento que devemos dar ao direito do outro.

⁴ Segundo Turato (2003), a bioética é a disciplina que se ocupa tanto da pesquisa de problemas éticos, como da aplicação de questões éticas, ambas suscitadas pelas investigações científicas biomédicas, pesquisadores da área de saúde e pelos atos assistenciais dos profissionais.

Inicialmente foi elaborado e encaminhado um ofício (APÊNDICE D) para a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – Ba, solicitando a permissão para a coleta de dados no distrito escolhido. A autorização foi expedida em 25 de setembro de 2009, sob o ofício de nº 269/2009 (ANEXO A), expressando que a pesquisa só poderia ser operacionalizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Desta forma, tratando-se de uma pesquisa com seres humanos, o estudo foi submetido ao CEP da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (APÊNDICE B), sendo aprovado em reunião ordinária do dia 04 de dezembro de 2009, sob o protocolo nº 47/09 (ANEXO B).

Considerando os princípios éticos acima citados como de grande importância para o desenvolvimento do estudo, foi garantido às enfermeiras do estudo:

- Uma ampla explicação sobre a meta, propósito e processo da pesquisa e a livre expressão de consentimento, por escrito, através do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE C);
- O direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, bem como a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes, por meio do uso de códigos para a sua identificação;
- Direito de acesso aos dados coletados, bem como aos esclarecimentos necessários durante qualquer período do estudo.

3.6 Análise de dados

A análise dos dados deste estudo foi fundamentada na análise de conteúdo de Bardin (2008), o qual se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter indicadores que permitam a inferência de saberes relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de tais mensagens.

Esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens levando em consideração o emissor e seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens (BARDIN, 2008).

A descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. É, portanto, um tratamento da informação contida nas mensagens. A fim de auxiliar na aquisição dos objetivos desta investigação e objetivando alcançar os manifestos latentes do material qualitativo conseguido, também foi utilizada a técnica de análise temática.

Esta análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência forneça algum sentido para o objetivo analítico estudado. Tal proposta de análise pode ser operacionalizada pela ordenação, classificação dos dados e análise final, quando será estabelecida a articulação entre os dados, os objetivos e os referenciais teóricos da pesquisa (MINAYO, 2000).

Na pesquisa qualitativa, a análise temática se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado por uma palavra, frase ou resumo (MINAYO, 2000).

Após a transcrição das entrevistas gravadas, foi realizada leitura flutuante e exaustiva do material, de modo a propiciar o diálogo com os dados. Posteriormente o material foi organizado e classificado de acordo com a categorização das informações, sendo agrupadas em temas. A descrição foi a primeira etapa necessária, logo após ocorreu as inferências, que podem ser entendidas como a fase intermediária e a última fase foi a da interpretação.

Segundo Minayo (2000), para que se interprete uma pesquisa de caráter qualitativo, é necessário que, após a ordenação dos dados e classificação dos mesmos, se proceda a análise final, por meio de interpretações teóricas e pessoais sobre o tema.

O material foi explorado de modo a identificar o núcleo de compreensão das falas, assim, as informações foram classificadas em dois temas, dependendo das unidades de registro significativas: **Tema 1** – As Práticas Educativas (Caminho metodológico percorrido pelas enfermeiras; Participação dos usuários/comunidade nas atividades educativas; Relevância observada pelas enfermeiras nas suas práticas de educação em saúde); e **Tema 2** – Realidade Vivenciada pelas Enfermeiras.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos resultados desta pesquisa foram divididas em três partes, a fim de melhor visualizar e compreender cada um dos componentes observados durante a realização deste estudo.

No primeiro momento serão apresentados os sujeitos entrevistados. Posteriormente será realizada a análise documental das fichas PMA2 e dos registros das atividades educativas de cada equipe de saúde da família, ambas referentes ao ano de 2009. E, no terceiro momento, será feita a análise de conteúdo, segundo Bardin (2008) e Minayo (2000), das falas das enfermeiras obtidas durante realização de entrevista semi-estruturada.

4.1 Apresentação dos sujeitos do estudo

Todos os sujeitos estudados (Quadro 1) eram do sexo feminino e haviam participado do Treinamento Introdutório⁵, antes de ingressar na ESF. A idade das entrevistadas variava de 31 anos a 57 anos e o tempo de formada encontrava-se entre 09 (nove) anos a 39 anos. Apesar disto, o tempo de trabalho com a saúde da família⁶ era semelhante, variando de 08 (oito) anos a 10 (dez) anos de serviço, o que mostra que o ingresso delas deu-se paralelamente com a implantação da saúde da família no estado da Bahia.

Como 4 (quatro) das entrevistadas apresentaram um tempo de formada igual ou superior ao tempo de criação do SUS, é preciso considerar que estas profissionais com uma formação não contemporânea a criação do SUS ou da ESF⁷ precisaram passar por mudanças

⁵ O treinamento introdutório caracteriza-se como um processo de capacitação inicial para os profissionais que irão trabalhar com a Saúde da Família, que visa discutir as diretrizes e princípios do SUS e do PSF, além de instrumentalizar as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho. Este treinamento irá permitir aos profissionais analisar e identificar, junto com a comunidade adscrita, os problemas e as potencialidades existentes. O curso também permitirá a compreensão dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), permitindo aos profissionais a sua utilização adequada (BRASIL, 2000).

⁶ Este período refere-se ao trabalho em qualquer USF, não necessariamente na unidade em que as enfermeiras trabalhavam no momento da coleta de dados, todavia, durante as entrevistas, elas referiram atuar nestas unidades desde a sua implantação na área ou há um longo período.

⁷ As autoras reconhecem que o processo da Reforma Sanitária (anterior as leis que criaram e regulamentaram o SUS), foi de fundamental importância para ampliar as discussões sobre a necessidade de mudança do modelo de saúde hegemônico e de como deveria ser regida esta mudança, caracterizando-se, então, como um importante espaço de aprendizagem para a formação de quem dele participou. Todavia, foi com a criação do SUS que os currículos universitários começaram suas modificações (apesar destas nem sempre serem as mais

paradigmáticas para atuarem na saúde pública, sendo que a educação permanente é um potente instrumento para enfrentar esses descompassos (PESSANHA; CUNHA, 2009).

Quadro 1 – Perfil das enfermeiras das USF's em estudo, referente a idade, tempo de formada, tempo de trabalho com a saúde da família e quanto à obtenção de títulos de pós-graduação. Salvador – Ba, 2010.

<i>Código</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempo de formada</i>	<i>Tempo de trabalho com a saúde da família</i>	<i>Pós-graduação</i>
E01	49 anos	26 anos	10 anos	✓ Especialização em Enfermagem do Trabalho
				✓ Especialização em Saúde da Família
E02	32 anos	10 anos	10 anos	✓ Especialização em Saúde Pública
				✓ Especialização em Saúde da Família
				✓ Especialização em Enfermagem do Trabalho
				✓ Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho (realizando)
E03	34 anos	09 anos	09 anos	✓ Especialização em Auditoria
E04	32 anos	10 anos	09 anos e 08 meses	✓ Especialização em Saúde Pública (realizando)
E05	55 anos	29 anos	10 anos	✓ Especialização em Enfermagem do Trabalho
				✓ Especialização em Administração Hospitalar
E06	47 anos	21 anos	10 anos	✓ Especialização em Auditoria e Sistema de Saúde
E07	38 anos	11 anos	09 anos	✓ Especialização em Saúde Coletiva nos programas PACS e PSF.
E08	31 anos	09 anos	09 anos	✓ Especialização em Saúde do Trabalhador
				✓ Especialização em Saúde da Família
E09	57 anos ⁸	39 anos	08 anos	✓ Especialização em Saúde Pública
				✓ Especialização em Saúde do Trabalhador
				✓ Especialização em Metodologia do Ensino
				✓ Especialização para Sanitarista
				✓ Especialização em Saúde Materno-Infantil
E10	42 anos	16 anos	10 anos	✓ Especialização em Medicina Social
				✓ Especialização de Saúde da Família com Ênfase nas Linhas de Cuidado (realizando)

adequadas), com a finalidade de prepararem os futuros profissionais para atuarem na saúde pública. Foi por não sabermos se as entrevistadas participaram de todo o processo anterior a criação do SUS, que consideramos apenas a sua formação pelas universidades.

⁸ Comparando a idade da entrevistada com o seu tempo de formada, percebeu-se uma discordância, pois a mesma precisaria ter se formado com 18 anos.

Desta forma, o Treinamento Introdutório caracterizará uma importante ação do MS para complementar a formação dos profissionais e direcioná-los para o tipo de atendimento diferenciado proposto pelas ESF's (BRASIL, 2000).

Além disto, o tempo de permanência das enfermeiras em uma USF é um fator importante para o trabalho desenvolvido no programa, pois é imprescindível na criação de vínculos com a comunidade, fortalecendo, assim, a relação necessária para estabelecer efetiva participação dentro da ESF (MACHADO, 2007).

Todavia, este não é o único fator que influencia na formação de vínculos com os usuários, outros elementos interferem nesta relação, como a forma de acolhimento da população no serviço de saúde e o acesso desta, seja aos serviços prestados pela unidade, seja ao profissional (MACHADO, 2007).

Todas as enfermeiras possuíam, ou estavam cursando algum tipo de pós-graduação, geralmente especializações. Das entrevistadas, 03 (três) haviam cursado pós-graduações em áreas voltadas para a sua atuação em uma ESF, como: especialização em Saúde da Família; especialização em Saúde Pública; especialização em Medicina Social; especialização em Saúde Coletiva nos Programas PACS e PSF; e especialização em Saúde da Família com Ênfase nas Linhas de Cuidado.

As outras 07 (sete) enfermeiras mesclaram a sua formação, tendo cursos voltados tanto para a Saúde Coletiva, quanto para outras áreas de interesse, como: especialização em Enfermagem do Trabalho; especialização em Auditoria; especialização em Administração Hospitalar; especialização em Auditoria e Sistemas de Saúde; especialização em Metodologia do Ensino; especialização em Saúde Materno-Infantil; e Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho.

4.2 Análise documental

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8 080/90, trouxeram as bases para a criação do SUS. Segundo elas, a saúde deve ser organizada de forma a privilegiar a integralidade da assistência e a descentralização político-administrativo, com ênfase para os municípios, dentre outros pontos.

Desta forma, com a consolidação da implantação do SUS, foi perceptível a necessidade de uma reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), de modo que

eles acompanhassem a lógica do atendimento integral, além de assegurar uma permanente avaliação da situação de saúde da sociedade e dos resultados alcançados com as ações implementadas. Isto foi fundamental para que o SIS pudesse seguir as pretensões do novo sistema de saúde (BRASIL, 1995, *apud* SILVA; LAPREGA, 2005).

Com a implantação do Programa de Saúde da Família, foi necessário criar um sistema de informação que auxiliasse às equipes a acompanharem a situação de saúde da sua população adscrita. Para isto, a Coordenação de Saúde da Comunidade, da Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS), juntamente com Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), criaram o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Este sistema pretende agregar e processar as informações sobre as famílias visitadas pelos ACS (BRASIL, 2003).

Assim, o SIAB diferencia-se de outros sistemas de informação por ser um SIS territorializado. Com isto, ele pretende conhecer as condições de saúde e os fatores determinantes do processo saúde/doença de uma determinada área de abrangência, sendo uma fonte de dados potencial e de grande valor para direcionar o planejamento e a avaliação das ações de saúde executadas (SILVA; LAPREGA, 2005).

O relatório PMA2 é uma das fichas do SIAB e tem como objetivo consolidar mensalmente, e por área, a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras, ou seja, situações indesejáveis ou eventos mórbidos que devem ser notificados, a fim de avaliar as mudanças na saúde da população adscrita em médio prazo (BRASIL, 2003).

Este relatório é dividido em: a) Atividades/Produção; b) Marcadores; e c) Procedimentos, sendo apenas este último tópico utilizado durante a coleta de dados, pois continha as atividades educativas realizadas pelas equipes de saúde da família.

Estas atividades eram divididas em “Atendimento em Grupo – Educação em Saúde”, “Procedimentos Coletivos” e “Reuniões”. Apenas o primeiro foi considerado, pois se refere às atividades de educação em saúde realizadas por profissionais de nível superior ou médio (incluído aqui os sujeitos de pesquisa), enquanto os outros são relativos às atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas e pelos ACS, respectivamente.

No que se refere aos dados do PMA2, não foi possível coletar as fichas de uma das USF's, visto o fato da gerente ter saído do cargo durante o período de coleta de dados, impossibilitando, assim, o acesso a tais dados. Contudo, levando em consideração que as fichas são padronizadas para todo o território nacional, é possível inferir alguns pontos a partir da sua observação.

É perceptível que, tanto no PMA2, quanto na Ficha D (as únicas fichas do SIAB nas quais são anotadas as atividades de “Atendimento em Grupo – Educação em Saúde”, “Procedimentos Coletivos” e “Reuniões”), as preocupações se voltam para a quantidade de atividades educativas que foram realizadas no mês, trazendo uma visão meramente produtivista do trabalho na ESF. Gil (2006) traz a questão de que a ESF ainda apresenta algumas fragilidades no que se refere à gestão do sistema como a lógica quantitativa da produção e a normatização excessiva.

Segundo o manual do SIAB, estes relatórios foram criados para auxiliar as equipes e os gestores municipais a fim de “(...) acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade (...)”, além de possibilitar o planejamento das ações (BRASIL, 2003, p. 05), promovendo assim, uma constante melhora na qualidade dos serviços de saúde que são oferecidos à população. Contudo, como é possível avaliar uma ação quando se observa apenas quantas atividades de educação em saúde foram realizadas durante o mês? Como avaliar as práticas educativas sem saber qual a metodologia aplicada, como foi a escolha do tema, dentre outros fatores?

O que se observa é que o SIAB, como ferramenta de planejamento em saúde a nível local, pouco é utilizado para este fim. Geralmente estes dados são utilizados visando-se, apenas, o levantamento numérico de algumas condições de saúde/doença (número de hipertensos, diabéticos, gestantes) para implantar os grupos de educação em saúde com a comunidade. Assim, o SIAB comete os mesmos erros de outros SIS, nos quais a análise dos dados se faz fundamentalmente em nível central, estando os níveis locais e regionais como simples repassadores de dados (SILVA; LAPREGA, 2005).

Entretanto, ao invés de apenas repassar informações, as equipes de saúde da família deveriam também realizar a avaliação das ações realizadas, porém, pelo o que pôde ser observado nos livros de registros das atividades educativas (Quadro 2), poucas são as atividades que são anotadas. Provavelmente, por não haver uma padronização para esta finalidade, a avaliação é realizada apenas de forma empírica, a partir da observação de acertos e erros, sem sistematizações.

Um aspecto fundamental para o sucesso de uma atividade educativa é que ela se baseie na realização constante de planejamento e revisão do que foi realizado, permitindo e estimulando o auto-questionamento das diferentes visões de realidade, dos objetivos da atividade e de sua própria ação. O importante é que, caso não ocorra regularmente a reflexão, avaliação e discussão, tanto por parte dos profissionais, quanto pelos participantes, as atividades poderão se esvaír (VASCONCELOS, 1997).

No que se refere ao que foi verificado nos registros dos livros, pode-se perceber que, das dez equipes analisadas, cinco mostraram anotações feitas em livros de atas, três não haviam mantido anotações sobre as atividades educativas e não foi possível coletar os dados referentes aos registros de duas equipes, devido à incompatibilidade de horários.

Sobre as anotações, é possível verificar que cada equipe o faz à sua maneira e que, mesmo dentro da própria, não há padronização de como as atividades devem ser registradas. Há momentos que não há a especificação de quem foi o mediador, ou o local de realização, enquanto, em outros momentos, tem-se, inclusive, a descrição de como foi realizada a atividade.

Além disto, comparando-se o que foi achado nas fichas PMA2 e nos livros de registros, percebe-se uma discrepância entre o que é encontrado em cada um deles, por exemplo, segundo o PMA2 de todo o ano de 2009, a USF A realizou 166 atividades de “Atendimento de Grupo” e a USF B, 142, no entanto, levando em consideração as atividades que foram anotadas pelas cinco equipes que as autoras tiveram acesso aos livros de registros, foram realizadas vinte atividades de educação em saúde durante o ano de 2009. Pressupõe-se, então, que o registro das atividades educativas nos livros de equipe não é uma rotina.

Analisando-se os assuntos abordados nas atividades, é visível a predominância de temas voltados para patologias (hipertensão, hanseníase, dengue, tuberculose, H1N1), tendo, também, a presença de assuntos sobre a importância de serviços de saúde (planejamento familiar e pré-natal) e de questões de higiene, tabagismo e aleitamento materno.

Além destes temas que já são tradicionalmente abordados em atividades educativas (MACHADO, 2007; BESEN *et al*, 2007), também foram incluídos outros que, normalmente, as pessoas não vêem uma ligação direta ou indireta com a questão saúde ou que são de difícil abordagem: oficina de cerâmica; oficina de reciclagem de lixo; violência doméstica.

E, ao mesmo tempo em que estes últimos temas foram incluídos, também foi realizada a criação de laços com a comunidade para que estes assuntos pudessem ser abordados, sendo convidados moradores da própria área para serem os facilitadores das atividades. Tais atitudes podem ajudar a fortalecer a comunidade na qual a USF atua, além de aumentar os vínculos existentes entre ambas.

É necessário que os moradores da comunidade participem das atividades educativas, desde o seu planejamento, até a sua execução. O trabalho realizado desta forma é fundamental para ajudar na compreensão dos problemas, dilemas e modos de lidar com as situações características de determinada população. Para isto, é necessário que os profissionais estejam

preparados para lidar com a diversidade cultural, em uma relação de complemento e diálogo (DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

Quadro 2 – Caracterização das atividades de educação em saúde realizadas durante o ano de 2009 pelas enfermeiras das USF's, segundo a data da realização da atividade, a atividade educativa em si, os facilitadores e os participantes. Salvador – Ba, 2010.

<i>Código</i>	<i>Data</i>	<i>Atividade educativa</i>	<i>Facilitadores</i>	<i>Participantes</i>
E01	29.01.09	Atividade sobre Hanseníase, ocorrida pela manhã (M) e tarde (T)	03 ACS em cada um dos períodos.	M – 40 pessoas T – 36 pessoas
E02	Não foi possível coletar os dados do caderno de registro das atividades.			
E03	02.09.09	Palestra sobre hipertensão arterial sistêmica	Realizada pelos ACS	16 pessoas
	07.10.09	Palestra sobre câncer de próstata e pênis	Realizada pelos ACS	19 pessoas
E04	Não tinha um caderno de registro das atividades educativas.			
E05	31.08.09	Palestra sobre tabagismo realizada na sala de reuniões da USF	<i>Sem registro</i>	15 pessoas
	04.08.09	Exposição de vídeo sobre aleitamento materno	Realizada pelos ACS	16 pessoas
	06.08.09	Palestra sobre aleitamento materno realizada na igreja católica	Realizada pela enfermeira	10 pessoas
	09.09.09	Palestra Adolescente	<i>Sem registro</i>	06 pessoas
	24.09.09	Sala de espera sobre tuberculose e distribuição de folders	<i>Sem registro</i>	16 pessoas
	04.12.09	Sala de espera sobre tuberculose	<i>Sem registro</i>	24 pessoas
E06	23.03.09	Atividade educativa de ações de prevenção e combate à dengue realizada em uma escola pública	Realizada pela enfermeira, 02 ACS e estudantes de enfermagem	04 pessoas
	05.08.09	Grupo de gestantes e nutrízes (Semana Mundial da Amamentação – Iniciamos a atividade com a enfermeira falando sobre a importância do pré-natal, aleitamento materno, direitos da criança. Os ACS da equipe participaram e foram distribuídas cartilhas de amamentação e do Ministério da Saúde e folders também sobre o tema)	Realizada pela enfermeira e 04 ACS	02 nutrízes 02 gestantes 02 acompanhantes

Quadro 2 - Continuação

Código	Data	Atividade educativa	Facilitadores	Participantes
E06 Cont.	11.11.09	Sala de espera sobre planejamento familiar	Realizada por 05 estudantes de enfermagem	07 pessoas
	13.11.09	Atividade educativa sobre higiene corporal, prevenção contra H1N1, dengue, cuidados com os resíduos (lixo), pediculose, com distribuição de folders sobre os temas abordados e apresentação de cartazes, realizada em uma escola pública	Realizada pelos estudantes de enfermagem	01 pessoa
	17.11.09	Atividade educativa sobre higiene corporal, prevenção contra H1N1, dengue, cuidados com os resíduos (lixo), pediculose, com distribuição de folders sobre os temas abordados e apresentação de cartazes, realizada em uma escola pública	<i>Sem registro</i>	04 pessoas
E07	19.06.09	Palestra e oficina de cerâmica para o grupo de hiperdia, tendo como pontos de pauta: 1) O que deve ou não comer no período junino; 2) Informação das técnicas e material a utilizar a cada aula; e 3) Realização de algumas atividades ensinadas pelo diretor de cultura da Associação de Moradores.	Estavam presentes a médica, a enfermeira, a dentista, ACD e as ACS. Diretor de cultura da Associação	17 pessoas
	06.08.09	Atividade educativa sobre aleitamento materno durante a consulta de pré-natal, reunião com gestantes e nutriz.	<i>Sem registro</i>	14 pessoas
	28.08.09	Atividade educativa realizada na USF, com crianças e adolescentes, sobre reciclagem de lixo, com a participação de um artesão de material reciclado da comunidade.	Artesão	13 pessoas

Quadro 2 - Continuação

<i>Código</i>	<i>Data</i>	<i>Atividade educativa</i>	<i>Facilitadores</i>	<i>Participantes</i>
E07 Cont.	02.09.09	Foi realizado em uma escola pública, atividade educativa sobre violência doméstica pelo grupo do Estado Sentinela	Grupo Sentinela	06 pessoas
	16.10.09	Pela tarde, na USF, ocorreu atividade educativa com idosos, mas não obtivemos êxito, devido a pouca participação da comunidade.	<i>Sem registro</i>	01 pessoa
	03.12.09	Atividade educativa sobre tuberculose, stand educativo na comunidade.	<i>Sem registro</i>	20 pessoas
E08	Não foi possível coletar os dados do caderno de registro das atividades.			
E09	Não tinha um caderno de registro das atividades educativas.			
E10	Não tinha um caderno de registro das atividades educativas.			

Além disto, a criação do vínculo entre os profissionais da equipe e a população adscrita é fundamental para se desenvolver uma relação de confiança, que leve o usuário a aderir às ações de saúde propostas, além de envolvê-lo ativamente em seu auto-cuidado (OLIVEIRA *et al*, 2008). Segundo Starfield (2002), estas interações entre os profissionais e os pacientes irão contribuir para o estabelecimento de relações de longa duração, o que facilitará a efetividade da atenção primária.

Tendo em vista a importância destas atividades e a necessidade de refletir sobre as práticas educativas realizadas, conclui-se, então, ser imprescindível a criação de instrumentos, dentro do próprio SIAB, para as equipes de saúde da família que permitam registrar e avaliar as atividades de educação em saúde, sem, contudo, aumentar ainda mais toda a burocracia/papelada que existe para ser preenchida dentro das USF's.

Silva e Laprega (2005), em seu estudo na cidade de Ribeirão Preto - SP, perceberam que a maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família reclamaram do excesso de fichas utilizadas na rotina de trabalho, o que refletia na perda de tempo, além de dificultar a dinamização do trabalho. Eles também identificaram que a plataforma do SIAB era incompatível com outros SIS (SIA/SUS, HIPERDIA, dentre outros), o que resultava na duplicação dos dados produzidos, ocasionando perda de tempo e de recursos financeiros.

O que se observa na literatura é que o SIAB, de uma maneira geral, precisa ser reformulado⁹, a fim de possibilitar a inclusão de informações que permitam a avaliação e o

⁹ O MS e o DATASUS estão discutindo e propondo mudanças para o SIAB, de modo a torná-lo um sistema de avaliação e monitoramento capaz de analisar as diferentes realidades municipais. Este sistema foi batizado de

monitoramento da complexidade e heterogeneidade das várias nuances municipais (SILVA; LAPREGA, 2005; BITTAR *et al*, 2009; FREITAS; PINTO, 2005).

Isto se torna necessário quando se verifica que a educação em saúde deve ser realizada de modo descentralizado e compatível com a percepção, necessidade, sensibilidade e dos comportamentos de risco de cada unidade familiar, dados ainda não indexados no SIAB, mas de fundamental relevância para o planejamento de atividades educativas, de promoção da saúde e de políticas de inclusão social (BITTAR *et al*, 2009).

A criação destes instrumentos proporcionaria “repensar a prática”, ou seja, não mais realizar uma tarefa apenas porque ela tem que ser feita, mas sim realizá-la, verificar e analisar as suas conseqüências e mudar as ações quando necessário. Infelizmente, sabe-se que apenas isso não resolveria (provavelmente, apenas a sua inclusão não faria com que ele fosse utilizado), pois a questão avaliação é apenas a “ponta do iceberg”, havendo outros problemas de cunho estrutural que serão melhor abordados a partir das falas das enfermeiras entrevistadas.

4.3 Análise de conteúdo

Para melhor avaliar as entrevistas, esta parte da análise foi dividida em dois temas, a partir do que foi interpretado das falas das enfermeiras, são eles: **Tema 1:** As Práticas Educativas (Caminho metodológico¹⁰ percorrido pelas enfermeiras; Participação dos usuários/comunidade nas atividades educativas; Relevância observada pelas enfermeiras nas suas práticas de educação em saúde); e **Tema 2:** Realidade Vivenciada pelas Enfermeiras.

SIAB/PLUS e teria como objetivo principal a disponibilização de informações que reflitam o atendimento e a situação de saúde aos gestores dos diversos níveis do SUS, permitindo o planejamento, acompanhamento e avaliação do que foi realizado, simplificando os processos através da unificação, padronização, atualização tecnológica e flexibilização (SILVA; LAPREGA, 2005). Apesar da existência desta referência, não foi possível encontrar nenhum dado mais atual do MS sobre o desenvolvimento deste programa.

¹⁰ Neste momento, o “caminho metodológico” significa todo o percurso traçado pelas enfermeiras até concluir a atividade educativa propriamente dita, em outras palavras, refere-se à escolha dos espaços utilizados, dos temas abordados, da regularidade das atividades, da metodologia, dos facilitadores, dentre outros.

4.3.1 Tema 1: As Práticas Educativas

Este tema contempla a identificação das práticas de educação em saúde por seus diversos ângulos, com vistas a tentar compreender o que as enfermeiras pensam sobre estas atividades e como elas as organizam e preparam-nas. Para isto, ele foi subdividido nas seguintes categorias: 1) Caminho metodológico percorrido pelas enfermeiras; 2) Participação dos usuários/comunidade nas atividades educativas; e 3) Importância (ou não) verificada pelas enfermeiras nas atividades de educação em saúde.

4.3.1.1 Caminho metodológico percorrido pelas enfermeiras

Para se realizar uma atividade de educação em saúde é necessário, antes mesmo da própria atividade, seguir alguns passos para garantir a eficiência da mesma. Durante as entrevistas, por meio de perguntas que separavam estes passos, foi possível distinguir o caminho percorrido pelas enfermeiras, sem, necessariamente, conseguir desvendar quais destes ocorrem primeiro que os outros. Seguindo uma ordem escolhida pelas autoras, serão apresentados os dados encontrados.

Durante as entrevistas, as enfermeiras, de um modo geral, mostraram que as atividades educativas eram realizadas tanto na própria unidade, como em outros espaços da área adscrita, demonstrando interação com alguns grupos comunitários, a fim de localizar outros locais de trabalho. Os espaços mais utilizados foram as igrejas, associações de moradores e escolas, sendo que outros locais (praças, bares, ruas) também apareceram nas falas com menor frequência, além do próprio espaço da USF, como auditório e sala de espera.

Sabe-se que a educação em saúde pode ser realizada em diversos espaços, como dentro da família, nos locais de trabalho, nas escolas, ou em qualquer outro espaço comunitário (CANDEIAS, 1997; BESEN *et al*, 2007).

Os espaços da unidade de saúde e os espaços públicos que a gente estabelece vínculos, então, assim, as igrejas, as associações, escolas e outras áreas públicas, praças, o que a gente tiver de disponível e o que for necessário a gente utiliza. – E08

Nesta fala, é possível observar que a enfermeira tenta formar parcerias com a comunidade, e, dependendo de como forem estabelecidos, a formação destas parcerias entre a USF e os espaços comunitários poderá refletir, benéficamente, na relação entre ambos. Para isso, é necessário que exista uma relação de troca benéfica entre os envolvidos que deve ir além da concessão de espaço pela comunidade e a entrega de saberes pelos profissionais.

Segundo Vasconcelos (1997), a relação de troca entre os trabalhadores de saúde e os usuários deve basear-se, principalmente, no intercâmbio de conhecimentos, para que se possa construir um saber sobre a saúde que seja útil para a população que irá utilizá-lo. É preciso entender que nenhum conhecimento é completo e inacabado e que os problemas de saúde de determinada pessoa ou grupo está diretamente relacionado com as suas condições de vida.

Desta forma, o profissional que conseguir estabelecer um diálogo entre o saber científico e o saber popular será reconhecido na comunidade e agir eficazmente na saúde da população, ao contrário de um que apenas despeje os conhecimentos científicos, sem inter-relacioná-lo com a realidade vivenciada pela comunidade (VASCONCELOS, 1997).

Nos discursos das enfermeiras não foi possível verificar diretamente como se estabelecia esta relação de parceria com a comunidade, pois poucas comentaram sobre o assunto; três enfermeiras trouxeram que as parcerias são desenvolvidas para que a equipe possa conseguir um local para as atividades ou para desenvolver meios de levar a população até determinado espaço. Apenas duas entrevistadas trouxeram a formação de vínculos um pouco mais fortes, de forma a transformar os usuários em co-responsáveis pelo o que era desenvolvido.

Isto é importante, pois a adesão às atividades só ocorre quando a população se vê inserida no processo de solução de um problema, ela precisa se sentir efetivamente sensibilizada, isto ocorre ao passo que a comunidade é integrada ao processo de conhecimento do problema em questão (MACHADO, 2007; OLIVEIRA, 2008; DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009). Em outras palavras, é necessário compreender a forma de lidar com a questão saúde de uma determinada população, para desenvolver um processo de compreensão da importância das mudanças culturais e ambientais (FAGUNDES, 2003; DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

Assim, a adesão será reflexo do entendimento, da reflexão, aceitação e incorporação pela comunidade; de modo algum isto ocorrerá por uma imposição via decretos ou ordens do mundo da ciência ou do poder político (FAGUNDES, 2003; DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

Fazer com que a população se aproprie do que é desenvolvido é extremamente benéfico, pois gera autonomia para a comunidade, ela começa a se observar como geradora de saúde, tendo os profissionais da equipe de saúde da família como alguém que pode auxiliá-los neste processo, ao invés destes últimos serem considerados apenas como os únicos gerados de saúde para a população.

Infelizmente foram poucas as enfermeiras que tocaram neste assunto. Todavia, o que foi perceptível nas falas dos sujeitos de pesquisa eram os motivos que levavam elas a também realizarem atividades dentro da própria área, a fazerem vínculos com a comunidade de alguma forma:

(...) a gente aproveita o espaço e o local onde facilita, não tem um lugar específico, ah... só faz educação em saúde neste grupo, só na unidade, só em tal lugar, não, especificamente não. (...) Os idosos, para eles virem pra a unidade é mais fácil, então a gente fazia aqui na unidade, já teve um de gestante que a gente já fez na área por facilitar mais. – E01

(...) por causa da nossa equipe que é lá em baixo (...) que fica um pouquinho distante da unidade, a maioria das nossas atividades a gente desenvolve na área (...) – E04

É... quando nós queremos, assim... no caso, fazer uma coisa que pegue toda a comunidade, que muitas pessoas vão, aí nós fazemos na igreja, né... ou em uma igreja ou lá na outra, ou então assim, é... pra dividir as microáreas mesmo... pegar pra que as pessoas muitas vezes elas acham distante... e aí pra facilitar o acesso delas (...) – E05

Assim, a escolha do local é fortemente influenciada pela facilidade de acesso dos usuários para poder participar das atividades; isto é um fator importante, pois demonstra a preocupação das enfermeiras neste quesito. Contudo, elas não observam outras características do espaço que também são relevantes e que podem (e devem) ser levados em consideração no tipo de tema que será abordado, ou no grupo que será trabalhado.

É preciso entender que as atividades educativas realizadas tanto dentro da unidade de saúde, quanto na própria comunidade são importantes, todavia, as condições geradoras de doenças ocorrem fora dos centros de saúde, encontrando-se nas relações entre as pessoas, nas condições de vida, nas disputas de poder, na produção econômica, dentre outras. É a partir do trabalho externo às unidades que as equipes de saúde podem identificar tais condições e organizar ações que atinjam diretamente esses pontos da dinâmica social (VASCONCELOS, 1997; FAGUNDES, 2003).

Os locais da área de abrangência da USF onde são formados grupos comunitários (igrejas, associações, escolas...) devem influenciar fortemente no tipo de trabalho que será

desenvolvido, pois costumam reunir pessoas com características similares e que, normalmente, discutem temas relevantes para aquele determinado grupo. A partir do momento que se observa isso, percebe-se que o local irá determinar o tema e o público alvo, sendo que, muitas vezes, já são encontrados grupos formados nestes espaços, faltando, apenas, os profissionais se inserirem.

A partir do momento que já existem dentro da comunidade algumas organizações populares, a prioridade das equipes de saúde não pode ser a criação de outros grupos de saúde, mas sim, apoiar e fortalecer os grupos já existentes, pois estes costumam, dentre outras ações, discutir e agir sobre os problemas mais gerais que eles percebem no local onde vivem (VASCONCELOS, 1997; MACHADO, 2007).

Seria preciso identificar “pessoas-chave” na população, capazes de cooperar com as atividades educativas desenvolvidas, de modo a originar parcerias duradouras e práticas inovadoras, ampliando, especialmente, a sustentabilidade do processo educativo (DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

Este fato urge ser percebido, pois pode influenciar no sucesso das atividades desenvolvidas pelos profissionais, por exemplo: nas associações de moradores encontra-se um público ávido para se discutir política e cidadania (importância do conselho local de saúde; relação entre associação e comunidade/relações de poder; políticas de saúde...); nas igrejas têm-se diversos grupos, principalmente de mulheres (adultas e idosas), onde se pode discutir temas de interesse delas.

Desta forma é possível revelar que, principalmente dentro da comunidade, há uma diversidade de espaços de aprendizagem que apresentam características específicas e que propiciam um momento de troca importante para os profissionais, os quais poderão aprender significativamente sobre a dinâmica da área adscrita, percebendo as relações interpessoais e intergrupos existentes, favorecendo a melhora do trabalho oferecido a esta comunidade.

A comunidade é um espaço privilegiado da aprendizagem social, visto que nela se encontram as múltiplas interações que podem existir através do viver e do conviver (VASCONCELOS, 1997; FAGUNDES, 2003; DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

Desta maneira,

As referências com as quais se lida, neste espaço, são ilimitadas. Nele não existe o limite da disciplina, não existe o recorte do saber. Existe o saber, ou melhor, os saberes que se interpenetram, que se enredam, que se tecem. Tem a questão da saúde, mas também a do lixo, da habitação, da violência... Têm as questões políticas, religiosas, da educação, do direito... Enfim, tem a vida como ela realmente é. As aprendizagens construídas neste espaço tem suas próprias especificidades, tem

características distintas de outras, articuladas em outros espaços. (FAGUNDES, 2003, p. 146)

Além disto, pelo fato das três USF's serem campos de estágio, o oferecimento desses outros espaços de aprendizagem para os estudantes favoreceria a discussão dentro das universidades de temas condizentes com a realidade encontrada e proporcionaria o confronto entre a prática e a teoria que é ensinada, preparando melhor os futuros profissionais, além de trazer uma atuação mais ativa das universidades na comunidade.

A universidade tem um compromisso social com a sociedade e é a partir da articulação entre estes dois setores que poderá surgir um aprendizado expressivo, no qual ocorrerá a produção e a socialização do conhecimento tanto para a comunidade, como para estudantes, professores e profissionais de saúde dos serviços. Será a partir do intercâmbio de informações e saberes que surgirá a construção de soluções criativas para os diversos problemas que possam ser encontrados nestes espaços (FAGUNDES, 2003).

Apesar disto, as enfermeiras trouxeram que as parcerias com a academia eram importantes, apenas, porque os estudantes auxiliavam no preparo dos materiais utilizados nas atividades educativas. Em nenhum momento foi colocado que a universidade contribuía de uma forma mais efetiva/ativa com o serviço e com a comunidade.

(...) a gente forma parceria mesmo com as universidades, é muito bom, é muito importante a presença dos estudantes de enfermagem, de medicina, porque contribui muito com o serviço e ajuda muito a gente, assim... principalmente nessa questão de educação em saúde, na prevenção... a gente tá fazendo atividades nas escolas, de tarde tá fazendo atividade na comunidade, entendeu... porque eles preparam material, a gente senta, planeja as ações e aí prepara material nas universidades, alguns preparam material nas próprias casas e juntam recursos e a gente consegue fazer a coisa funcionar (...) – E06

(...) quando as estudantes estão aqui, a gente aproveita e, junto conosco, a gente racha o nosso dinheiro, né, uma colaboração, e a gente faz uma coisa mais elaborada, né, e elas geralmente deixam aqui para a unidade. – E09

É preciso que a universidade centre a formação dos estudantes a partir da relação de parceria entre a primeira, com os serviços e grupos comunitários. Isto deve ser feito para garantir o processo de ensino/aprendizagem baseado nos problemas sanitários mais prevalentes (FEUERWERKER; SENA, 1999 *apud* CAMPOS *et al*, 2001). Desta forma, os futuros profissionais estarão preparados para atuar seguindo as necessidades do SUS (CAMPOS *et al*, 2001).

Ainda no que se refere à escolha dos espaços para realizar as práticas educativas, também se observou nas falas que poucas enfermeiras consideram os momentos de consultórios ou de visitas domiciliares como espaços para a realização de educação em saúde, apenas uma das entrevistadas caminhou nesta direção.

Segundo Vasconcelos (1997), o atendimento individual também deve ser valorizado como um momento de atividade educativa, pois é no período da doença que a população pensa nos profissionais de saúde, além de ser um instante em que as pessoas mais se abrem à palavra destes trabalhadores. Neste espaço é possível estabelecer uma relação de aprendizado entre aquele que sofre e conhece a sua realidade, com aquele que detém o conhecimento científico de alguns aspectos daquele sofrimento.

Contudo, o atendimento individual tem os seus limites, visto que o tempo é curto e a fila de pacientes é grande, além de não propiciar um espaço coletivo de aprendizagem, onde há a possibilidade de proporcionar a troca de experiências entre os participantes, de forma a aprofundar aprendizados e fortalecer os vínculos (VASCONCELOS, 1997; ASSIS, 2001 *apud* ARAUJO, 2004).

(...) se você não trabalha essas coisas, só é medir barriga, pesar e não sei o que, né, aí você recebe adolescente que começa a usar os métodos contraceptivos se você não conversar com ela sobre os métodos, sobre DST (Doença Sexualmente Transmissível), sobre, sobre auto-estima, né, como é que ela vai tá formando as opiniões dela... adquirindo hábitos saudáveis e hábitos responsáveis, se você não trabalha isso com essa adolescente? Mas, no consultório, na sala você não tem tempo hábil pra você fazer isso, mas precisa ser e é importante ser trabalhado isso.
– E10

Com isto a enfermeira traz uma questão importante: as atividades dos profissionais de saúde não devem estar pautadas apenas nas questões técnicas, mas também direcionadas para a educação em saúde, que é algo que pode ser realizada em diversos locais, contudo, os variados espaços nem sempre proporcionam um tempo ideal para a prática educativa. E quais seriam estes espaços criados pelas enfermeiras?

Nas entrevistas observou-se que as atividades educativas eram categorizadas, principalmente, em: a) Grupos de Educação em Saúde; b) Programa Saúde na Escola (PSE); e c) Sala de Espera. Outra categoria que surgiu em menor frequência foi a de “Atividades Eventuais”, como oficinas e stands.

Sobre cada uma destas categorias não houve muitos detalhamentos; houve falas isoladas sobre o funcionamento do PSE e acerca das Salas de Espera. No que se refere ao PSE, foi dito que o trabalho consiste, inicialmente, na divisão das séries escolares entre as

equipes da USF e, posteriormente, na avaliação de saúde dos estudantes (avaliação bucal, nutricional, dentre outros setores) e da caderneta de vacinação, com a conseqüente realização de atividades de educação em saúde para este grupo.

Segundo o decreto n° 6.286, de 05 de dezembro de 2007, o PSE é instituído com a finalidade de contribuir com a formação dos estudantes da rede pública de educação básica, utilizando-se de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2007b).

O planejamento das ações deste programa deverá considerar a capacidade operativa em saúde do escolar; o contexto escolar e social; e o diagnóstico local em saúde do escolar, podendo compreender as seguintes ações: avaliação clínica, nutricional e psicossocial; promoção de alimentação saudável; atualização e controle do calendário vacinal; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e reprodutiva; atividade física e saúde; educação permanente em saúde, dentre outros (BRASIL, 2007b).

Pôde-se perceber que o que é realizado pelas enfermeiras no PSE, condiz com o que é preconizado pelo MS, segundo o decreto n° 6.286/07. Entretanto, na prática, o que se observou, é que esta atividade pode ser vista como um grupo de educação em saúde de adolescentes de uma escola específica.

No que se refere às atividades de Sala de Espera, sabe-se que este ambiente é um território dinâmico, no qual há a mobilização de diferentes usuários, no aguardo de um atendimento de saúde. Este local é um espaço público, no qual os indivíduos conversam, trocam experiências entre si e expressam-se, apesar de serem pessoas que possam não se conhecer. É neste ambiente, também, que os usuários falam de suas angústias e doenças, da vida cotidiana e da qualidade do atendimento do serviço (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Quando é instalada uma atividade de Sala de Espera pela iniciativa dos profissionais de saúde, forma-se um grupo singular e específico para aquele contexto, pois eles não constituem um grupo propriamente dito. E, para que aquele grupo seja mantido, é preciso que os profissionais se utilizem de um processo participativo de educação em saúde (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Acerca do trabalho das Salas de Espera desenvolvido, algumas enfermeiras trouxeram que nem sempre era bem aceito pelos usuários que participavam, por ser uma atividade que geralmente acontecia antes das consultas, sendo que uma das entrevistadas trouxe que os usuários assistiam por que não tinham opção. Assim, percebe-se, que os sujeitos de pesquisa não sabem como utilizar esta atividade como um momento realmente educativo.

A sala de espera não... que ele tá aqui ele tem que ouvir (...) mas eles ouvem porque tão aqui... sentado... aí não é uma coisa que tem que sai pra se dirigir pra outro lugar. – E02

Esta atividade é bem mais rápida que as outras práticas educativas, mas as pessoas não prestam muita atenção e ficam agoniadas querendo que o atendimento comece logo. – E03

Quanto aos Grupos de Educação em Saúde, verificou-se que eles são formados de acordo com algumas especificidades entre os participantes, muito mais relacionados com a idade ou a “situação de saúde/biológica” que os usuário se encontram, ao invés de afinidades pré-existentes entre os integrantes do grupo. Desta forma, são formados grupos de gestante, idoso, homem, adolescente, hiperdia, dentre outros.

Sabe-se que, é nas atividades em grupo, que se apresentam as condições mais propícias para o desenvolvimento da educação em saúde, visto que há uma maior disponibilidade para o debate de informação entre os participantes. Este tipo de prática é uma oportunidade de trazer a questão saúde para o espaço coletivo, aprofundando os aprendizados com abordagens lúdicas (ASSIS, 2001, *apud* ARAUJO, 2004).

Não foi possível observar uma uniformidade na frequência destas atividades educativas, provavelmente porque isto depende das características dos próprios grupos formados. O que se observou foi que, no mínimo, existia um encontro mensal para cada grupo, podendo este número subir para um encontro quinzenal. No que se refere às salas de espera, essas eram feitas com maior frequência, sendo que os organizadores podiam ser tanto as próprias enfermeiras, quanto os ACS ou os estudantes.

Apesar de não haver uma uniformidade e deste ponto não ter sido muito discutido durante as entrevistas, é possível refletir, a partir de um conhecimento prévio das atividades que devem ser desenvolvidas na ESF, sobre esta regularidade das atividades educativas, dentro da rotina das equipes de saúde da família.

As atividades das enfermeiras na ESF podem ser classificadas em: práticas administrativas (realização de relatórios, encaminhamentos, entre outras); práticas de planejamento, organização e supervisão (coordena e supervisiona o trabalho dos ACS e técnicos de enfermagem, organiza as campanhas de vacinação, entre outras); práticas assistenciais (consultas e visitas domiciliares); e práticas educativas e de pesquisa (educação em saúde e aquisição de novos conhecimentos sobre a situação da área adscrita) (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008).

Em seu estudo no município de Londrina, Giroti, Nunes e Ramos (2008), observaram que as enfermeiras priorizavam as atividades assistenciais e administrativas, do que as de educação em saúde. Foi percebido que as demandas preconizadas são amplas, com variados direcionamentos e a maioria são tidas como prioritárias no serviço, devido a isso, elas trouxeram que não é possível realizar todas as atividades sozinhas.

Com isto, percebe-se que a rotina das enfermeiras da saúde da família é repleta de afazeres, proporcionando, geralmente, um tempo reduzido para que elas possam organizar, preparar e executar as atividades educativas. Tendo em vista o conceito ampliado de saúde e as novas teorias de educação, é possível perceber que este tempo é curto para as atividades de educação em saúde que trabalhem com estes conceitos.

Paim (2009a), parafraseando a OMS, traz que, atualmente, o conceito de saúde amplamente divulgado é o de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença, assim, esta definição relaciona-se com a aquisição de qualidade de vida pelas pessoas.

A *Carta de Ottawa* vai trazer que, para se alcançar este estado, um grupo deve conseguir identificar e realizar as suas aspirações, satisfazendo, desta forma, as suas necessidades, além de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente. Para se conseguir isto deverão existir alguns pré-requisitos para a saúde, como paz; educação; renda; alimentação; um ecossistema estável; equidade e justiça social. Assim, os fatores sociais, culturais, políticos, econômicos, de meio ambiente, de conduta e biológicos, podem atuar sobre a saúde de modo positivo ou negativo (BRASIL, 2003).

A mesma ampliação de definição que ocorreu com a saúde, pode ser observada com o termo educação, o qual evolui da simples transferência de informações, para a possibilidade de produzir e construir o conhecimento¹¹ (FREIRE, 2010).

Observando isto, é possível perceber que as atividades educativas exigem tempo dos profissionais da equipe de saúde, entretanto a sua priorização necessita diminuir a quantidade de consultas realizadas durante a semana ou mês e isto, de maneira geral, não agrada a população (ao menos no início), visto que a assistência de saúde que ela conhece são os atendimentos individuais, suprimindo, assim, as suas necessidades mais urgentes. Sendo assim, é preciso que os profissionais mostrem à população a importância que estas outras práticas também apresentam (VASCONCELOS, 1997).

¹¹ Apesar de, geralmente, os termos conhecimento e informação serem utilizados como sinônimo sabe-se que o segundo refere-se a pequenas partes do primeiro. O conhecimento apenas existe enquanto organização das informações inseridas em determinado contexto (MORIN, 2009).

Caso isto não seja observado, as equipes podem cair em um círculo vicioso, no qual as atividades educativas sejam feitas apenas (ou pelo menos na maioria das vezes), respeitando o modelo bancário de ensino e o modelo biomédico de saúde, pois não há tempo hábil para organizar as atividades.

Isto pôde ser observado quando as enfermeiras abordaram como ocorria o processo de escolha dos temas e quais eram os mais abordados, neste último ocorreu uma maior uniformidade das respostas, enquanto que, no primeiro, havia pontos que se repetiam, ao mesmo tempo em que surgia a introdução de novos fatores.

No que se refere ao processo de escolha dos temas, observou-se que, de uma maneira geral, as enfermeiras faziam as suas escolhas dependendo da demanda dos grupos de educação em saúde pré-estabelecidos, ou era feito algo “vertical”, sendo as decisões influenciadas por diversos fatores: 1) dependendo da sugestão do ACS; 2) seguindo o “Calendário da Saúde”¹² (Anexo C) ou temas enviados pelo distrito; 3) perguntas ou patologias que tivessem tornado freqüentes em um determinado momento; e 4) demandas que surgissem em alguns momentos devido a novidades no campo da saúde ou surtos e epidemias.

Segundo Naidoo e Wills (1994 *apud* MACHADO, 2007), o processo de educação ocorre por meio de algum tipo de necessidade, podendo ser divididas em: normativas; sentidas; e educativas. A primeira refere-se ao processo que ocorre de forma verticalizada, ou seja, o profissional que decide o que, como e onde será abordado com a população. A necessidade sentida está vinculada ao que a equipe percebe como uma necessidade dos usuários, ou ainda com base nos indicadores epidemiológicos de determinada população. E o processo educativo ocorre quando é a própria clientela que percebe e expressa a sua necessidade, sentindo-se parte do processo.

Gestante às vezes tem um grupo que quer que fale mais sobre o parto, outros querem que fale mesmo do desenvolvimento da gravidez, aí às vezes a gente também conduz um pouquinho: não a gente já não falou um pouquinho disso, vamos tentar falar um pouquinho daquilo... Então, a gente leva o grupo a... mas a primeira demanda é a deles, eles que fazem a opção. – E01

(...) uma vez por semana a nossa equipe se reúne e aí a gente se baseia muito no mês, quais são as datas comemorativas, então em cima dessas datas, nós programamos essas atividades. Tem a semana do hipertenso, do diabético, aleitamento materno, tabagismo, então em cima desses temas, durante o mês, aí a gente programa (...) Isso, o calendário da saúde e aí a gente... e também o distrito

¹²A autora conheceu este calendário através das enfermeiras que informaram utilizá-lo; o mesmo trata-se de um calendário com diversas datas “comemorativas” referentes à profissionais de saúde, doenças e outras questões relacionadas à saúde.

sempre tá, assim, enviando algumas datas extra pra que a gente esteja trabalhando com a comunidade. – E05

Com isto é possível perceber que, apesar de existirem enfermeiras que trabalhem de uma forma que a comunidade possa participar ativamente dessas escolhas, há outras profissionais que tomam as suas decisões baseadas nas suas percepções sobre a realidade da área em determinado momento ou baseadas em escolhas pré-determinadas.

É preciso que o tema das atividades seja decidido analisando-se algumas questões: o tipo de interesse existente no momento; as possibilidades da equipe e também a estratégia global de ação (VASCONCELOS, 1997).

O único processo de escolha que não é adequado para se utilizar seria o que se refere às escolhas pré-determinadas, pois, geralmente, não refletem as reais necessidades da população em questão (DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009). E as decisões baseadas nas percepções dos profissionais de saúde fundamentadas nas suas percepções da realidade, devem ser tomadas com certo cuidado, pois é preciso que eles, primeiramente, entendam a dinâmica da comunidade.

A vida dentro de uma sociedade é criada através do cruzamento de diversas ações realizadas por variadas pessoas, grupos e instituições com interesses, algumas vezes conflitantes, sendo que o significado de cada ação dependerá do momento em que ela foi realizada. Devido a isto, as soluções de um problema em uma determinada situação, podem não ser as mesmas em outro momento ou local (VASCONCELOS, 1997).

Devido a isto, é preciso que os profissionais aprendam a ler a realidade de cada local, entendendo os processos que produziram os problemas a serem enfrentados. Para isto, as equipes de saúde podem manter, constantemente, um relacionamento fora da unidade de saúde, cultivando amizades, participando de eventos culturais, visitando os pacientes em suas casas, conversando com as lideranças locais, dentre outras ações (VASCONCELOS, 1997).

Para identificar os interesses e os maiores problemas existentes em uma comunidade, os profissionais podem se utilizar de pesquisas formais ou de conversas informais a partir da convivência com a população. Com esta atuação, é possível perceber propostas de atuação capazes de mobilizar grupos de pessoas (VASCONCELOS, 1997).

Porém, quando a própria população faz as escolhas dos temas, é preciso tomar cuidado com o fato de que a própria comunidade pode estar impregnada com os conceitos de saúde tradicionais (saúde como ausência de doença), fazendo com que os temas sempre sejam relacionados a patologias. Nestas situações, é preciso que os profissionais de saúde auxiliem

os usuários a perceberem que a saúde como é vista “no popular”, mantêm estreita relação com o conceito de saúde no campo científico.

Em seu estudo com os usuários da região da Ilha do Governador e Leopoldina, no Rio de Janeiro, Bosi e Affonso (1998) identificaram que a população apresentava um conceito de saúde amplo, indo além do biológico, relacionando-o ao meio ambiente, às relações sociais e afetivas e às crenças religiosas. Entretanto, eles também apresentavam a doença relacionada à dor, sempre necessitando que os profissionais de saúde lhes informassem se eles estavam saudáveis ou não. Identificando, desta forma, que eles parecem adotar vários elementos do modelo biomédico.

Eles (os usuários) gostam de hipertensão, de diabetes, alimentar... né, hábitos saudáveis de alimentação... também eles pedem as novidades que tem na cidade... então na época de meningite aí pede. – E02

Contudo, os profissionais não podem querer que sempre sejam discutidos temas que proporcionem grandes reflexões sobre a questão saúde, pois isto exige tempo para que a população se acostume com eles, de modo a não discriminar um tipo de tema em prol de outro, pois é importante que a comunidade domine tanto os conhecimentos e procedimentos técnicos, quanto os conhecimentos sobre saúde e suas relações com a vida e o trabalho. O que é importante entender é que as atividades que exigem um nível mais baixo de reflexão, podem ser um primeiro passo necessário (VASCONCELOS, 1997).

Independente da maneira como foram escolhidos, os temas abordados pelas equipes de saúde da família, segundo as enfermeiras, apresentaram certa uniformidade, sendo possível dividi-los em três categorias: a) As diversas saúdes; b) Temas transversais/Doenças “do momento”; c) Atividades inovadoras, conforme visualizado no quadro 3.

Na primeira categoria é possível observar uma subdivisão dos temas entre as “diversas saúdes” dos programas do MS, ou seja, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde da criança e saúde do adolescente.

Na segunda categoria foram colocados os temas que podem ser dirigidos a qualquer uma das “diversas saúdes”, ou assuntos sobre as “novidades da saúde”. Estas duas categorias continham os temas que foram mais abordados nas atividades educativas, ou seja, a maioria das práticas de educação em saúde abordava assuntos direta ou indiretamente relacionados a patologias, com isto observa-se a necessidade de redirecionar as práticas no cuidado à saúde.

Quadro 3 – Categorização dos temas trabalhados nas atividades educativas pelas equipes de saúde da família. Salvador – Ba, 2010.

As “diversas saúdes”	Temas transversais / Doenças “do momento”	Atividades inovadoras
Saúde da Mulher: - Gestação, parto e puerpério; - Amamentação; - Cuidados ao RN; - Câncer de mama; - Importância do preventivo.	- Gripe A / Vacina H1N1; - Dengue; - Meningite; - Tuberculose; - Hanseníase; - Câncer de boca; - DST / AIDS; - Hipertensão Arterial; - Diabetes Mellitus; - Hábitos alimentares; - Higiene bucal; - Sexualidade; - Tabagismo; - Planejamento familiar; - Conceitos sobre ESF; - Vacinação	Temas: - Auto-estima; - Importância do esporte; - Escolha das profissões; - Bullying.
Saúde do Idoso: - Processo de envelhecimento.		Atividades: - Trabalhos manuais; - Dança; - Caminhadas; - Passeios a parques; - Dia da beleza.
Saúde do Homem: - Câncer de próstata; - Disfunção erétil.		
Saúde da Criança: - Escabiose; - Piolho; - Outras doenças prevalentes na infância.		
Saúde do Adolescente: - Mudanças corporais.		

E isto se faz necessário pelo fato de que, ao longo dos anos, com o aumento das especializações e do uso dos equipamentos para procedimentos diagnósticos, houve uma crescente inclusão de tecnologias duras e leve-duras aos atos de saúde. Isto fez com que o foco dos profissionais de saúde fosse deslocado do “cuidar de uma pessoa doente” para “cuidar da doença” (AKERMAN; FEUERWERKER, 2008).

Higiene bucal, escabiose, hipertensão, hábitos alimentares, câncer de boca, entendeu... geralmente a gente tá sempre trabalhando e sempre tem a necessidade de continuar trabalhando (...) – E04

(...) a gente aborda todas as doenças... principalmente essas doenças que a gente tá vendo que, né... precisa tá muito atento... tuberculose, sempre a gente tá fazendo sala de espera, né... assim... em cima de tuberculose, hanseníase, tabagismo, que nós vamos implantar também o programa e aí então, mexe um pouco com essas doenças. – E05

Alguns temas a gente percebe da necessidade da população, né, então, algumas perguntas que a gente recebe com frequência nos consultórios, a gente, é... volta pra trabalhar na atividade com a população em geral, alguns temas, como temas novos, temas atuais, como, por exemplo, agora, no caso, a meningite, a H1N1, então a gente procura levar sempre essas informações aos pacientes e à população como um todo e, às vezes, assim, por exemplo, algumas patologias que a gente vê com frequência no consultório, em número crescente a gente procura também trabalhar. – E08

Quando se realiza educação em saúde, não se pode fragmentar o homem, como é feito pela maioria dos especialistas. É preciso encará-lo dentro do contexto social que este se criou e viveu (DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009). A hiperespecialização, tão freqüente nos dias atuais, impede que as pessoas possam ver o global e o essencial, pois ele é diluído e fragmentado em parcelas. Quando isto acontece, a possibilidade de compreensão atrofia-se, de modo a excluir um julgamento correto e uma visão de longo prazo (MORIN, 2009).

Com isto posto, verifica-se a necessidade de modificar esta situação, na qual o tema “doença” é freqüente, não pelo fato de que não se deve falar sobre patologias para os usuários, em alguns momentos isto é necessário, mas o que não pode acontecer é que esta temática esteja sempre presente.

Esse mês de maio mesmo a gente vai trabalhar saúde da mulher, por ser o mês de Maria, então já foi solicitado pelo agente comunitário que não se falasse de doença, então, esse mês, a gente não vai falar de doença, esse mês a gente vai falar de auto-estima, né... de coisas de beleza... de coisas que não tem nada a ver com doença, entendeu, porque eles dizem assim: eu não agüento mais falar de doença, então tá... se não agüenta mais falar de doença, a gente vai falar sobre saúde. – E07

Assim como Machado (2007), em seu estudo em USF's em Crato – CE, e Besen *et al* (2007), com USF's em Florianópolis, este estudo também identificou uma predominância de temas voltados para os determinantes biológicos da doença nas atividades educativas.

Felizmente, as enfermeiras trouxeram que, ainda de modo pontual, esta situação está mudando, o que pode ser observado na categoria “Atividades inovadoras” do quadro 3. Nesta, é possível observar a presença de temas voltados para o novo conceito de saúde, além de trazer a realização de atividades diferentes, como, caminhadas, aulas de dança, de trabalhos manuais, dentre outras.

A gente fazia tanto o trabalho educativo, como o trabalho em paralelo de trabalho em ponto de cruz, alguns artesanatos, então era um grupo em paralelo, pra não ficar aquela coisa cansativa de só falar, falar e falar de saúde, então era as duas coisas, e foi muito gostoso. – E01

(...) tem um dia que a gente tira pra fazer exercícios, né, e também pra fazer, cabelo, unha delas, porque é dia das mães (...) botamos um salão de beleza pra elas se arrumarem, cortarem o cabelo (...) – E09

Este tipo de educação em saúde que vai além do biológico está voltado para a promoção da saúde e propulsionará o desenvolvimento de conhecimentos, comportamentos e atitudes na população adequada ao cuidado de saúde por meio do processo de empoderamento e luta pelo alcance de estratégias que permitam um maior controle nas suas condições de vida, tanto individual quanto coletivamente (BESEN *et al.*, 2007).

Embora as entrevistadas tentem mudar o tipo de atividade desenvolvida, elas trouxeram que, mesmo assim, não conseguem aumentar a adesão nos grupos de educação em saúde, sem conseguir entender o porquê disto.

É preciso que os profissionais de saúde tenham consciência de que os grupos de saúde apresentam uma tendência de serem provisórios, caso não se relacionem com outras questões de cunho mais social, para que não ocorra uma angústia relacionada ao esvaziamento periódico dos grupos de saúde (VASCONCELOS, 1997).

Porque, assim, tentamos com gestante, tentamos com mulheres, tentamos e, assim... não sei... a gente... é... de... por exemplo, fazer passeios, de fazer piquenique, de não sei o que, né... de várias coisas pra tá motivando e a gente, não... os adolescentes, por exemplo, assim, qualquer coisa que você propõe, eles estão ávidos, estão ali, eles querem, eles vão, né, mas com os outros grupos, não sei... não... não sei... Infelizmente não sei, porque, a gente não, a gente não consegue chegar nessa população. – E10

Assim, observa-se que, no que se refere aos temas abordados, ainda há uma predominância de assuntos voltados para a “saúde como ausência de doença” nas atividades educativas desenvolvidas pelas enfermeiras. No entanto, elas, aos poucos, estão tentando mudar esta situação. Uma situação semelhante pode ser observada no tocante à metodologia.

Apesar de não haver uma pergunta na entrevista que trouxesse esta questão, as enfermeiras mostraram em suas falas alguns pontos relacionados à metodologia aplicada. Verificou-se, desta forma, uma predominância do tipo de educação que Paulo Freire chama de bancária.

(...) nós não temos um datashow e às vezes a gente quer fazer uma coisa melhor... não tem, a gente trabalha mais com cartazes, né... tudo é feito na base do cartaz e falando, né... então esse lado eu acho muito pobre, precisava melhorar essa forma... como eu diria... a metodologia, né... de como tá aplicando esse trabalho em grupo. Que a gente só trabalha... só tem mesmo, cartazes que nós mesmo preparamos. É... aquelas transparências a gente nem tem mais... que é uma coisa tão já... ultrapassado... e mais na base mesmo do transmitindo e recebendo (...) – E05

(...) a gente tenta fazer uma linguagem mais simples, mais... é... do próprio... da própria comunidade (...) a gente ainda fica naquele trabalho de falar... escutar... de vez em quando faz aquela parte participativa, mas a gente não tem um DVD, a gente não tem uma fita (...) – E07

As enfermeiras não percebem que o “falar e escutar”, envolvendo tanto os profissionais, quanto os usuários, pode permitir a construção de conhecimentos em saúde, desde que seja feito utilizando-se de uma metodologia participativa.

Sabe-se que os recursos citados pelos profissionais são importantes, contudo a sua falta não pode inibir a prática educativa, pois, neste processo, as pessoas são mais importantes do que a utilização de tecnologias duras, esta valorização pode superar qualquer outra dificuldade. É preciso que o profissional conheça os meios existentes na área adscrita (a cultura local, rodas de conversa, formas de mobilização e diálogo), para que este não se limite a importar recursos para serem utilizados na comunidade (MACHADO, 2007).

É possível que a valorização de tais materiais por parte dos profissionais seja um reflexo do desconhecimento de outros meios de implementar os processos educativos. Isto pode decorrer de uma formação predominantemente científica, o que pode fragilizar a participação ativa do usuário nas práticas educativas dentro da ESF (MACHADO, 2007).

O papel do profissional de saúde é mais de “(...) ajudar o grupo a pensar do que pensar pelo grupo, mais de questionar do que de discursar, mais de assessorar do que de decidir.” (VASCONCELOS, 1997, p. 94) É nestas questões que o profissional deve pensar quando está planejando o que será feito nas atividades educativas, pois é cada vez mais evidente nos trabalhos de saúde que as práticas que lidam com as motivações e os sentimentos envolvidos nos problemas de saúde, são prioritárias em relação à transmissão de conhecimentos técnicos (VASCONCELOS, 2006 *apud* DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

Ao invés disto, as entrevistadas ainda acreditam que o que irá melhorar as atividades educativas serão as tecnologias duras, como datashow e DVD, ou a utilização de atrativos, sendo o principal deles o lanche.

Esta utilização de atrativos como uma forma de barganha para que a comunidade participe das atividades de educação em saúde repercute de modo negativo na participação dos usuários que, geralmente, participam não pelo conteúdo em si da atividade, além de ficarem inquietos para o momento de distribuição do que está sendo ofertado. Isto reforça práticas como o clientelismo e assistencialismo, quando o atrativo deixa de existir, os usuários não mais participam (MACHADO, 2007; OLIVEIRA, 2008).

(...) porque é interessante você fazer uma atividade educativa que você ofereça um... um lanche, como era oferecido antes na comunidade, a gente trás a comunidade mais fácil, entendeu... a gente precisa ter um atrativo, né... e tem que ser uma atividade educativa não muito demorada, porque perde o foco e ele não acaba absorvendo mais nada, tem que procurar pensar sempre nisso tudo. – E04

O que se sabe é que não basta apenas decorar e repetir as cartilhas ou manuais de saúde, é preciso utilizar uma metodologia muito mais exigente para o profissional de saúde, na qual haja a construção de um conhecimento. Para isto é preciso que as palestras se transformem em conversas em que são relatados e comentados casos, não necessariamente por algum trabalhador da equipe. Este passa a ter a função de coordenar a discussão, passar algumas informações que considere pertinentes e construir uma conclusão com os elementos levantados pelos próprios usuários (VASCONCELOS, 1997).

Porém, algumas das entrevistadas trouxeram que tentam mudar as suas metodologias de ensino, às vezes sem perceber como exatamente fazer isto, mas o principal, que é perceber a necessidade de mudar, elas demonstram.

(...) nós sempre procuramos distribuir um lanchezinho, fazemos uma dinamicazinha pra poder acordar, pra poder animar (...) a gente procura não fazer aquela palestra só de “perere perere”... de tá falando não, né, a gente procura tá mudando um pouco, a metodologia (...) – E05

(...) a gente sempre usa uma metodologia muito aberta, a gente sempre começa as nossas metodologias abrindo pra perguntas e depois a gente tira as dúvidas (...) – E09

Esta percepção das enfermeiras de que é necessário mudar as metodologias é importante, contudo, é preciso que toda a equipe entenda isto, pois a realização de atividades educativas é característica do processo de trabalho de toda a equipe de saúde da família (BRASIL, 2006). Todavia, o que se percebeu neste estudo, foi que as práticas educativas nem sempre são realmente realizadas em equipe.

O trabalho em equipe é algo complexo dentro da unidade de saúde, visto que é uma proposta que visa um trabalho de maneira integrada de profissões que foram formadas dentro de uma tradição de trabalho isolado. Para que este trabalho possa acontecer desta forma, é preciso que a maioria tenha um ideal e uma proposta política semelhante, para conseguir superar as dificuldades de um ambiente que pode ser permeado por conflitos (VASCONCELOS, 1997).

Este tipo de trabalho em conjunto, representa uma importante ferramenta para a ESF, todavia, este se mostra ainda fragilizado, seja pela precária compreensão do que seja um

trabalho em equipe, seja por outros motivos. Isto resulta em um trabalho individualizado e fragmentado, o que distancia a ESF do seu real propósito de trabalho em equipe (MACHADO, 2007).

As enfermeiras trouxeram que, normalmente, as atividades de educação em saúde são divididas entre os profissionais da equipe para que cada um fique responsável por alguma atividade, de modo a não “sobrecarregar” nenhum dos trabalhadores. Esta idéia é interessante quando se pensa sobre a rotina sobrecarregada de uma ESF, como foi discutido anteriormente. Porém, com isto, é perdido o caráter multi e transdisciplinar¹³ que a educação em saúde pode ter.

No entanto, mesmo quando toda a equipe está presente, o trabalho não acontece de forma a unir os conhecimentos de cada área, mas de uma maneira na qual cada um pode trazer o que é específico de seu campo de atuação, sem deixar transparecer as correlações existentes. Desta forma, os profissionais irão mostrar ao usuário que o cuidado à saúde não pode ser holístico, mas sim fragmentado.

(...) quando você tem a colaboração de outra pessoa é muito mais fácil, né... porque aí você não faz só. E aí também assim ó... um mês eu dô, né, o tema, né, eu coordeno ali, outro mês a médica faz, aí outro a dentista, a gente sempre divide, não fica só na mão de uma pessoa não, a gente tem esse cuidado de deixar um responsável. – E02

Eu acho que cada um dá a sua opinião, cada um dá a sua contribuição, no caso, se eu trabalho com a dentista, a dentista vai ver a parte da saúde oral, às vezes faz atividade conjunta com as pessoas, ele faz a parte dele (...) o dentista vai resolver a parte dele, eu resolvo a minha, a médica resolve a dela (...) cada uma resolvendo a sua situação, entendeu... como também, assim... uma aula que eu for dar, não a mesma aula que um médico, uma aula que eu for dar, não é igual a de um dentista, nem igual ao do agente comunitário de saúde, então cada um tem a sua contribuição (...) – E07

Quando não ocorre o efetivo trabalho em equipe, é ferido um dos campos da promoção da saúde proposto pela ESF. Somente uma equipe que trabalhe em uma perspectiva multi ou transdisciplinar poderá contemplar a complexidade desta missão, vislumbrando isto, faz-se necessário que os profissionais da equipe compreendam o seu papel, bem como o do

¹³ Segundo Morin (2009), os conceitos dos termos inter, multi e transdisciplinares são de difícil definição, devido ao seu caráter polissêmico. A interdisciplinaridade pode significar, simplesmente, que diferentes disciplinas foram colocadas em um mesmo local, mas também pode vir a ser entendida como troca e cooperação. A multidisciplinaridade constitui uma associação de disciplinas, por meio de um projeto ou objeto que lhes sejam comuns, ora são solicitadas como especialistas para resolver um problema, ora se encontram em total interação para conceber o objeto. A transdisciplinaridade trata-se, geralmente, de esquemas cognitivos que podem perpassar as disciplinas.

outro na execução das ações, sem que isto mude, os avanços da ESF tornar-se-ão mais difíceis (MACHADO, 2007).

Para que esta situação mude, é preciso que os cursos de graduação trabalhem em uma perspectiva que prepare os estudantes a trabalharem nesta nova realidade. E também que os gestores criem mecanismos de avaliarem se os profissionais estão atuando de acordo com o perfil solicitado pela estratégia (MACHADO, 2007).

Apesar das enfermeiras, de um modo geral, terem trazido que a educação em saúde é normalmente realizada em equipe (seja para não sobrecarregar determinado profissional, seja para cada um dar a sua contribuição), algumas entrevistadas trouxeram a questão de que nem sempre se consegue unir toda a equipe para realizar uma atividade educativa, sendo esta responsabilidade recaída sobre a figura da enfermeira.

(...) existe aqueles que colaboram mais, né, que... sempre a coisa fica mais com enfermagem, a organização, apesar de que nós temos, temos dentistas que também participam, mas geralmente a organização fica com a enfermagem e com os ACS (...)- E09

Tenta-se... tenta-se, né... mas é difícil você conseguir estar com todos da equipe trabalhando. E, aí tem uma coisa assim também, né, tem assim: “ah... a atividade educativa sempre fica com o enfermeiro”, aí a enfermeira que tem que... “ah... é a enfermeira”... aí acaba ficando mais com a enfermeira, mesmo que tenha outras pessoas, né, ali, fisicamente, naquele lugar, né, mas, assim, a condução, as dinâmicas, não sei o que, acaba ficando muito mais com a enfermeira. – E10

De maneira geral, foi possível observar nesta categoria sobre o “Caminho metodológico percorrido pelas enfermeiras” que ainda há muitos desafios a serem resolvidos, mas também que algumas mudanças já começam a aparecer. É preciso perceber que trabalhar com educação em saúde é difícil. Segundo Morin (2009, p. 65), “a educação deve contribuir para a autoformação da pessoa (ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver) e ensinar como se tornar cidadão.”

Enquanto isto, Vasconcelos (1997, p.20) traz que “educar para a saúde é ajudar na busca da compreensão das raízes destes problemas e de suas soluções.” Ou seja, é preciso entender quais são as necessidades de saúde da população adscrita e auxiliá-los a encontrar as soluções que a própria comunidade possa seguir.

O que se pode perceber, então, é que realizar educação em saúde em um sentido amplo é extremamente difícil, pois, nem tudo que é expresso com a intenção de ensinar, é o educativo. Assim, o educador deve ser a pessoa que está sempre atenta e estudando o jogo de

significados pedagógicos, tanto nas ações individuais, quanto coletivas, e, a partir daí, busca reorientar as falas e as ações concretas (VASCONCELOS, 1997).

Segundo Briceño-León (1996 *apud* DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009) os seguintes postulados devem ser seguidos para permitir a reorientação das práticas educativas, de forma a aumentar a participação comunitária:

- I – Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas;
- II – A educação não ocorre só nos programas educacionais, mas em toda ação sanitária;
- III – A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado;
- IV – A educação deve ser dialogada 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/recompensa;
- VII – A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva. (BRICEÑO-LEÓN, 1996 *apud* DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009, p. 534)

Quando essas questões não são observadas, o alcance das atividades educativas pode não ser o que era esperado inicialmente pela equipe de saúde da família. Não é possível inferir se é isto que acontece dentro do distrito em estudo, mas pôde-se observar que, nem sempre, o que os profissionais esperam é o obtido, esta questão será melhor analisada na categoria seguinte.

4.3.1.2 Participação dos usuários/comunidade nas atividades educativas

Na categoria anterior foi possível entender como as práticas de educação em saúde são desenvolvidas pelas enfermeiras e pela própria equipe de saúde. Neste momento, serão analisados como as populações adscritas das três USF's em estudo respondem ao que lhes é oferecido, além de trazer como as enfermeiras vêem os usuários.

Foi observado, de uma maneira geral, que os usuários não costumam frequentar as atividades desenvolvidas, sendo que, geralmente, a quantidade esperada pelas enfermeiras, nem sempre condiz com o número real de participantes.

Em seus estudos Machado (2007), no município de Crato – CE, e Giroti, Nunes e Ramos (2008), na cidade de Londrina - PR, também trouxeram falas de profissionais que

traziam a participação da comunidade nas atividades de educação em saúde como ainda sendo precária e desinteressada, assim como o observado nesta pesquisa.

Por mais coisa que a gente tente buscar pra estimular isso, a resposta é pequena, às vezes a gente muda, passeia, e não sei o que... e estimula de algumas formas pra ver se responde um pouquinho, mas é complicado. – E01

(...) quando marca as reuniões... no dia... pensa assim, tá aquela igreja cheia (...) a última mesmo que nós fizemos na quarta-feira só tinha dez pessoas. – E05

As entrevistadas trouxeram que elas se organizavam de diversas maneiras para tentarem aumentar a quantidade de usuários nas atividades, mas, normalmente, isto não surtia efeito.

(...) as enfermeiras já discutimos assim: ah... vamos marcar um grupo de gestante e nesse mesmo dia todo mundo atender pré natal, pra que os pacientes venham para a consulta e fiquem para o grupo. Só que aí não deu certo... já pensamos também: vamos botar no cartão lá no SAME o dia de grupo só que aí a gente não conseguiu que o SAME marque o dia do grupo no cartãozinho. – E02

(...) o ponto negativo é que, às vezes a coisa, a gente prepara pra fazer, né, e às vezes a coisa não acontece, porque... é... o convite o ACS não (...), por mais que a gente se esforce, às vezes o convite não chega, ou então está chovendo e a gestante não sobe. – E09

Segundo Arstein (1969 *apud* MACHADO, 2007), em sua Escala de Participação de Arstein, o processo participativo pode ser dividido em dois grandes níveis. O primeiro é a *participação simbólica*, o qual inclui categorias relacionadas com a falta de partilha do poder, além de considerar a participação como uma forma de utilização dos serviços de saúde, acesso à informação e atendimento a benefícios, podendo ser exemplificado pelas consultas. O segundo nível, denominado *controle cidadão*, inicia-se com a colaboração e inclui o poder delegado. É perceptível, nas falas das enfermeiras, que os usuários ainda se encontram no primeiro nível da escala.

Quando se faz uma atividade educativa nunca é possível atingir 100% do público-alvo devido a diversos fatores, apesar disto, é sempre necessário realizar uma avaliação do que foi concretizado para poder entender o porquê de não ter tido o alcance esperado (ou perceber que se esperava algo além do que seria possível). Deveriam ser julgadas as seguintes questões: Será que o tema escolhido vai fazer com que a população se interesse em participar? A metodologia escolhida propiciará a participação ativa, ou estimulará que eles apenas fiquem

ouvindo? Será que todos os usuários do meu público-alvo poderão participar da atividade no dia e horário escolhidos?

Entendendo-se a proposta da ESF, é possível identificar como um bom indicador para avaliação das atividades desenvolvidas o fato de mudanças terem ocorrido na vida dos usuários, gerando, mediante as práticas, uma consciência crítica dos direitos de cidadão e da reorientação dos serviços e das políticas públicas. A partir do momento que a população identificar as suas necessidades e implementar e avaliar as mudanças, juntamente com o profissional, a promoção da saúde se efetivará (MACHADO, 2007).

Enfim, como foi possível observar na categoria anterior, por mais que se tentasse mudar a situação existente, a educação em saúde ainda era realizada com metodologias tradicionais de ensino e abordando temas relacionados a patologias. Será que as pessoas se interessariam em sair de suas casas para ir ouvir falar de doença? Será que os usuários ficam inibidos por pensarem que aquele que está na frente falando sabe tudo?

Das dez enfermeiras entrevistadas, nove relataram virem poucos usuários nas atividades de grupo, sendo que a presença era maior nas salas de espera, pois as pessoas já se encontravam nas unidades aguardando consultas, além de que, alguns grupos de educação em saúde tinham maior adesão que outros. No entanto, enquanto umas referiram que apenas dois ou três usuários vinham para os grupos, outras traziam que a participação era em torno de dez pessoas. Será que essa quantidade é realmente pequena, ou será que as enfermeiras esperam atingir todo o seu público-alvo?

Quando se avalia uma atividade, é necessário ter um olhar geral e não apenas sobre os aspectos específicos da experiência que foi realizada, percebendo os avanços alcançados de modo a poder continuar realizando e aperfeiçoando as ações (FRANCO DE SÁ *et al*, 2007).

(...) quando marca as reuniões... no dia... pensa assim, tá aquela igreja cheia (...) a última mesmo que nós fizemos na quarta-feira só tinha dez pessoas. – E05

Para se entender melhor isto, é preciso pensar sobre qual é a população que normalmente é atendida nas ESF's. De modo geral (ou primeiramente), as USF's são implantadas nos bairros mais carentes das cidades, sendo que a população destes bairros está trabalhando durante ambos os turnos e a unidade só funciona de segunda a sexta, das 08h às 17h. Pensando nisto, é possível verificar que o horário de funcionamento, nem sempre permite que o usuário vá a USF para a consulta e para as atividades educativas, de maneira conjunta.

No estudo de Cunha e Vieira-da-Silva (2010) em um município do estado da Bahia, foi percebido que a abertura das unidades em horário noturno (das 17h às 21h) poderia facilitar o acesso por parte dos trabalhadores, principalmente homens que tradicionalmente não procuram os serviços da rede básica de saúde. Todavia, na prática, este terceiro turno não funcionava como o previsto, pois os profissionais de saúde não respeitavam o início e o término do seu horário de trabalho. Assim, apesar da ampliação da oferta de serviços explicar a melhoria na acessibilidade geográfica, há a persistência de diversos obstáculos relacionados ao modo de organização dos serviços de saúde.

Sabe-se que a acessibilidade aos serviços de saúde apresenta-se como um relevante componente de um sistema de saúde no momento que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Segundo Donabedian (1988 *apud* CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010), a acessibilidade pode ser observada a partir de duas dimensões que interagem: a acessibilidade sócio-organizacional (aspectos de funcionamento dos serviços que interferem na relação usuário X serviço, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para os atendimentos); e a acessibilidade geográfica (refere-se à localização das unidades, respeito à distribuição espacial dos recursos e à existência de transportes).

É preciso entender que a população tem outras atividades prioritárias para eles e apenas duas enfermeiras mostram compreender isto, enquanto que as outras entrevistadas traziam que o usuário não tinha interesse pela educação em saúde, ou porque não queria aprender, ou porque dava maior importância para as consultas.

Sabe-se que os usuários vêm a ESF como um local para atender as suas necessidades sentidas e não como um local de prevenção e promoção, sendo que os profissionais, em alguns momentos, retroalimentam este conceito (MACHADO, 2007).

Esta questão suscita o fato de que a população espera de um profissional de saúde, principalmente, a sua atuação sobre as variadas doenças e problemas clínicos que aparecem. É importante que o trabalhador dê importância a este momento para que ele possa transformar-se em uma atividade educativa, ao invés de ser “deseducativa” para a população. Além disto, é preciso ressaltar que é através do bom trabalho dentro dos consultórios, que o profissional tem o respeito da comunidade, podendo atuar, também, dentro dos grupos, famílias e outras instituições da área (VASCONCELOS, 1997).

(...) eu acho que o pessoal não tem interesse, eu sinto desestimulado, desinteresse, quando falam em aprender eles não querem, aí eles falam eu quero é médico, o negócio é médico. Eles chegam, às vezes, até a dizer assim, quando aqui estava sem

médico, aí que era pior. Entendeu... quando a gente convidava para as atividades... “ah, não eu não quero saber disso não, eu quero é médico.” A gente ficou um período sem médico na nossa equipe, né... aí, ficou... era mais difícil, mas a gente sente muita resistência na participação de atividades educativas... o pessoal não tem aquela vontade... é na força mesmo, os agentes chegam a ficar pressionando pra que eles compareçam. – E05

Olhe... uma coisa que eu observo muito é o seguinte: aqui a gente tem mãe de família, a gente tem pai de família, que a maior parte da população tem a sua vida em si, né... e não querem parar para estarem escutando essas coisas... já tem uma vida corrida e aí não querem parar, outras fazem faxina e “no dia da minha faxina eu não vou parar”... “Ah, eu vou cuidar da minha casa, então”... é aquela coisa que hoje a vida está muito corrida... nós não temos mais tempo pra parar, pra nada, entendeu... é tudo vapt-vupt e... às vezes eu acho que eles pensam que isso daí é uma perda de tempo, assim... é... que eles vão ter que parar, vão ter que sentar, né... e... acho que... é... o fato da gente tá sempre em movimento, no caso eles, fazendo as coisas, não querem parar um instante pra escutar nada e outra coisa também, eu acho que às vezes, o meio de comunicação tá tão intenso que, às vezes o que a gente fala eles já sabem demais, ou até acham que já sabem demais, então não tão mais querendo vir buscar isso (...) – E07

Embora a maioria dos sujeitos de pesquisa trouxesse o fato de que o usuário não queria aprender, uma delas trouxe a questão de como os determinantes sociais de saúde podem influenciar de forma negativa nos resultados da educação em saúde realizada.

(...) é difícil a criança quando a gente quer educar que ela tem que lavar a mão, né, então ela geralmente... a mãe, a gente ensina, mas na casa eles não tem pia, eles não tem água corrente, então eles mesmo, se... verbalizam isso, mas como é que eu posso fazer o que a senhora manda aqui se na minha casa não tem água? Não tem água corrente? Então fica meio complicado (...) – E09

É possível comparar o que esta enfermeira disse, com a fala de outra entrevistada para perceber a disparidade entre as percepções das profissionais.

(...) a escabiose é uma coisa contínua. Vem uma época, melhora e depois volta tudo de novo, né, e a gente quer passar pra eles que não é a questão de poder aquisitivo, de fator social, é higiene, cuidado de higiene mesmo, que pode ter. – E04

Na última fala percebe-se a idéia de que a doença ocorre, principalmente, devido à falta de cuidado e ao desleixo da população, isto pode ser visto como uma tentativa de criar um sentimento de culpa nos usuários para que elas se esforcem em seguir as orientações dadas. É preciso colocar para a comunidade que a falta de higiene está mais relacionada com às más condições de saneamento do local, de acesso à educação formal e ao passado de miséria que as pessoas vem sendo submetidas há gerações, fazendo-as acostumar-se com padrões de vida precários (VASCONCELOS, 1997).

Quando os profissionais de saúde realizam as consultas com os usuários de maneira tradicional, não fica explícito para a população que a maioria das doenças é gerada de acordo com o tipo de vida que as pessoas levam. É importante que a comunidade compreenda esta relação para poder ter uma participação mais ativa no seu cuidado e poder lutar por melhores condições (VASCONCELOS, 1997).

O que se verifica, então, é que a educação em saúde pode ser um instrumento para se alcançar a promoção da saúde, mas que precisa estar somado a outras ferramentas para poder ser realmente eficaz.

Apesar da maioria das enfermeiras informarem que a adesão da comunidade era pequena nas atividades educativas, sete delas trouxeram que os usuários presentes nas práticas de educação em saúde gostavam e participavam ativamente do que era realizado.

(...) os que vão participam, gostam, elogiam, agradecem... saem assim, bem contentes (...) quem vai gosta. A última mesmo que nós fizemos de planejamento familiar aqui na igreja, foi um grupo de mulheres, elas saíram contentes, agora tudo assim... dez, doze pessoas, muito pouco... não vai aquele cheio assim, como a gente queria que tivesse (...) nós até falamos: olha você é uma multiplicadora, pra tá trazendo mais gente, mas é difícil (...) Tá distribuindo convite, cartaz... tudo assim, organizando até direitinho, né, mas na hora não aparece as pessoas. – E05

Com esta fala é possível perceber que falta a realização de uma avaliação sistemática das atividades realizadas, para que se possa entender o que os usuários querem e o que os profissionais pretendem, além de poderem perceber algumas nuances referentes aos pontos positivos que levam alguns grupos a terem uma adesão maior e os pontos negativos que diminuem a participação em outras atividades.

Desta forma, é preciso que os profissionais analisem a educação em saúde de forma a avaliar o que foi produtivo, o que não foi, verificar qual destes pontos esteve mais presente e sugerir mudanças a partir do que foi identificado. Além de perceber que nem todos os usuários poderão participar da atividade proposta e neste fato se assenta a importância de dar autonomia aos sujeitos no seu auto-cuidado. Quando isto lhes é dado, eles realmente poderão se tornar multiplicadores, pois, mesmo em horários que a unidade não esteja funcionando, a própria comunidade poderá se reunir para discutir temas relacionados à saúde.

É necessário reconhecer a população como sujeito protagonista, o qual irá influenciar e ser parte do processo de produção e cuidado em saúde (PESSANHA; CUNHA, 2009). Assim, a educação não deve servir apenas como uma forma de alfabetizar, mas como um modo de fazer o homem assumir a sua dignidade enquanto detentor de cultura própria e capaz

de fazer história. Para isto, não basta apenas dar informação, é preciso fazer com que os usuários participem das ações (DINIZ; FIGUEIREDO; SCHAL, 2009).

4.3.1.3 Relevância observada pelas enfermeiras nas suas práticas de educação em saúde

Haja visto os conceitos abordados no referencial teórico sobre educação em saúde e a discussão realizada nas outras duas categorias deste tema, foi possível perceber que trabalhar com práticas educativas exige a obtenção de diversos saberes, além de um constante contato com a comunidade adscrita e conhecimento acerca da dinâmica característica dela.

Observando isto, pode-se inferir que os profissionais que pretendem trabalhar com atividades educativas, concordando com o seu amplo conceito, precisam, primeiro, verificar a importância do que está sendo feito para poderem realizar tais práticas. Desta forma, esta categoria pretende refletir sobre qual a relevância observada pelas enfermeiras nas suas práticas de educação em saúde, visto que isto foi, inclusive, um ponto trazido por elas.

É de extrema importância que o educador em saúde detenha uma identificação emocional com a sua prática para assegurar a participação individual e coletiva da comunidade no que é desenvolvido. Sem isto, não é possível obter resultados profundos e duradouros (DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

(...) tem que melhorar... tem que voltar a acontecer. De que forma isso vai voltar a acontecer a gente tá tentando achar algumas coisas, né... mas tem que melhorar, tem porque tá praticamente zero. Então tem que voltar a acontecer, tem que voltar a estimular, tem que... tem que acontecer. – E01

Eu acho exatamente isso, né, a importância da questão da educação em saúde, né. A gente sabe que não são todos os profissionais, isso aí vai de perfil de profissional, de porque que ele tá no programa, de ele entender a importância da atividade educativa na unidade, no desenvolvimento do programa. – E08

Percebeu-se que as enfermeiras verificam que as atividades educativas são uma parte importante do trabalho desenvolvido por elas, ao mesmo tempo em que informam que isto não é observado por todos os profissionais, pois esta percepção vai depender do seu perfil e do que ele entende da Estratégia Saúde da Família.

Elas também trouxeram, de forma dispersa, algumas conseqüências positivas da educação em saúde: a) prevenção de doenças e complicações; b) mudança ou formação de

hábitos saudáveis e responsáveis; c) formar opiniões; d) possibilidade de trocas de saberes (científico e popular); e) mudança do modelo hegemônico, com a conseqüente participação ativa dos usuários; e f) a promoção da saúde.

Houve uma época que era assim... foi a época do sonho... a gente realizou um sonho (...) tentando mostrar pra comunidade que o modelo agora, assim, não era aquela coisa, assim, né...vertical que a gente chegava e dizia: olha, a gente vai falar isso, porque nós sabemos tudo e eu sou a enfermeira, ele é o médico, ela é a técnica de enfermagem, entendeu... então a gente conseguiu mostrar pra comunidade que tava mudando e tal e que eles teriam ali... era uma participação ativa mesmo deles, que eles poderiam sugerir o tema e a gente tá sempre trocando, discutindo. – E06

E, os espaços são esses, mas, infelizmente, a adesão é pouca, né, com adolescente a gente até consegue fazer e é importante você tá trabalhando isso no... porque, senão, só... consulta, no consultório e não sei o que, não sei o que, isso não... não é promoção à saúde também, né, você só tá intervindo na hora de... uma demanda específica, né, mas de formar opiniões, de formar hábitos, você não tá conseguindo fazer... porque o espaço é pequeno. – E10

É perceptível, então, que as enfermeiras deste estudo puderam vislumbrar a educação em saúde como um meio para se atingir mudanças tanto para os próprios usuários do sistema de saúde, bem como alterações profundas na sociedade, como a mudança do modelo biomédico, e para o alcance da promoção da saúde.

Comparando-se o que foi observado neste estudo, é possível perceber uma diferença positiva com relação ao estudo de Machado (2007), o qual refere que os profissionais de saúde viam nas atividades educativas apenas um meio de transmitir conteúdos, orientar e ensinar, principalmente, a prevenir doenças.

A mesma autora traz que em uma visão mais ampla, a educação em saúde deve desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela própria saúde, da sua família e comunidade, participando da vida desta construtivamente. Assim, as pessoas capacitadas pelo processo de educação em saúde devem se tornar sujeitos ativos na tomada de decisão para melhoria da sua qualidade de vida, bem como na busca do avanço de sua comunidade (MACHADO, 2007).

4.3.2 Tema 2: Realidade Vivenciada pelas Enfermeiras

Neste tema, pretende-se especificar como as enfermeiras percebem as suas realidades, citando as necessidades, limitações, desafios e sugestões trazidos por elas enquanto vivenciam a construção das práticas educativas preconizadas pelo MS. Serão apresentados também, os motivos que levaram estas profissionais a escolherem trabalhar em uma ESF, ao invés de seguir por outras áreas de atuação, pois se pressupõe que eles poderão influenciar no tipo de atividade desenvolvida, além do envolvimento e importância que é dispensado a tais práticas.

Pode-se conceituar a satisfação segundo Antunes (1996 *apud* BATISTA *et al*, 2005) como o estado no qual o trabalhador sente-se com disposição ou vontade para exercer o seu trabalho de modo produtivo.

No que se refere a tais motivações, verificou-se, nas falas das enfermeiras que todas estavam lá porque, de alguma forma, gostavam da saúde pública e da atenção básica. A maioria explicitou que trabalhavam na ESF porque gostavam do tipo de trabalho proposto pela estratégia, sendo os mais citados o fato de poder trabalhar com a prevenção e de ter uma relação mais próxima com a comunidade, mas também foi abordado por uma das enfermeiras o fato de poder trabalhar em equipe.

Tanto Batista *et al* (2005), quanto Pereira e Fávero (2001), em seus estudos com enfermeiros, demonstraram que “o trabalho em si” é o fator motivacional prioritário para estes profissionais, sendo também citados o bom relacionamento multiprofissional no ambiente de trabalho, dentre outros fatores, como a possibilidade de reconhecimento profissional e o salário.

Batista *et al* (2005), ainda cita a questão de que o poder de resolutividade, atrelado ao compromisso com a população, também são considerados fatores motivacionais no cumprimento das suas profissões.

Eu gosto muito da saúde pública, eu acredito na saúde pública, na atenção básica... Que a gente pode fazer aqui e evitar os prejuízos, né, de chegar lá na atenção secundária e terciária. – E04

O motivo é que eu sempre me dediquei a saúde pública (...) isso de trabalhar junto com a população é muito gratificante. – E09

(...) a Estratégia Saúde da Família, dando a possibilidade de você trabalhar, de você trabalhar numa equipe (...) a unidade toda voltada para trabalhar com a família, né... de você ter outros... outros colegas, de você dividir isso com outros

colegas, com o médico, com o odontólogo, com o técnico de enfermagem, com o ACD, né, então, assim, era assim uma perspectiva bastante interessante (...) – E10

Além destes motivos, também surgiu o fato de serem enfermeiras que já trabalhavam no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou em outros setores da saúde coletiva, de forma que a migração para a ESF foi algo natural. Como também houve enfermeiras que demonstraram já terem optado por esta área desde a graduação ou por terem se identificado através dos estágios ou disciplinas, ou por conhecerem pessoas que as incentivaram.

(...) quem já está com a saúde básica, quem já está com a saúde pública então é tentar, né. – E01

(...) antes de eu me formar eu já tinha me decidido que eu queria trabalhar com a saúde da família. Eu conhecia várias pessoas que faziam residência de saúde da família no ISC (Instituto de Saúde Coletiva) e aí, me incentivou (...) – E02

(...) eu já trabalhava com unidade básica e, antes de trabalhar com saúde da família eu trabalhava com PACS (...) eu já tinha esse contato de... de comunidade, de visitas (...) foi quando começou em Salvador, é, né, a Estratégia Saúde da Família, dando a possibilidade de você trabalhar, de você trabalhar numa equipe, né... a unidade voltada... a unidade toda voltada para trabalhar com a família (...) – E10

Assim, é possível perceber que todas as enfermeiras já possuíam alguma história com a saúde coletiva, sendo isso que, provavelmente, continue-as impulsionando a continuar e a gostar do trabalho delas independente dos problemas que surgem durante o caminho.

(...) algumas coisas deram certo, claro, que outras não deram certo, muitas coisas não... é assim, a estratégia só, não é suficiente, você precisa de ter todo um staff por trás e você não tem, mas assim, que, ainda é uma estratégia boa, né, e assim, funcionante, dá uma resposta interessante à população, eu acho que, por conta disso, eu estou até hoje. – E10

Essas dificuldades foram explicitadas pelas enfermeiras durante as entrevistas, podendo ser subdivididas em: causas relacionadas ao distrito ou a Secretaria de Saúde; relacionados às especificidades do trabalho desenvolvido em uma ESF; e relacionados a questões pessoais dos sujeitos de pesquisa.

Todas as enfermeiras mencionaram haver uma falta de apoio dos setores hierarquicamente superiores no que se refere à liberação de recursos, tanto materiais, quanto financeiros, para serem utilizados nas atividades educativas. Elas informaram que houve um período (nos primeiros anos de implantação das ESF's) em que todos os materiais necessários

eram dispensados para as unidades, no entanto, nos últimos anos, houve um declínio no que era oferecido aos serviços, sendo necessário, inclusive, que as próprias enfermeiras comprassem o material necessário para as atividades.

Nos estudos de Machado (2007), em um município do Ceará, e Giroti, Nunes e Ramos (2008), em um município do Paraná, também identificaram essa falta de apoio, no que se refere a recursos dos mais diversos tipos para poderem realizar não apenas as atividades educativas, mas outras atividades da ESF.

(...) a questão de não ter ajuda financeira também do distrito, nem da secretaria, então tudo o que a gente comprava era com dinheiro da equipe, e aí como a gente ficou nesse período que eu falei sem receber, sem não sei o que, e tudo e tudo, aí ficou meio perdido, ninguém queria, nem podia ficar com todo o custo e aí ficar só falando a gente ainda tinha, teve alguns encontros, mas acabou morrendo porque não tinha o que praticar, não tinha o que oferecer a elas nem de lanche, nem de nada, aí a coisa foi acabando, morrendo. – E01

Recurso nenhum a gente tem. Você não tem uma cartolina, você não tem um álbum seriado, um filme, um DVD, uma televisão... não tem nada. Então é tudo com cara e com a força de vontade mesmo. Então você imprime em casa algumas coisas e traz, você compra alguma coisa e traz, mas não tem... o município não oferece (...) Isso é uma queixa que a gente sempre fez, mas nunca mudou (...) – E02

Segundo o Programa Nacional de Atenção Básica (2006), as secretarias municipais de saúde são responsáveis por garantir toda a infra-estrutura necessária para as unidades de saúde, incluindo recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para viabilizar as ações propostas, contudo, não há especificações do que pode ser fornecido.

Observando esta situação, verifica-se que é necessário que o distrito (ou a própria Secretaria de Saúde) estabeleça, de maneira concreta, o que pode ser oferecido às equipes de saúde da família, enquanto que estas devem realizar os seus pedidos em um tempo mínimo que propicie uma adequada logística e, principalmente, que ambas as partes cumpram o que foi acordado.

Segundo as enfermeiras, os materiais que elas precisam para trabalhar com educação em saúde são: lápis, papel, cartolina, hidrocor, álbuns seriados, panfletos/folders, datashow, DVD, dentre outros. Elas informam que, se tivessem esse material, poderiam se concentrar mais em outras questões também relacionadas as práticas educativas, como o seu planejamento e organização.

(...) a gente, às vezes, quer fazer uma coisa mais elaborada e a gente não tem, assim, a quantidade de panfletos, a quantidade de material educativo pra fazer, álbuns seriados... então eu acho que poderia melhorar nisso, na ajuda dessa parte,

por que a gente se concentraria mais, assim, em convidar, em mais de tá... de preparar aquilo que a gente vai falar, entendeu... mudaria a metodologia, então eu acho que, nessa parte, eu acho que a secretaria falha um pouco, porque sempre vem muito pouco. – E09

Apesar de ser observada a constante falta de material, uma das enfermeiras trouxe a questão de que, mesmo quando algum recurso é conseguido, rapidamente ele se deteriora na unidade, trazendo o fato de que, talvez, os próprios profissionais não cuidem do que lhes é fornecido.

(...) às vezes quando chega também o álbum seriado não fica muito tempo entendeu... perde... rasga... amassa. – E02

Estas questões precisam ficar esclarecidas, pois os profissionais necessitam perceber que eles em muitos momentos ainda terão condições mínimas para poderem trabalhar tranquilamente, considerando, infelizmente a atual situação dos serviços de saúde no Brasil. Sabe-se que as condições e organização do trabalho e os relacionamentos intersetoriais podem influenciar negativamente nas ações e motivos que levam os trabalhadores a agir (PEREIRA; FÁVERO, 2001; BATISTA *et al*, 2005)

Segundo uma das enfermeiras, o que acontece geralmente é que o distrito sempre se preocupa em realizar cobranças, pois existem metas a serem cumpridas, sem disponibilizar as condições necessárias. Isto não pode acontecer, pois ocasiona insatisfação nos profissionais devido a uma lógica irracional de produção.

Essa questão de priorizar as metas relembra uma medicina simplificada, redefinida segundo a administração “científica” do trabalho, trazido pelo capitalismo moderno. Com ela, há a definição de que, para cada problema deverá ser estabelecido uma técnica de saúde pública, com metas, matematicamente calculadas, a serem atingidas, sugerindo, assim, um padrão tecnicista (VASCONCELOS, 1997).

Além disto, quando o profissional está mais preocupado em cumprir metas e objetivos previamente traçados, a sua pedagogia se resumirá em agir de modo que a população se mobilize em torno de suas metas. É preciso saber que, se o objetivo das atividades de um serviço de saúde é fazer com que os usuários cresçam em termos de consciência e autonomia, a equipe de saúde deverá ser, primeiramente, um educador e não um cumpridor de metas de saúde pública (VASCONCELOS, 1997).

(...) cobra muito e o que dá de subsídio, assim, pra você trabalhar, é muito pouco, ou quase nada... entendeu... é muita cobrança... é porque tem que alcançar meta,

né... tem que... atingir a meta e não sei o que... que pactuou isso, que pactuou aquilo... sim... e a gente vai fazer como? Milagre?... Você tá entendendo?... A gente aqui levou mesmo quase um ano ou mais de um ano sem glicosímetro. Entendeu?... Então como é que você vai trabalhar, que aqui somos quatro equipes, como é que você vai trabalhar, na sua microárea, vai trabalhar com o seu usuário, com a sua comunidade, com portador de diabetes, que você fala com a pessoa que tem que, pelo menos, duas vezes na semana, que precisa tá com a glicemia controlada, que não tem condição de tá com o aparelho em casa, que ele precisa vim na unidade, pra gente tá monitorando pelo menos a glicemia capilar, né... a pós-prandial... se chega aqui na unidade, não tem o aparelho, não tem o aparelho, quando tem o aparelho, não tem a fita, não tem fita, não tem fita, entendeu... então você acaba caindo no... ah, mas tem que cumprir porque foi pactuado (...) – E06

O que deve ser feito nessas situações é, junto com os usuários, buscar alternativas, sempre mostrando esta carência de recursos, para que eles se conscientizem e possam, no futuro, conquistar uma transformação. Contudo, não é fácil trabalhar educativamente a insatisfação da população com o serviço, pois ela gera inúmeras situações e sentimentos que cortam o diálogo (VASCONCELOS, 1997).

Todavia, a questão da falta de recursos materiais e financeiros não é o único problema que atrapalha o planejamento e a execução das atividades educativas, outras questões que estão relacionadas às especificidades do trabalho das ESF's e ao próprio processo de trabalho das equipes, também dificultam a realização da educação em saúde.

(...) eu poderia tá participando de outros grupos entendeu... Só que a rotina, o corre-corre termina que você não participa de tantos quanto poderia (...) – E02

(...) a gente vem sempre planejando, planejando, mas por conta de muita coisa acontecendo ao mesmo tempo, a gente não consegue dar andamento em tudo (...) tem que ter um turno aqui para a gente planejar essa atividade... um turno e às vezes mais... tá tendo muita capacitação aí fora, muita reunião pra gente tá indo e isso tudo está tirando os profissionais da equipe (...) – E04

No que se refere às capacitações trazidas pela fala da enfermeira acima, foi percebido que, de maneira geral, o distrito ou a secretaria estão sempre oferecendo inúmeros cursos para que os profissionais possam estar se atualizando. Todavia, estes treinamentos desorganizam os planejamentos feitos pelos sujeitos de pesquisa, além de conterem temas geralmente referentes à: hipertensão arterial; diabetes mellitus; tuberculose; aleitamento materno; vacinação; câncer de mama; câncer de próstata; anemia falciforme; dentre outros. Temas que, em sua maioria, referem-se ao modelo biomédico de saúde.

Pessanha e Cunha (2009), em seu estudo no Rio de Janeiro sobre a educação permanente nas ESF's, identificaram haver certa regularidade nas capacitações oferecidas aos profissionais de saúde, entretanto, estas abordavam, principalmente, conteúdos considerados

prioritários pelo MS e gestores locais, para a ESF, como: Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); planejamento familiar; pré-natal; vacinação; amamentação; hanseníase; entre outros.

(...) ela (a Secretária de Saúde) tá sempre capacitando a gente, pena que, as capacitações são um pouco, é... assim... uma atrás da outra, então não dá pra gente se organizar em termos de agenda... aí a gente tem que desmarcar paciente, né (...)
– E07

O que foi trazido pela maioria das enfermeiras foi que estas capacitações são importantes e que vem a somar com os conhecimentos que já são próprios delas, no entanto, elas consideravam que o tema “como trabalhar com grupos de educação em saúde” também deveria ser abordado. Segundo os sujeitos de pesquisa, elas não sabiam como utilizar uma metodologia participativa e precisavam aprender sozinhas, pois esta temática não era abordada pelos cursos oferecidos.

A educação permanente para os profissionais devem basear-se em processos de qualificação em saúde, de modo a preencher os espaços vazios, a partir da observação dos problemas diários dos trabalhos das equipes, garantindo a qualidade e satisfação da atenção prestada ao usuário (BRASIL, 2005a).

Precisa, principalmente assim, você... é... não o tema... a... a questão técnica, eu acho que a questão técnica você domina, né, porque, assim, se você vai tá falando de DST, se você vai tá falando de corpo... isso você, por questão profissional você acaba tendo uma certa habilidade pra trabalhar isso, mas isso você não pode tá trabalhando de... de uma exposição oral, você tem que trabalhar com dinâmica, de uma forma lúdica, né, e pra você transformar isso numa coisa lúdica, numa coisa prazerosa, numa coisa fácil de você trabalhar, às vezes você não tem esse... essa capacidade toda e aí você precisa de uma dinâmica, você precisa de... de métodos pra você estar trabalhando isso de uma forma tranqüila, né, e isso muitas vezes a gente não tem, aí, por exemplo, toda vez que tem um grupo eu tenho que ir para internet, né, tem que procurar, ligar pra alguém: “olha, você tem uma dinâmica, você tem..., você tá conseguindo fazer uma coisa diferente?...”, né, e isso, o profissional da saúde tem pouco, né, então essa coisa de dinâmica e não sei o que eu acho interessante se a gente tivesse a oportunidade de tá trabalhando isso, né, com educadores, com pessoas que trabalhem dessa forma é sempre bom. – E10

Esta enfermeira em especial, percebeu a importância de ter um educador/pedagogo ajudando a equipe neste trabalho de educação em saúde, além de que os profissionais de saúde, de uma maneira geral, não são preparados, nos seus cursos de graduação, para trabalhar com atividades educativas. O que se percebe, então, é a existência de um problema de cunho estrutural.

Isto também foi percebido no estudo de Besen *et al* (2007), no qual os profissionais afirmaram não terem aprendido como realizar a educação em saúde dentro das universidades, além disto, a academia também foi caracterizada como um espaço de ensino verticalizado, negligenciando o processo de ensino/aprendizagem e a interação educador/educando.

A formação acadêmica dos profissionais, de uma maneira geral, apresenta uma visão curta, limitada apenas nos aspectos biológicos, todavia, esta formação precisa ir além; ela precisa conter aspectos de outras ciências, além de propiciar a superação do conceito tradicional de saúde, para um que considere os determinantes sociais de saúde. Desta forma, as equipes de saúde estarão preparadas para entender as diversas realidades que podem existir em uma sociedade (VASCONCELOS, 1997; GIL *et al*, 2008; DINIZ; FIGUEIREDO; SCHALL, 2009).

(...) na sua graduação de todos os profissionais, você não tem você não passa por isso, sabendo que você vai ter que trabalhar com isso, quando você estiver lá na ponta, né, não... pelo menos na minha época, nem se tocava nisso, então você tem que vir... de uma certa forma, preparado para essa demanda que tem, de você profissional, você tem que ter essa demanda e você não vem pronto pra essa demanda, você tem que procurar, né, com os seus meios, pra você estar é... se qualificando, né, se embasando, às vezes, que não seja nem uma qualificação, mas você tem que tá procurando, tá buscando coisas que te embasem, pra poder tá trabalhando dessa forma (...) – E10

Somado a esta situação, há a questão da fragilidade dos vínculos empregatícios da atenção básica na cidade do Salvador. As enfermeiras informaram ter passado por um período sem receber o salário e sem ir trabalhar na área, por decreto da própria prefeitura, atualmente elas estão trabalhando a partir do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)¹⁴ firmado pela prefeitura da cidade, porém, o mesmo não lhes garante todos os direitos de trabalho. A falta de estabilidade dos profissionais, seja nos municípios ou nas equipes, gera uma instabilidade no trabalho idealizado para o SUS (MACHADO, 2007).

(...) agora mesmo aqui em Salvador, estamos vivendo outro material... outro momento assim, terrível, muito difícil pra gente, que é: nós fizemos essa seleção, foi, precisamente, setembro de 2003, aí fizemos essa seleção pro PSF Salvador, aí todo mundo era... todo mundo sabia que íamos trabalhar para a prefeitura de Salvador, vai todo mundo fazer a seleção e tarará tarará... Vai em 2003 mesmo... final de 2003

¹⁴ Segundo o Ministério Público do Trabalho da Bahia (MPT/BA) (BAHIA, 2008), o TAC foi firmado pela prefeitura de Salvador, visando regularizar a situação dos cerca de 7 (sete) mil profissionais que prestavam serviços em regime de terceirização nos programas do SUS (agentes de endemias e trabalhadores das equipes de saúde da família), por meio da Fundação Real Sociedade Espanhola de Beneficência. Este termo deveria reger as relações trabalhistas entre o município e os trabalhadores até a realização de concurso público para provimento das vagas necessárias, o qual, segundo determinação do MPT/BA de dezembro de 2008, deveria ocorrer no prazo improrrogável de um ano.

já começou a chamar o povo... eu vim pra aqui em 2004, vou fazer 6 anos agora em setembro aqui... resultado: daqui a pouco não era mais prefeitura, era terceirizado o serviço, daqui a pouco sai a terceirização, sai a Real (Fundação Real Sociedade Espanhola de Beneficência) e entra o município de Salvador e a gente agora... tá vivendo, assim... com o TAC, e o TAC agora, o secretário de saúde pediu, ao Ministério Público, que nós, funcionários, fossemos substituídos pelo pessoal do REDA, 50% em outubro, 50% em novembro, entendeu... pra gente ser demitido (...) e aí vem cobrando da gente que tem que cumprir isso e cumprir aquilo, entendeu e aí fica todo mundo de saco cheio, a gente querendo já que resolva. – E06

A soma de todas essas situações discutidas tanto neste tema, quanto no tema 1, reflete na motivação das enfermeiras, percebeu-se que elas se sentiam desmotivadas e desestimuladas para continuar trabalhando com a educação em saúde.

O que se observa é que os profissionais de saúde são trabalhadores assalariados submetidos aos limites e normas impostas pelas instituições do setor saúde (escassez de recursos, intensas exigências de inúmeras atividades, tanto administrativas, quanto assistenciais, dentre outras) e, também, à dominação do poder econômico. Desta forma, percebe-se que há inúmeras necessidades e que esses setores descobertos irão ocasionar cobranças e insatisfações por parte dos profissionais (VASCONCELOS, 1997).

Na verdade, o SUS ainda apresenta muitos obstáculos para a sua efetividade, havendo diversos “nós” na sua macropolítica em saúde (falta de recursos, de intersetorialidade, de profissionais aptos a trabalhar com o conceito ampliado de saúde e os princípios do SUS, entre outros). Todas estas dificuldades irão produzir descrédito na população usuária e insatisfação e frustração dos profissionais de saúde (PESSANHA; CUNHA, 2009).

Muitas vezes os profissionais tem todo um trabalho para preparar as palestras, para conseguir o material do distrito sanitário de saúde, às vezes precisa gastar do próprio dinheiro e vem apenas duas ou três pessoas. – E03

(...) tem horas que eu fico muito aborrecida... digo... olha, eu vou sair desse negócio, vou procurar... vou voltar pro meu hospital, vou cuidar dos meus doentes... passar as minhas sondas, viu... fazer meus curativos... é bem melhor do que esse negócio de PSF que eu não to vendo nada de coisa... só to me estressando, mas depois eu fico... no outro dia eu vou dormir tiririca assim... com uma raiva, com uma raiva... aí pronto... depois, no outro dia quando eu acordo, eu... olha eu com a cara de pau de novo no PSF... sei não. – E06

Apesar de tudo o que já foi discutido, as enfermeiras demonstraram que continuam tentando realizar as atividades educativas, provavelmente, devido ao fato delas acreditarem/gostarem da atenção básica e porque elas vêem a importância da educação em saúde, como foi explicitado anteriormente.

(...) a gente deu uma parada no passado e esse ano tá voltando meio que capengando ainda, mas a equipe tá com gás. Pra agora no início desse ano tá voltando a tudo que é normal. – E04

*Hoje tá naquela fase de resgate, né... estamos, de novo, tentando reconquistar a comunidade, né, pra mostrar que... a gente tá começando do zero praticamente (...)
– E06*

Convém destacar que o “gostar do que se faz”, envolvendo o conteúdo do cargo, as tarefas e os deveres relacionados com o cargo em si, são fatores motivacionais do trabalho, sendo, também, a única categoria que não é considerada como algo que desmotive os profissionais. Desta forma, o “trabalho em si” pode produzir efeitos duradouros de satisfação, aumentando a produtividade em níveis de excelência, pois o próprio trabalho recompensa o indivíduo, pelo fato de encontrar nele o atendimento das próprias aspirações (PEREIRA; FÁVERO, 2001).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste estudo representa todo um trabalho realizado ao longo deste último ano, que envolveu muito aprendizado e reconhecimento de como a educação em saúde se desenvolve nos serviços, algo que, durante a minha graduação, não me foi proporcionado da maneira mais adequada possível pelas disciplinas curriculares. Vislumbrando isto, percebo que os motivos que me levaram a pesquisar este tema foram completamente satisfeitos, assim como os objetivos propostos na introdução desta pesquisa.

Foi possível identificar, com clareza, as atividades educativas que são realizadas pelas equipes de saúde da família, mediante as falas das enfermeiras. São práticas que, infelizmente, em sua maioria, ainda não contemplam o conceito ampliado de saúde e as novas teorias de educação e que, geralmente, não contam com uma grande participação dos usuários. Estes, segundo as entrevistadas, não vêem a importância das práticas preventivas, optando, desta forma, por práticas ainda voltadas para o modelo biomédico. Mas como é possível querer que pessoas que não tiveram a mesma formação que os profissionais (no sentido de aprender estas mudanças na área de saúde), consigam entender a importância de se mudar o atual modelo, se, geralmente, elas só percebem que não estão mais saudáveis quando a dor chega e elas não conseguem mais realizar as suas atividades normais?

Observou-se também, que inúmeros fatores vivenciados nos ambientes de trabalho das enfermeiras influenciam no tipo de educação em saúde que é oferecido à população, como: a) o não conhecimento, por parte dos profissionais, de técnicas metodológicas diferenciadas e participativas, decorrente de uma formação acadêmica que não vislumbrasse tais aspectos; b) a falta de apoio do distrito e secretaria, no que se refere aos recursos materiais e financeiros e de educação permanente sobre educação em saúde; c) a pouca motivação dos profissionais devido aos vínculos empregatícios precários e à diminuída resposta dos usuários; e d) a rotina repleta de afazeres, tanto administrativos, quanto assistenciais, restando pouco tempo para a dedicação às práticas educativas.

Assim, percebeu-se que a realidade da educação em saúde em um dos distritos sanitários de saúde da cidade do Salvador – Ba, não favorece a criação de efeitos em longo prazo para desenvolver um pensamento na população que aborde os determinantes sociais da saúde, de forma a promover a participação popular e o controle social que são preconizados pelo SUS.

Entretanto, as mesmas pessoas que mantêm esta situação de educação em saúde voltada para a doença e com a finalidade apenas de transmitir informações têm o poder de modificá-la.

Foi identificado que todas as enfermeiras, primeiramente, trabalhavam com a saúde da família porque se identificavam com a estratégia que deveria ser desenvolvida e, principalmente, gostavam do que faziam. E, em segundo, todas também identificaram as atividades educativas como importantes, vendo nelas, não um meio para apenas passarem informações para a prevenção de doenças, mas algo que possa ir além; que possa ser considerado um dos instrumentos para se alcançar a promoção da saúde e a mudança do modelo de saúde ainda hegemônico.

Durante as entrevistas era perceptível o fato de que elas estavam ali tentando de todas as maneiras e se frustravam por não conseguirem realizar uma atividade educativa que pudesse contar com uma grande participação da comunidade. Como foi possível visualizar no decorrer da análise, as enfermeiras estão tentando iniciar o processo de mudança de suas práticas educativas, mas isto ainda acontece de uma forma tímida e sem que elas saibam exatamente quais meios elas podem utilizar para conseguirem esta modificação.

É preciso que o governo invista nestes profissionais através da educação permanente, não somente a nível técnico, mas também em capacitações sobre as pretensões do SUS; os determinantes sociais da saúde; a importância da utilização das tecnologias leves na ESF; o uso de metodologias participativas; dentre outras que propiciem a estes profissionais realizarem uma educação em saúde segundo o preconizado e, principalmente, segundo as necessidades da população adscrita. Assim será possível realizar uma educação libertadora que promova a cidadania para aqueles que, muitas vezes, a tem usurpada devido as suas condições de vida.

Além disto, também é necessário que a universidade exerça o seu papel perante a sociedade que a mantém. Os seus currículos devem estar voltados para preparar os futuros profissionais de saúde a trabalhar de um modo diferente ao que prega o modelo biomédico. Mas a sua contribuição também deve estar voltada para o presente, devendo mostrar maior interação entre o ensino e a academia, de modo a fazer com que os conhecimentos formados neste último, possam alcançar o primeiro.

Este estudo, pelo tipo de abordagem utilizada, propiciou um entendimento de uma realidade em um determinado espaço geográfico e de tempo, todavia, a apresentação dos resultados preliminares desta monografia na I Mostra de Saúde da Família, realizada em junho de 2010, na cidade do Salvador – Ba e que contou com a presença de inúmeros

profissionais do estado da Bahia, me proporcionou a percepção de que esta realidade também é vivenciada por profissionais de outras USF's. Verifica-se, então, a necessidade de comprovar isto através de estudos em outros locais, de modo a permitir um mapeamento da situação da cidade, de modo a poder mostrar alternativas mais concretas para alcançar a mudança.

Também é necessária a realização de estudos em outras questões que este trabalho deixou em aberto: faltou nesta pesquisa o entendimento das visões dos usuários e dos gestores da saúde no município, de modo a entender melhor a dinâmica desta problemática, o que propiciaria uma visão global da questão “educação em saúde” no município de Salvador.

Conclui-se que este trabalho atendeu ao que lhe foi proposto e permitiu um crescimento que foi além do campo acadêmico e profissional, alcançando, também, o nível pessoal da autora.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver?. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro. Ed. Hucitec/Fiocruz, 2008, p. 171 – 186.
- ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 15, p. 259 – 274, mar/ago 2004.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39 – 52. fev 2005.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária a saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro. Ed. Hucitec/Fiocruz, 2008, p. 783 – 836.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e Saúde: articulações e interfaces. In: ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2007, p. 19 – 34.
- ARAÚJO, Flávia Mentor de. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB**. Campina Grande : UEPB: 2004. 71f. Monografia (curso de especialização em Saúde da Família para Profissionais do Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB). UEPB; NESC-UFPB; SMS de Campina Grande, 2004.
- BAHIA. **Acordo aponta fim da precarização nas relações de trabalho do PSF e agentes comunitários e de endemias em Salvador**. Ministério Público do Trabalho da Bahia. Procuradoria Regional do Trabalho da 5º Região – Bahia. 2008. Disponível em: <http://www.prt5.mpt.gov.br/>. Acesso em: 29/06/2010
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 7ª ed. São Paulo: Edições 70, 2008.
- BATISTA, Anne Aires Vieira *et al* . Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, mar. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jul. 2010.
- BESSEN, Candice Boppré *et al* . A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, Apr. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 04 jul 2010.

BITTAR, Telmo Oliveira *et al*, O sistema de informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v. 14, n° 1, p. 77 – 81, jan – abr, 2009.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Cidadania, Participação Popular e Saúde na Visão dos Profissionais do Setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (4): 446-456, out/dez, 1994.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; AFFONSO, Kátia de Carvalho. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Apr. 1998 .

BRASIL. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2º edição, 2005a (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) (Educação na Saúde)

_____. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. V. 01, 2003 (Série E. Legislação de Saúde)

_____. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil**: legislação federal compilada – 1973 a 2006. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria – Executiva. 2007a (Série E. Legislação de Saúde).

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2006 (Série Pactos pela Saúde 2006, v.4)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm#art6> Acesso em: 01 set 2009.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 20 jun 2010.

_____. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2005b (Série C. Projetos, programas e relatórios)

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. 1997

_____. **SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 2009 (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. **Treinamento Introdutório.** Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2000 (Milton Menezes da Costa Neto, org.)

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMPOS, Francisco Eduardo de *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. Revista **Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, mai/ago 2001

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209 – 213, 1997.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, ago. 2002 .

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (4), p. 725 – 737, abr. 2010

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, Fev 1988.

DINIZ, Maria Cecília P.; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; SCHALL, Virgínia Torres. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.533-556.

FAGUNDES, Norma Carapiá. **Em busca de uma universidade outra:** a inclusão de “novos” espaços de aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Salvador: UFBA, 2003. 229 f. Tese (doutorado). Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003

FRANCO DE SÁ, Ronice *et al* (orgs). **Manual do Método Bambu:** construindo municípios saudáveis. Recife, Ed. Editora Universitária da UFPE, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo, Ed. Paz Terra, 2010.

FREITAS, Fernanda Pini de; PINTO, Ione Carvalho. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Aug. 2005 .

GIL, Célia Regina Rodrigues et al . Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, June 2008 .

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006 .

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; RAMOS, Mara Lúcia Rocha. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008.

MACHADO, Maria de Fátima Antero de Sousa. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário do PSF por meio da participação habilitadora**. Fortaleza: UFC, 2007. 197 f. Tese (doutorado). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.

MARCUS, Marianne Taft; LIEHR, Patrícia R. **Abordagens de Pesquisa Qualitativa**. In: LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4º ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan S.A. p. 122 – 139, 2001.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2): 305 – 314, 1999.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. 2007. Disponível em http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf. Acesso em: 01 set 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro, Ed. Bertrand Brasil, 2009 (tradução Eloá Jacobina).

NEGRI, Barjas; WERTHEIN, Jorge. Apresentação. In: STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília. Ed. UNESCO/Ministério da Saúde, 2002, p. 13 – 14.

OLIVEIRA, Adriano de et al . A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, dez. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 jun. 2010.

OLIVEIRA, Michele Mandagará de. **Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família**. Ribeirão Preto: USP, 2008. 164 f. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2008

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009a (Coleção Temas em Saúde)

_____. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia.

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009b.

PEREIRA, Marta Cristiane Alves; FAVERO, Neide. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001 .

PESSANHA, Renan Vasconcelos; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 jun. 2010

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**. 53:251-63; 2000.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3º edição. Ed. Artes médicas. Porto Alegre, 1995.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- abr, 2004.

ROSEN, George. **As origens da saúde pública**. In: ROSEN, George. Uma História da Saúde Pública. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2006

SILVA, Anderson Soares da; LAPREGA, Milton Roberto. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n° 06, p. 1821 – 1828, nov – dez, 2005.

SOUZA, Heloiza Machado. Entrevista com a diretora do departamento de Atenção Básica – SPS/MS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, Número Especial, p. 7 – 16. Dez 2000.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília. Ed. UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; VELOSO, Raquel Coutinho. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n.

2, June 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 28 June 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciencias sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1ª edição. 16 reimpr. São Paulo. Atlas, 2008.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da Metodologia de Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 2ª edição, 2003.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo. Ed. HUCITEC, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semi-estruturado dos enfermeiros das equipes de saúde da família de um dos distritos sanitários de Salvador - Ba

ROTEIRO

Dados estruturados

1. Código para identificação: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: () Feminino () Masculino
4. Tempo que trabalha com a equipe de saúde da família: _____
5. Quantos anos de formado? _____
6. Pós-graduação: () Não () Sim; qual? _____
7. Participou de curso de capacitação quando iniciou na ESF? () Não () Sim

Entrevista

1. Fale dos motivos que o levaram a trabalhar na ESF?
2. Você realiza atividades de educação em saúde? Onde ela é realizada?
3. De zero a dez, escolha a pontuação que melhor representa a atividade de educação em saúde que você realiza e explique:
4. Como surge a escolha dos temas a serem trabalhados nas atividades de educação em saúde?
5. Quais são os temas mais trabalhados nas atividades?
6. Quantas atividades são realizadas por mês?
7. Fale como é a participação do usuário nas atividades de educação em saúde:
8. Na sua percepção, é necessária a existência de alguma capacitação para trabalhar com educação em saúde? Por que?
9. Você já participou de alguma atividade em conjunto com outro membro da equipe?
Fale sobre a sua percepção sobre esta experiência:
10. Na sua percepção, é preciso haver melhorias nas atividades de educação em saúde?
Tem alguma sugestão para melhorar as atividades de educação em saúde?

APÊNDICE B – Ofício de encaminhamento do anteprojeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-CEPEE/UFBA.

Salvador, _____.

Ilm^a Sr^a Coordenadora do CEPEE/UFBA
Prof^a Dr^a. Darci de Oliveira Santa Rosa

Vimos, respeitosamente por meio deste, encaminhar para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa o Projeto de Pesquisa intitulado: “Práticas Educativas na Estratégia Saúde da Família” de autoria de Thalita Lôbo Gianucci sob orientação da Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira. Desde já obrigada pela sua atenção.

Atenciosamente,

Thalita Lôbo Gianucci
Aluna do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA

Prof^a Dr^a Michele Mandagará Oliveira
Escola de Enfermagem da UFBA

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser assinado pelos sujeitos de pesquisa

Participante nº _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO

Título do Projeto: *Práticas Educativas na Estratégia Saúde da Família*

Nome do Investigador Principal (Orientadora): *Michele Mandagará Oliveira*

Nome da Orientanda: *Thalita Lôbo Gianucci*

Entende-se que a análise e compreensão da educação em saúde, enquanto prática da equipe de saúde dos serviços, são fundamentais para o empoderamento e a co-participação dos usuários dos sistemas de saúde nos processos saúde / doença. Para isto estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Práticas Educativas na Estratégia Saúde da Família”, a qual apresenta como objetivo geral identificar as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família. Este projeto será realizado por Thalita Lôbo Gianucci, graduanda do curso de enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA, sendo orientada pela Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira, pertencente também a referida universidade. Para conseguir alcançar o objetivo proposto pela pesquisa solicitamos a participação de colaboradores / voluntários que respondam ao roteiro da entrevista, quando será utilizado o gravador de áudio, sendo as falas posteriormente transcritas. O tempo de duração da entrevista será previamente acordado entre entrevistado e pesquisador, a fim de beneficiar a ambos. O material gravado e transcrito será guardado por nós na Escola de Enfermagem da UFBA durante cinco anos e estará a sua disposição sempre que deseje. Afirmamos garantir que quaisquer informações referentes à metodologia e ao andamento da pesquisa lhe serão fornecidas a qualquer momento que pedir esclarecimentos. Garantimos, também, a liberdade de recusar a participar desta pesquisa, bem como de retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. O conteúdo da entrevista será utilizado apenas para fins científicos (Trabalho de Conclusão de Curso e artigos científicos), garantido-se o anonimato dos colaboradores / voluntários. Com o resultado desta pesquisa serão produzidos relatórios, artigos para publicação, apresentação em congressos nacionais e internacionais. Nem os pesquisadores nem os colaboradores terão benefícios diretos ou indiretos e os ônus correrão por conta dos pesquisadores, ou seja, você também não

terá despesas pessoais com a pesquisa. Esta pesquisa não causará nenhum tipo de risco e/ou dano físico ou moral. Desta forma, torno claro quanto é importante para nós a sua participação e caso aceite participar peço registre a sua concordância no termo que segue em duas vias das quais uma ficará com o sr (a) e outra com os pesquisadores.

Eu, _____, RG _____, informo que li e entendi as informações relacionadas no texto acima, bem como os esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “Práticas Educativas na Estratégia Saúde da Família”. Considero-me suficientemente esclarecido(a) e aceito participar emitindo minha opinião quando solicitada. Além de estar ciente de que em algum caso de dúvida sobre ética em pesquisa, posso entrar em contato com a própria pesquisadora.

Nome do (a) colaborador (a)

Assinatura

Data

Thalita Lôbo Gianucci

Tel: (71) 88040021 E-mail: thalita.gianucci@gmail.com

Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira

End: Av. Augusto Viana, S/N Bairro: Canela Salvador-BA

Tel para contato: (71) 32837620 e (71) 81243178 E-mail: micheleoliveira@ufba.br

APÊNDICE D – Ofício de encaminhamento do anteprojeto de pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador - Ba



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ilmo(a) Sr(a) Coodenador(a)

Na qualidade de aluna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EE-UFBA), vimos, respeitosamente, solicitar autorização para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso nas Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes a um dos distritos sanitários de saúde da cidade do Salvador - Ba. O presente projeto está intitulado como: Práticas Educativas na Estratégia Saúde da Família.

O estudo tem por objetivo identificar as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família. A orientadora do trabalho é a Prof^a. Dr^a. Michele Mandagará Oliveira da Escola de Enfermagem - UFBA. Serão garantidos os sigilos, o anonimato, o respeito a todos os sujeitos envolvidos e à instituição em estudo.

Certa de contar com sua habitual atenção, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Thalita Lôbo Gianucci
Aluna do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA

Prof^a Dr^a Michele Mandagará Oliveira
Escola de Enfermagem da UFBA

ANEXOS

ANEXO A – Ofício de autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador - Ba



**Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Subcoordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal**

Salvador, 25 de setembro de 2009.

Ofício Nº. 269 /2009.

Sr^(a). Coordenador ^(a)

Estamos autorizando **THALITA LÔBO GIANUCCI**, aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA a executar projeto de pesquisa de TCC intitulado **“Práticas Educativas na Estratégia Saúde da Família”**.

A pesquisa deverá ser operacionalizada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, e em conformidade com as normas e rotinas do serviço, bem como a disponibilidade dos profissionais envolvidos para a sua realização.

Cordialmente.


Almir Silva Ferreira
Educação Permanente


Flávia Daniela Miranda de Mattos
Subc. Acomp. Distrital/SMS

Ilm^o ^(a) Sr ^(a).

Dr. ^(a). Darcy de Oliveira Santa Rosa

MD. Coordenador ^(a) do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA

ANEXO B – Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Campus Universitário – Vale do Canela /CEP.: 40110-060-Salvador-Bahia

PARECER DO CEPEE.UFBA

O Protocolo nº 47/09 – FR 4709 – Práticas Educativas na Estratégia de Saúde da Família foi considerado **APROVADO**, devendo o pesquisador lembrar-se da entrega DO RELATÓRIO Final, conforme a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 196/96.

Situação atual: APROVADO.

Cordialmente,

Darci Santa Rosa
Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BA 10111

ANEXO C – Calendário da Saúde

Calendário da Saúde**Janeiro**

02 – Dia do Sanitarista e Dia da Abreugrafia
 04 – Dia do Hemofílico
 14 – Dia do Enfermo
 19 – Dia Mundial do Terapeuta Ocupacional
 20 – Dia do Farmacêutico
 24 – Dia da Previdência Social e Dia Mundial do Hanseniano
 30 – Dia da Não Violência

Fevereiro

05 – Dia da Papiloscopia
 11 – Dia Mundial do Enfermo

Março

07 – Dia Nacional de Prevenção às Doenças Alérgicas e Dia Mundial do Combate à Asma
 09 – Dia da Nefrologia
 10 – Dia Nacional do Combate ao Sedentarismo
 21 – Dia Internacional Contra a Discriminação Racial
 22 – Dia Mundial da Água
 24 – Dia Mundial de Combate à Tuberculose
 31 – Dia da Saúde e Dia da Nutrição

Abril

04 – Dia Nacional do Parkinsoniano
 07 – Dia Mundial da Saúde e Dia do Médico Legista
 08 – Dia Mundial da Luta Contra o Câncer
 12 – Dia do Obstetra
 14 – Dia do Técnico em Serviço de Saúde
 17 – Dia Internacional da Hemofilia
 26 – Dia Nacional de Prevenção e de Combate à Hipertensão Arterial
 28 – Dia Internacional das Vítimas de Acidentes de Trabalho e Dia de Doenças Profissionais

Mai

07 – Dia do Oftalmologista
 08 – Dia Internacional da Cruz Vermelha

12 – Dia da Enfermagem
 15 – Dia do Assistente Social e Dia do Combate à Infecção Hospitalar
 18 – Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes e Dia Nacional da Luta Antimanicomial
 25 – Dia do Massagista
 26 – Dia do Oftalmologista e Dia Nacional do Combate ao Glaucoma
 28 – Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher
 31 – Dia Mundial sem Tabaco

Junho

05 – Dia Mundial do Meio Ambiente
 06 – Dia Nacional do Teste do Pezinho
 09 – Dia da Imunização
 11 – Dia do Educador Sanitário
 14 – Dia Mundial do Doador de Sangue
 18 – Dia do Químico
 21 – Dia Nacional de Controle de Asma
 26 – Dia Internacional sobre o Abuso e o Tráfico Ilícito de Drogas

Julho

01 – Dia da Vacina BCG
 02 – Dia do Hospital
 13 – Dia do Engenheiro de Saneamento
 18 – Aniversário do SAMU
 25 – Aniversário de Criação do Ministério da Saúde
 27 – Dia Nacional da Prevenção de Acidentes do Trabalho e Dia do Pediatra

Agosto

01 – Dia da Amamentação
 05 – Dia da Farmácia e Dia Nacional da Saúde (nascimento de Oswaldo Cruz)
 08 – Dia Nacional de Combate ao Colesterol
 10 – Dia da Enfermeira
 27 – Dia do Psicólogo
 29 – Dia Nacional do Combate ao Fumo
 31 – Dia da Nutricionista

Setembro

- 03 – Dia do Biólogo
- 05 – Dia do Oficial de Farmácia e Dia Nacional de Conscientização e Divulgação da Fibrose Cística
- 08 – Dia Nacional de Luta por Medicamento
- 09 – Dia do Médico Veterinário
- 10 – Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio
- 16 – Dia Internacional para a Preservação da Camada de Ozônio
- 19 – Dia do Ortopedista
- 21 – Dia Nacional de Luta da Pessoa Portadora de Deficiência
- 25 – Dia Mundial do Coração
- 27 – Dia Nacional de Doação de Órgãos

Outubro

- 01 – Dia Nacional de Doação de Leite Humano
- 02 – Dia Interamericano da Água
- 03 – Dia Mundial do Dentista
- 04 – Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde
- 10 – Dia Mundial da Saúde Mental
- 11 – Dia do Deficiente Físico
- 12 – Dia da Cirurgia Infantil
- 13 – Dia do Terapeuta Ocupacional e do Fisioterapeuta
- 16 – Dia Mundial da Alimentação e do Anestesiologista

- 17 – Dia Nacional da Vacinação e Dia Nacional de Combate à Tuberculose
- 18 – Dia do Médico
- 20 – Dia Mundial e Nacional da Osteoporose e Dia Nacional de Combate à Sífilis (3º sábado de outubro)
- 25 – Dia do Cirurgião Dentista e Dia Nacional da Saúde Bucal
- 27 – Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra
- 29 – Dia Nacional e Mundial da Psoríase

Novembro

- 10 - Dia Nacional da Surdez
- 14 – Dia Mundial e Nacional do Diabetes
- 18 – Dia Nacional de Combate ao Racismo
- 20 – Dia do Biomédico e Dia da Consciência Negra
- 21 – Dia Nacional da Homeopatia
- 25 – Dia Internacional do Doador de Sangue e Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher
- 27 – Dia Nacional de Combate ao Câncer

Dezembro

- 01 – Dia Mundial de Luta Contra a AIDS
- 02 – Dia Panamericano de Saúde
- 03 – Dia Internacional do Deficiente Físico
- 04 – Dia Municipal de Luta contra a Tuberculose
- 09 – Dia do Fonoaudiólogo e Dia do Alcoólico Recuperado