

TATIANA LUNELLI

**EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, com requisito parcial para obtenção do título de Mestre - Área de concentração Saúde da Família.

Orientadora: Professora Dr^a. Rosita Saupe.

Itajaí (SC)

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Lunelli, Tatiana
Equipes de Saúde da Família: concepções e
práticas de Educação em Saúde / Tatiana Lunelli –
Itajaí, SC, 2006.
107f.

Orientador: Dr^a. Rosita Saupe.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do
Vale do Itajaí.

1. Educação em Saúde. 2. Equipes de saúde
da família. 3. Sistema Único de Saúde

TATIANA LUNELLI

**EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre - Área de concentração Saúde da Família.

Itajaí (SC), 13 de dezembro de 2006.

Profª Drª Rosita Saupe

UNIVALI – Presidente/Orientadora

Profª Drª Águeda Wendaushen

UNIVALI – Membro da Banca

Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny

UFSC – Membro da Banca

Ao Arthur, amor da minha vida, por estar comigo em todos os momentos
– desde o início.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser refúgio, por ter me dado forças para chegar até aqui.

Ao Hélcio, meu amor, pela paciência em mais uma jornada, pelas opiniões e pelo suporte informático... pelas “voltinhas” com o Arthur

Aos meus pais, Nelson e Elenita, que sempre me apoiaram com seu amor, me incentivando em todos os momentos.

As minhas irmãs, Taisa e Taci, por estarem ao meu lado me ajudando sempre amo vocês.

As amigas Nádia e Miriã, o conceito de família ultrapassa os laços sanguíneos, e para mim é o que vocês representam – família.

Ao seu Mario e a D. Ingrid, por seu apoio, por serem prestativos em todos os momentos.

A professora Dr^a Rosita Saupe, pela paciência, pela sabedoria com que sempre me conduziu.

A todos os professores e funcionários do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, em especial a professora D^a Águeda Wendhausen pelo incentivo e pelo acreditar.

A secretaria de saúde de Pomerode, em especial ao D. Hamilton Petito e a enf. Kely.

Aos profissionais da estratégia de saúde da família, que me receberam e se disponibilizaram a participar deste estudo e que com as suas práticas constroem o SUS a cada dia.

Se enxerguei mais longe, foi porque me apoiei sobre os ombros de
gigantes.

Isaac Newton

LUNELLI, T. **Equipes de saúde da família: concepções e práticas de educação em saúde.** Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2006.

Orientadora: Dr^a. Rosita Saupe

RESUMO:

O conceito de saúde enquanto não somente ausência de doenças e a garantia constitucional de saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, com a constituição de 1988, resulta na criação do Sistema Único de Saúde. Este tem como princípios doutrinários e organizacionais: a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a equidade, a descentralização, a hierarquização e regionalização e a participação popular. A Saúde da Família tem se constituído como a estratégia prioritária para a efetiva implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde e de seus princípios. Com o trabalho de equipes multiprofissionais que priorizam uma nova relação com a comunidade se busca reverter a lógica da atenção tradicional a saúde. Dentre as atividades realizadas pelas Equipes de Saúde da Família a educação em saúde foi eleita como foco deste estudo, entendendo que a mesma possa fomentar o empoderamento comunitário promovendo saúde. Desta forma procurou-se conhecer as concepções e práticas de educação em saúde das Equipes de Saúde da Família a partir de um estudo exploratório de natureza qualitativa. Foram realizadas observações participantes com as sete Equipes de Saúde da Família participantes do estudo e doze entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores. Utilizando a análise de conteúdo das falas e dos registros das observações participantes foram identificadas categorias diante de dois núcleos temáticos: Concepções de educação em saúde (conceitos de educação em saúde e objetivos da educação em saúde); Práticas de educação em saúde (modelos de educação, métodos e dificuldades). Pode se concluir que o foco de atuação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família permanece voltado para a doença se refletindo em práticas curativas e em atividades educativas voltadas para a prevenção de doenças e seqüelas, a partir da mudança de hábitos, prevalecendo o modelo tradicional de educação através da utilização de métodos formais e informais. Fica evidente a importância da formação do profissional e da educação continuada frente à necessidade de consolidação do Sistema Único de Saúde e de seus princípios.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Equipes de Saúde da Família, Sistema Único de Saúde

LUNELLI, T. **Family health teams:** concepts and practices in health education.

Dissertation – Master's Degree Program in Health and Management of Work, Center for Health Sciences, University of Vale do Itajaí / SC, (2006).

Supervisor: Dr. Rosita Saupe

ABSTRACT:

The concept of health as going beyond merely the absence of sickness, and the constitutional guarantee of health as a right of every citizen, and the duty of the State, with the 1988 constitution, led to the creation of the *Sistema Único de Saúde*. Its doctrinal and organizational principles are: universality of access, holistic healthcare, equity, decentralization, hierarchy and regionalization, and popular participation. Family Health has been a major priority strategy in the effective implementation and consolidation of the *Sistema Único de Saúde* and its principles. With the work of multiprofessional teams, which give priority to building relationships with the community, it seeks to revert the logic of traditional healthcare. Among the activities carried out by the Family Health Teams, health education was selected as the focus of this study, with the understanding that it can provide community empowerment and promote health. Thus, it seeks to discover the concepts and practices of health education of the Family Health Teams, based on an exploratory, qualitative study. Participant observations were carried out with the seven Family Health Teams who took part in the study, and twelve semi-structured interviews with workers. Using content analysis of the speeches and records from the participant observations, categories were identified for the two core themes: Concepts of health education (concepts of health education and objectives of health education); practices of health education (education models, methods and difficulties). It can be concluded that the focus of attention of the Professionals working in the Family Health Teams remains centered on sickness, which is reflected in curative practices and educational activities geared towards the prevention of sickness and its effects, based on change of habits, with the traditional education model prevailing, through the use of formal and informal methods. The importance of professional training and continuing education are evident, in view of the need to consolidate the *Sistema Único de Saúde* and its principles.

Key words:

Health Education, Family Health teams, *Sistema Único de Saúde*

LUNELLI, T. **Equipos de salud de la familia**: concepciones y practicas de educación en la salud. Disertación (Maestría Profesionalízate en Salud y Gestión del Trabajo) –

Centro de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle del Itajaí (SC), 2006.

Conductora: Dna. Rosita Saupe

RESUMEN:

El concepto de salud mientras no solamente ausencia de enfermedades y la garantía constitucional de salud como derecho de todo ciudadano y deber del Estado, con la constitución de 1988, resulta en la creación del Sistema Único de Salud. Este tiene como principios doctrinarios y organizacionales: la universalidad de acceso, la integridad de la asistencia, la equidad, la descentralización, la jerarquización y la regionalización y la participación popular. La salud de la Familias ha constituido como la estrategia prioritaria para la efectiva implementación y consolidación del Sistema Único de Salud y de sus principios. Con el trabajo de equipos multiprofesionales que priorizan una nueva relación con la comunidad se busca revertir a la lógica de la atención tradicional a salud. De entre las actividades realizadas por los equipos de Salud de la Familia la educación en salud fue elegida como foco de este estudio, entendiendo que la misma pueda fomentar el emponderamiento comunitario promoviendo la salud. De esta manera se buscó conocer las concepciones y practicas de educación en salud de los Equipos de la Salud de la Familia partiendo de un estudio exploratorio de naturaleza cualitativa. Fueron realizadas observaciones participantes con los siete Equipos de Salud de la Familia participantes de la investigación y doce interrogatorios seme-estructuradas con los trabajadores. Utilizando el análisis del contenido de las hablas y de los registros de las observaciones participantes fueron identificadas categorías delante de dos núcleos temáticos: Concepciones de educación en salud (conceptos de educación en salud y objetivos de la educación en la salud); Practicas de educación en salud (modelos de educación, métodos, y dificultades). Se puede concluir que el foco de actuación de los profesionales de lo Equipos de Salud de la familia permanece vuelto a la prevención de enfermedades y secuelas, partiendo del cambio de hábitos, prevaleciendo el modelo tradicional de educación a través de la utilización de métodos formales e informales. Nos queda evidente la importancia de la formación del profesional y de la educación continua delante la necesidad de consolidación del Sistema Único de salud y de sus principios.

Palavras-llave: Educación en la Salud, Equipos de salud de la Familia, Sistema Único de salud

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 Pensando sobre o conceito de saúde.....	17
2.1.1 A promoção da saúde: possibilidade de uma nova prática de educação em saúde.....	24
2.2 A estratégia de saúde da família.....	27
2.3 A educação em saúde – elementos histórico conceituais.....	32
2.5 O empoderamento e sua relação com a educação em saúde.....	39
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
3.1 Tipo de estudo.....	44
3.2 Local de estudo.....	45
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	45
3.4 Operacionalização e desenvolvimento.....	46
3.5 Análise dos dados.....	48
3.6 Procedimentos éticos.....	49
4 RESULTADOS.....	51
4.1 Pomerode.....	52
4.2 A Estratégia de Saúde da Família em Pomerode	55
4.3 Categorias quanto às concepções e práticas de educação em saúde.....	65
4.3.1 Concepções de educação em saúde.....	66
4.3.1.1 Categoria conceito de educação em saúde.....	67
4.3.1.2 Categoria objetivos da educação em saúde.....	72
4.3.2 Práticas de educação em saúde.....	75
4.3.2.1 Categoria modelo de educação.....	75
4.3.2.2 Categoria métodos das práticas educativas.....	77
4.3.2.3 Categoria dificuldades no processo educativo.....	81

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICES.....	96
Apêndice 1 – Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	97
Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	99
ANEXOS.....	101
Anexo 1 – Autorização institucional.....	102
Anexo 2 – Parecer Comissão de ética em pesquisa da Univali.....	104

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

A escolha pelo tema deste estudo traz três componentes: um pessoal de interesse pela questão educação em saúde desde a graduação em enfermagem. Outro se concentra no acreditar em ações integradas de saúde, do nível primário ao terciário, sem a delimitação de atividades específicas em cada nível de atenção. E um terceiro por ser formadora de recursos humanos para a área da saúde e estar permanentemente em busca de novas visões.

Esta se tornou um desafio pessoal tendo em vista que interagir com as Equipes da Estratégia de Saúde da Família até então foi algo teórico para mim. Minha experiência prática tem se voltado para a atuação em atenção terciária. Acredito que todos nós profissionais de saúde deveríamos 'despir-nos' de nossas rotinas e verdades e alçar vôos na imensidão do universo de atuação na área da saúde, ampliando nossa visão quanto a nossa própria atuação.

A consolidação do Sistema Único de Saúde e de seus princípios no intuito de promover melhor qualidade de vida é desafio de todos os cidadãos e de modo especial nosso, enquanto profissionais de saúde. A concepção de saúde enquanto ausência de doenças que inspira ações pontuais, fragmentadas e desarticuladas, epistemologicamente e constitucionalmente foi superada, porém não se vislumbra essa realidade no cotidiano de todas as pessoas e serviços.

Diante de um conceito ampliado do processo saúde e doença e da implantação constitucional de um Sistema Único de atenção à saúde no Brasil que tem como pressupostos e diretrizes: a integralidade e equidade da assistência, a universalidade do acesso, a descentralização e a participação popular, se percebe a necessidade da utilização de estratégias que visem sua efetiva implantação prática.

A Estratégia de Saúde da Família e a atuação de suas equipes representa uma das iniciativas para a efetiva consolidação deste novo modelo de assistência a saúde, priorizando ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde a partir de uma interação efetiva e de uma nova relação com a comunidade.

As equipes da Estratégia de Saúde da Família são multiprofissionais, constituídas minimamente pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis por uma área adscrita

sendo a territorialização e o diagnóstico sit

[...] a educação implica em um trabalho que interpreta os processos de saúde doença a partir de múltiplos referenciais. Considerando que educadores e população possuem saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida. Nesse sentido busca, através da participação e do diálogo entre os diversos saberes, ajudar as pessoas na busca da compreensão das raízes de seus problemas e da busca de soluções compartilhadas para melhorar a qualidade de vida de indivíduos, grupos e populações. Para alcançar tal intento as ações devem extrapolar o setor sanitário e acentuar os recursos pessoais e sociais existentes (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003, p.20).

Os profissionais de saúde, e em especial os das equipes de saúde da família, estão inseridos em uma comunidade, conhecendo sua realidade e suas necessidades de saúde e interagindo de maneira especial com esta comunidade a partir do estabelecimento de vínculos com a mesma. Assim se tornam importantes atores no processo de construção de uma prática de educação em saúde que favoreça o empoderamento e a participação destas comunidades.

É notório que o diferencial com relação às formas com que a atenção a saúde acontece é a atuação do profissional de saúde. A partir de nossas práticas e vivências podemos perceber, no entanto, em muitos dos nossos discursos, enquanto profissionais de saúde, a forte presença do modelo assistencialista biomédico e de um modelo de educação bancária, que acabam influenciando negativamente nossas práticas de educação em saúde com a comunidade.

Assim a formação acadêmica e a educação permanente devem primar pelas necessidades que brotam da realidade dos serviços, procurando conhecer como as equipes de saúde da família vivenciam a educação em saúde conceitualmente e na sua prática.

Neste contexto o objetivo geral deste estudo foi conhecer as concepções e práticas de educação em saúde das equipes da estratégia de saúde da família no município de Pomerode. Para tanto os objetivos específicos foram: conhecer o conceito e os objetivos das práticas de educação em saúde das Equipes de Saúde da Família; conhecer quais os modelos de educação e as metodologias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família; conhecer as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no processo de educação em saúde.

Capítulo 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são apresentados os conceitos que fundamentaram este estudo a partir dos autores referenciados. Num primeiro momento as concepções de saúde, a organização da atenção à saúde no Brasil e os referenciais de promoção da saúde, entendendo que estes permeiam as ações de educação em saúde e de empoderamento. Num segundo momento a Saúde da Família e a seguir a educação em saúde e o empoderamento focos deste estudo.

2.1 Pensando sobre o conceito de saúde

A discussão acerca do conceito de saúde é de extrema relevância tendo em vista que as concepções de saúde embasam e permeiam as propostas e as ações nesta área. Esta tem sido vivenciada durante a história da humanidade, sendo que nas últimas décadas, a partir de um recorte histórico, se percebe importantes evoluções conceituais.

O conceito de saúde enquanto ausência de doenças figurou como verdade durante esta evolução conceitual. Este remete a um modelo assistencial com foco na doença, voltado para práticas individuais, fragmentadas, que privilegia ações pontuais e que historicamente, tendo em vista aspectos econômicos e sociais, tem se mostrado ineficaz e de baixa resolutividade.

Schwartz (2001) aponta que a concepção da saúde enquanto ausência de doenças se apresenta sob duas teses: a tese “curativa” (cura das doenças) e a tese “preventiva” (serviços básicos de atividade sanitária), pois em ambas a visão é a mesma – ausência das doenças – sendo que a principal diferença entre elas é o tempo da intervenção.

A partir do conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial da Saúde em 1946 se percebe um alargamento nesta concepção. O conceito de que *saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças*, embora seja alvo de várias críticas, sobretudo em função de

seu caráter utópico expandiu o entendimento de saúde para a não somente ausência de doenças. (SCWART, 2001 b)

A Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata (1978) é também um dos marcos neste sentido enfatizando que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social, requerendo a ação de muitos outros setores sociais e econômicos além do setor saúde. O estabelecimento da meta Saúde Para Todos em 2000 e da estratégia de Atenção Primária a Saúde são marcos da conferência.

Esta visão mais integrada acerca do conceito de saúde permite o olhar para fatores globais responsáveis pela saúde individual e coletiva. E reconhece como fundamental a superação de iniquidades e desigualdades sociais para a melhoria efetiva das condições de saúde das populações (CHIESA, 2003), remetendo a um modelo assistencial de promoção da saúde da população e evidenciando a necessidade de investimentos no campo da atenção básica.

Para Silva (2004), o reconhecimento de que a saúde não pode ser reduzida a um conjunto de intervenções de natureza médica (preventivas, curativas ou reabilitadoras) oferecidas de maneira vertical pelos serviços de saúde, é fundamental para a ampliação do conceito de saúde.

A ampliação deste novo paradigma em relação ao conceito de saúde vem se enriquecendo a partir das discussões produzidas nas últimas décadas destacando-se ainda a Carta de Otawa (1986), delineada a partir da I Conferência sobre Promoção da Saúde no Canadá, enquanto marco na reformulação.

No Brasil a 7ª Conferência (1994) e a 8ª Conferência (2006) em Saúde da Família foram marcadas por uma mudança de paradigma, passando de uma abordagem curativa para uma abordagem promotora e preventiva da saúde. (BRASIL, 2006)

era restrito a uma população que contribuía para garantir esse benefício, em uma espécie de seguro social.

O modelo vigente denominado médico-assistencial privativista¹ que se caracterizava por: privilegiar as práticas médicas curativas, individuais, assistencialistas e especializadas e pela criação de um complexo médico-industrial privado orientado para a geração de lucros mediante a intervenção do Estado, vigorou no Brasil de 1960 até meados dos anos 80.

Este modelo tradicional de assistência à saúde caracteriza-se ainda pelo atendimento da demanda espontânea, sendo eminentemente hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade, em que a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade (ESCOREL, 2005)

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira surge, na década de 70, combinando a ação de grupos intelectuais e profissionais, vinculados às universidades e às organizações de classe, com a ação dos movimentos populares pelo direito e pelo acesso a saúde (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2000), *buscando reverter a lógica da assistência à saúde no Brasil* (BAPTISTA, 2005).

As idéias de Medicina Comunitária e o conceito de atenção primária a saúde (APS), difundido a partir da Conferência de Alma Ata, marcaram o movimento sanitário como uma forma de oposição ou alternativa ao modelo vigente (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001). O movimento da Reforma Sanitária vislumbrando a saúde como valor fundamental para a garantia de uma sociedade mais justa, democrática e solidária, propunha a transformação do sistema de saúde (SILVA; LIMA; 2005).

¹ Mendes (1996) apud Andrade, S.M; Soares, D.A; Cordoni Junior, L, (2001)

Segundo Westphal; Almeida (2001), o projeto da reforma sanitária brasileira formatou-se num consenso político que foi o resultado da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

A VIII CNS aconteceu em Brasília em março de 1986 e se constitui como um evento político sanitário dos mais importantes por seu caráter democrático. Entre os aspectos principais resultantes da VIII CNS estão: o conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), define saúde:

[...] em seu sentido mais abrangente como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção [...] (BRASIL, 1986).

Aponta ainda que o direito a saúde esta relacionado à garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção. E evidencia a necessidade da reestruturação do Sistema de Saúde, devendo resultar na criação de um Sistema Único de Saúde.

Segundo Baptista (2005) as propostas da VIII CNS não foram concretizadas de imediato, sendo que por iniciativa do MAPS/Inamps foi constituído, como uma estratégia ponte para o Sistema Único de Saúde, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em julho de 1987.

Em 1988 a Constituição Brasileira garante o direito à saúde a todo cidadão, sendo dever do Estado prover recursos para o acesso de todos os cidadãos a esse

- O das intervenções ambientais (relações e condições sanitárias nos ambientes de vida e trabalho, controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental).
- O das políticas externas ao setor saúde (interferem nos determinantes sociais do processo saúde doença abrangendo questões relativas ao emprego, habitação, educação, lazer, entre outros).

Para o alcance destes objetivos faz-se uso de processos, estruturas e métodos que são orientados por princípios organizacionais. Segundo Mendes (2001) os princípios e diretrizes do SUS são: universalidade de acesso, integralidade da assistência, igualdade da assistência, participação da comunidade, descentralização político administrativa, regionalização, hierarquização e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção. O SUS é financiado pelos impostos arrecadados e deve ofertar aos cidadãos todos os serviços.

Segundo Lima; Baptista (2003) apud Baptista (2005) os princípios gerais do SUS devem nortear a construção de políticas de saúde nas diferentes áreas do país respeitando as características de cada região. Segundo Baptista (2005) os princípios do SUS podem ser assim entendidos:

- Princípio 1 – ‘Universalidade do acesso às ações e serviços de saúde’ corresponde a garantia de que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde pública e aos serviços privados conveniados em todos os níveis do sistema, a partir da rede hierarquizada de serviços com tecnologia apropriada. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido de acordo com as suas necessidades até o limite que o sistema possa oferecer para todos.
- Princípio 2 – ‘Integralidade da atenção’ corresponde a garantia de que o sistema de saúde deve proporcionar ao indivíduo ou a coletividade as condições de atendimento necessárias através do acesso a um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, articulados em todos os níveis de atenção. O Estado assim compromete-se a garantir todo e qualquer tipo de atendimento à saúde, da atenção primária a terciária.

- Princípio 3 – ‘Descentralização’ (com direção única do sistema) tem como propósito promover uma maior democratização do processo decisório em saúde. Constitui estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, prevendo a transferência do poder decisório federal para as instâncias subnacionais do governo. Para a garantia desse princípio se apresentam as ‘diretrizes do SUS’ de regionalização – implica num maior e melhor conhecimento por parte dos estados e municípios dos problemas sociais e de saúde de suas localidades propiciando a

superação da histórica dicotomia entre serviços curativos e preventivos e a passagem da ênfase da assistência individual para a da prevenção e promoção da saúde. Ainda por meio da descentralização busca-se a democratização do sistema por meio da participação da população no processo decisório e no controle das políticas de saúde.

Westphal; Almeida (2001) afirmam que o SUS é um sistema em processo de construção o que podemos perceber na nossa prática. A consolidação deste sistema e de seus princípios constitucionais é ainda objeto de construção de todos nós profissionais de saúde e da comunidade. Para isto se faz necessária a ruptura com vários conceitos relacionados à nossa própria formação histórica e ao modelo tradicional de assistência a saúde.

O modelo tradicional que concentra a atenção no caso clínico e na terapêutica armada e que privilegia uma relação individualizada entre profissionais e o cliente. Deve ser enriquecido, transformado em um modelo de atenção focado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, primando pela relação diferenciada da equipe de saúde com a comunidade, em especial com as famílias. Deve apropriar-se de tecnologias em que a educação e a comunicação social são essenciais buscando a integralidade da atenção. (NOB-SUS)

De maneira efetiva na segunda década de 90 podemos evidenciar uma mudança importante da política de saúde no Brasil em que a Atenção Básica passa a ser a área de concentração de esforços, programas e investimentos. Experiências estaduais e regionais serviram de base para as iniciativas de caráter nacional que culminaram na implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (SCOREL, 2005).

2.1.1 A promoção da saúde: possibilidade de uma nova prática de educação em saúde

Para Carvalho (2004) o projeto de Promoção da Saúde representa uma resposta aos desafios sanitários contemporâneos tendo em vista as mudanças sociais, políticas e culturais, a superação do modelo biomédico e as mudanças no perfil epidemiológico das populações.

Segundo Buss (2003) um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde foi Sigerist em 1946, ao definir as quatro tarefas essenciais da medicina e preconizar que a promoção da saúde estaria relacionada às condições de vida, trabalho, educação, entre outros. Inicialmente o termo foi utilizado por Leavell & Clark em 1965 para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, mas ao longo do tempo, conceitualmente, seu significado foi se alterando.

Um marco importante na história da promoção da saúde é o Relatório Lalonde de 1974, produzido pelo Ministério de Bem Estar e Saúde do Canadá, em que oficialmente questionava-se o impacto dos gastos excessivos com os cuidados médicos. Assim o relatório aponta que apesar de identificadas que as primeiras causas de mortalidade estariam baseadas em três conceitos: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida, a concentração de esforços para melhoria da saúde enfatizava os cuidados médicos (LEFÉVRE, 2000).

Para Nascimento e Sícoli (2003), a promoção da saúde passou a ganhar destaque a partir da década de 1980, tendo a Carta de Otawa (1986) como marco importante, sendo esta inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e pela meta “Saúde para todos em 2000” e a estratégia de Atenção Primária a Saúde. A Carta de Otawa (1986) define a promoção da saúde como:

“... o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de suas condições de saúde e de qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente...” (BRASIL, 2001, p.19).

Enquanto pré-requisito para a saúde destaca a paz, a habitação, a educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis justiça social e equidade Propondo como estratégias:

- Construção de políticas públicas saudáveis
- Criação de ambientes favoráveis

relaciona intimamente com a concretização das estratégias de promoção da saúde, a serem construída com a participação da população, propiciando assim o desenvolvimento de potencialidades dos cidadãos e o reforço à ação comunitária.

2.2 A estratégia de saúde da família

A partir das experiências bem sucedidas no desenvolvimento e implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ceará em 1987, o Ministério da Saúde propõe em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) inicialmente na região Nordeste. Em 1992, denominado PACS foi implantado por meio de convênios entre a Funasa e as secretarias estaduais de Saúde prevendo o repasse de recursos. Em 1993 e 1994 houve expansão para outras regiões do país (CARBO; MOROSINI, 2005).

Em 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF) tendo influencia de outras experiências como o Programa Médico de Família desenvolvido a partir de 1992 no Rio de Janeiro com assessoria de técnicos cubanos. O PSF tem como eixo lógico o marco da promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde (CARBO; MOROSINI, 2005). Nesse período não representava uma proposta de substituição ao PACS, sua implantação privilegiava áreas de maior risco social.

Em 1995 o PACS e o PSF foram transferidos da FUNASA para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) até meados de 1999, onde os programas mudaram para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS). Em 1997 foram estabelecidos enquanto prioridades no Plano de Metas do Ministério da Saúde. A partir de incentivos financeiros houve aumento na abrangência do PACS e PSF. Em 1998 foi estruturado o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para acompanhar a implementação e monitorar os resultados do PSF. Segundo CARBO; MOROSINI (2005) a necessidade de incorporar profissionais para

que o PACS não funcionasse de uma forma isolada fez este ser compreendido atualmente enquanto estratégia de transição para a implantação do PSF.

A Saúde da Família passou a figurar, embora desenhada inicialmente como um programa, enquanto estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS. A Atenção Básica compreende um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Privilegia práticas democráticas e participativas sob o aspecto gerencial e sanitário. Organiza o trabalho por equipes dirigidas a territórios bem delimitados, (BRASIL, 2006 a).

Esta estratégia prevê o entendimento de saúde enquanto produção social, como um processo construtivo que a coletividade tem possibilidade de conquistar em seu dia a dia. Ainda enquanto processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde incluindo a intersetorialidade e a participação social, (BRASIL, 2001 b).

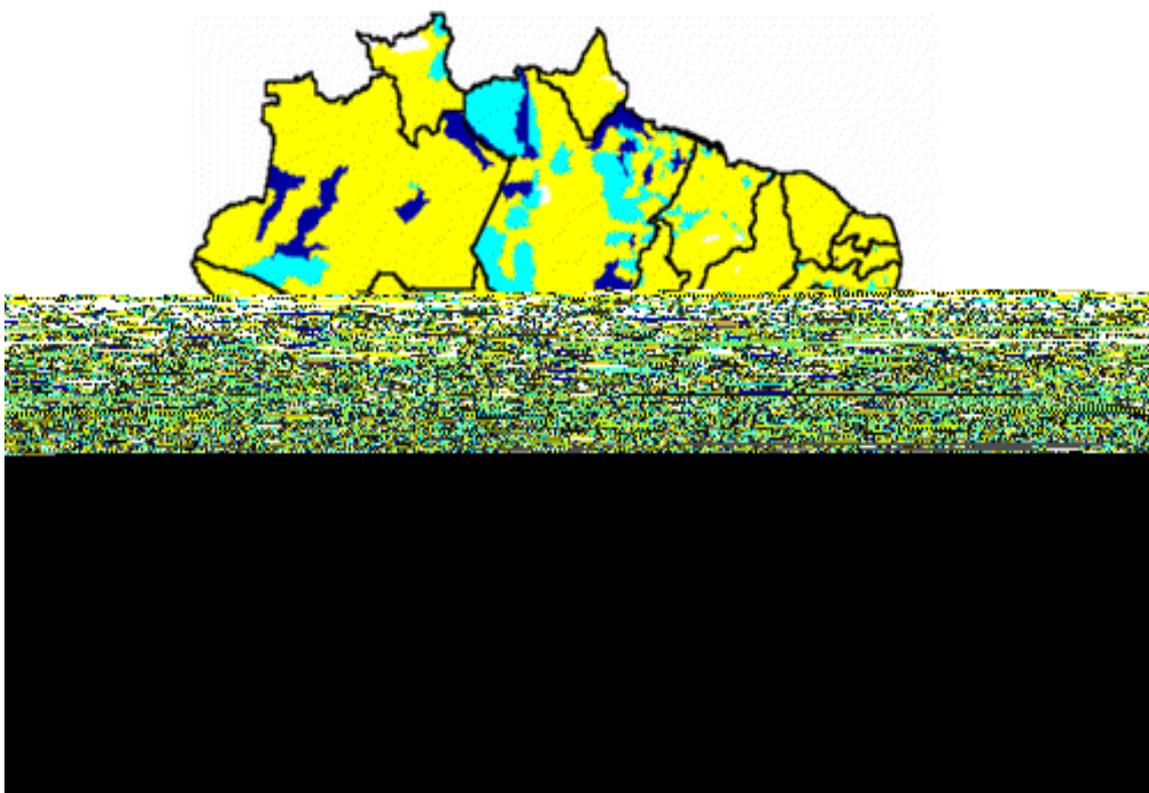
A estratégia da Saúde da Família (ESF) constitui-se como forma de reorganização do modelo de atenção à saúde, caracterizando-se pela adoção de novas práticas de atenção relacionadas ao estabelecimento de vínculo, compromisso e uma abordagem humanizada à população adscrita (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001). É uma estratégia inovadora no cenário dos serviços de saúde, priorizando as ações dirigidas à pessoa e as famílias de forma integral, contínua e pró-ativa (CIANCIARULLO, 2002), propiciando assim uma nova dinâmica de atuação e de relação entre os profissionais de saúde e a população (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Com base nos princípios do SUS e nas concepções da atenção primária à saúde, o PSF incorpora as noções de 'integralidade' e 'universalidade' da assistência, 'equidade', 'resolutividade' e 'humanização' do atendimento e estímulo a 'participação comunitária', com objetivo de corrigir as diversas distorções que os modelos de saúde apresentaram no decorrer dos anos. (CARBO, MOROSINI, 2005)

As mesmas autoras chamam atenção para a questão da humanização do atendimento que, principalmente no caso da saúde da família, diz respeito também a continuidade do atendimento e à possibilidade de estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde e a população abrangida e de como esses vínculos podem apoiar a população no caso da necessidade de referência a outros níveis de atenção.

Hoje no Brasil mais de 5 mil municípios estão envolvidos pela Estratégia de Saúde da Família com atuação de mais de 26 mil equipes. São mais de 210 mil agentes comunitários de Saúde em 5.288 municípios. Quanto às Equipes de Saúde Bucal (ESB) são mais de 14 mil equipes em 4.198 municípios. A figura abaixo caracteriza a situação da implantação das equipes no Brasil:

**Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família,
Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde
BRASIL, SETEMBRO/2006**



De acordo com a portaria 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o

Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia de Saúde da Família deve:

I – ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;

II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

Segundo a mesma portaria com relação a infra-estrutura e aos recursos são itens necessários a implantação das Equipes de Saúde da Família: a existência de uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

A existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente: a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua

competência; b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

Poderão ser incorporadas as Equipes de Saúde da Família profissionais de saúde bucal nas modalidades: Equipe de Saúde Bucal modalidade 1 ou Equipe de Saúde Bucal modalidade 2, de acordo com as características das equipes e a partir de recursos e da infra-estrutura necessárias.

Pode-se proceder a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde, enquanto possibilidade de reorganização inicial da Atenção Básica a partir da contemplação dos itens necessários previstos pela portaria 648/06.

Utilizando ainda o referencial proposto pela portaria 648/06 são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III – diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Sendo o envolvimento profundo das equipes de saúde da família com a comunidade aspecto fundamental para a consolidação da estratégia de saúde da família, acreditamos ser este espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de educação em saúde que na prática contribuam de maneira efetiva para o empoderamento individual e das comunidades e a promoção da saúde.

2.4 A educação em saúde – elementos histórico conceituais

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. (VASCONCELOS, 1999, p.25)

No início do século XX a saúde emerge como efetiva prioridade do governo brasileiro, com a implantação da economia exportadora de café no sudeste. A

política do Estado volta-se para a melhoria das condições sanitárias, entendida basicamente como o controle de endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, pela imposição de medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores (RISI JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Neste contexto, visualizam-se os primeiros relatos da educação em saúde no Brasil relacionados ao combate as epidemias de varíola, peste e febre amarela nos grandes centros urbanos (final do século XIX e início do século XX), pois estas epidemias traziam grandes transtornos para a exportação de café. (VASCONCELOS 1999). Segundo Wendhausen; Saupe (2003) o nascimento da denominada “Educação Higiênica” responde a necessidade de saneamento dos Portos e do controle de epidemias. Caracterizada por campanhas autoritárias, pela imposição de normas e medidas científicas a uma população incapaz de maiores entendimentos, as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde são experimentadas num contexto sócio político das oligarquias rurais e de extrema fragilidade dos atores populares.

Nos anos 20, uma diferenciação com relação aos problemas de saúde e o agravamento destes, acompanham a urbanização crescente das cidades. Surge a denominada “Educação Sanitária”. A ausência do ator social, enquanto elemento ativo no processo educativo, é percebida neste período, embora as ações não se revistam de um caráter tão autoritário como no período anterior. (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003). *Suas práticas eram normativas: os técnicos tinham um saber científico que devia ser incorporado e aplicado pela população ignorante.* (VASCONCELOS, 1999, p.26).

A partir da década de 30, com a construção de um sistema previdenciário percebe-se um esvaziamento das ações de caráter coletivo, em favor da expansão da assistência médica individual. As ações educativas em saúde priorizavam o combate às doenças infecciosas e parasitárias, ficando restritas a programas e serviços destinados à população à margem do jogo político central (VASCONCELOS, 1999).

A partir dos anos 40, a influência norte americana consolida-se nos serviços de saúde brasileiros após acordos econômicos. Ocorre a criação da Fundação

SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), que tem grande influência na ideologia do desenvolvimento das comunidades, participação comunitária e educação de grupos. Porém a doença ainda é percebida como processo individual que tem como solução a educação sanitária (MELO, 1984 apud WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

O final dos anos 50 e início dos anos 60 é caracterizado pela efervescência política, com questionamentos de toda a ordem. Paulo Freire propõe uma nova lógica 'dialógica' para o processo educativo, na saúde o conceito de saúde inicia a abertura para a questão social e começa a ser visualizado em suas múltiplas dimensões. Vários grupos de profissionais de saúde incorporam o método de educação popular de Paulo Freire, processo interrompido pela instalação do regime militar brasileiro, em 1964. (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003)

Neste período se conforma a Educação em Saúde e o que seria mais adiante denominado Educação Popular em Saúde, a ditadura militar criou, contraditoriamente, condições para a consolidação de experiências caracterizadas pela ruptura do padrão de imposições de normas e comportamentos considerados adequados pelas elites políticas e econômicas e que caracterizava a educação sanitária. (Idem)

Durante o período de ditadura militar a educação não possui espaço oficial significativo, a política esta voltada para a expansão da atenção médica privada. Entretanto novas iniciativas, construídas na base do diálogo entre o saber popular e o acadêmico, são visualizadas frente ao descaso do Estado com relação aos problemas populares. Estas são apoiadas por intelectuais de diversas áreas e em iniciativas da Igreja Católica, entre outros. (Ibidem)

Para Vasconcelos (1999), até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente subordinada aos interesses da elite política e econômica e tinha, como uma de suas características, a imposição de normas e comportamentos considerados adequados por esta classe dominante, sendo que é perceptível a ausência do ator social nestas ações.

Segundo o mesmo autor, a partir da década de 70, nos movimentos sociais emergentes começam a surgir as primeiras experiências de serviços comunitários de saúde, desvinculados do Estado, em que os profissionais de saúde começam a relacionar-se com os grupos populares. Com influências do método de educação popular proposto por Paulo Freire e dos movimentos sociais da época, percebe-se que a educação em saúde busca ser uma assessoria técnica as demandas e iniciativas populares e instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os envolvidos no processo educativo, estabelecido a partir de um processo dialógico.

Costa; Lopes (1996) apud Alves (2005) conceituam educação em saúde como conjunto de saberes e práticas, voltados para a prevenção de agravos e para a promoção da saúde. Recurso por meio do qual os conhecimentos produzidos no campo da saúde, intermediados por profissionais de saúde, atingem a vida cotidiana das pessoas. Com a lógica de que a compreensão dos condicionantes do processo saúde doença produz subsídios para novos hábitos e condutas em saúde.

Wendhausen e Saupe (2003) consideram que a educação em saúde é fundamental na construção histórica de uma assistência integral as pessoas podendo constituir-se como instrumento de empoderamento e de alargamento do cuidado a saúde.

A educação em saúde se insere no campo da promoção a saúde na medida em que:

[...] constitui-se, para nós, uma opção política que busca a participação popular como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos (individuais e/ou coletivos), através de uma participação consciente (reflexão/ação/reflexão) onde sujeito e comunidade constroem sua própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor (WENDHAUSEN, BRODERSEN 1986).

Teixeira (2002) entende a educação em saúde como instrumento de promoção da saúde, na medida em que é dirigida a grupos e comunidades, mais do que a indivíduos e que privilegia mais as ações que visam transformações econômicas e sociais do que as relacionadas as mudanças de estilos de vida, hábitos e condutas.

Ao falar da educação em saúde hoje se percebe a existência de várias experiências onde a atuação dos profissionais emerge da realidade onde estão inseridos os atores envolvidos no processo, priorizando a relação com os movimentos sociais. A partir destas posturas se percebe a emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde onde a integração entre saberes técnicos e populares se caracteriza como mútua colaboração (Vasconcelos, 1999).

Ramos; Melo; Soares (1989) atribuem à educação um caráter mediador das relações entre profissionais de saúde, ressaltando seu caráter de prática social, na medida em que se dá no interior de contextos sociais contendo elementos do mesmo.

Wendhausen e Saupe (2003) a partir das reflexões de quatro autores² caracterizam a Educação em Saúde, necessária a consolidação do SUS e a concretização das práticas pela ESF, como:

[...] um trabalho que interpreta os processos de saúde doença a partir de múltiplos referenciais, considerando que educadores e população possuem saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida. Nesse sentido busca, através da participação e do diálogo entre os diversos saberes, ajudar as pessoas na busca da compreensão das raízes de seus problemas e da busca de soluções compartilhadas para melhorar a qualidade de vida de indivíduos, grupos e populações. Para alcançar tal

Assim a educação em saúde não se reduz apenas a transferência do conhecimento. Constitui-se como prática social, processo que contribui para a formação e o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas acerca de seus problemas de saúde, reconhecendo que estes extrapolam a questão biologicista, e estimula a busca de soluções e a organização da comunidade.

Este entendimento prevê que o processo educativo seja dialógico e não de transferência de conhecimento do profissional – detentor do conhecimento – para o indivíduo – receptor passivo de informações. Que possa adotar metodologicamente a participação efetiva dos indivíduos no processo educativo, deixando de ser um processo de persuasão.

Wendhausen e Saupe (2003) consideram alguns elementos importantes ao incorporar esta nova concepção de educação em saúde:

- Estabelecimento de uma nova relação com o usuário, com processos de comunicação mais horizontais, que privilegiam o diálogo entre saberes diferentes que se complementam.
- Respeito pelo outro e por sua alteridade.
- Concepção positiva de saúde e acentuação dos recursos pessoais e comunitários.
- Participação e empoderamento individual e coletivo do usuário
- Consideração de que a Educação em Saúde permeia todas as atividades assistenciais (formais ou informais)

A partir destes conceitos resgatamos o desafio de que esta nova lógica de atenção integral ao usuário seja efetivamente incorporada pelos profissionais de saúde em sua prática, pelos gestores e pelas instituições formadoras de recursos humanos para o SUS.

Rice; Candeiras (1989) apud Bizzo (2002) apontam alguns entraves à comunicação no âmbito da difusão científica e da educação em saúde: o enfoque predominantemente curativo, a ausência de integração entre educadores e a

comunidade, a falta de abordagens multidisciplinares, o ceticismo dos profissionais em trabalhar de forma participativa com a comunidade e a falta de qualificação profissional.

Medeiros (2004) em uma reflexão sobre as práticas educativas de uma equipe da estratégia saúde da família (dissertação) de uma cidade do Rio Grande do Sul, utilizando como recursos metodológicos a técnica de dinâmica de grupo e a entrevista com questões abertas, obteve quatro categorias: educação bancária, modelo biomédico, fragilidade do modelo de gestão e ambigüidades pedagógicas. Concluindo que as concepções e práticas dos profissionais de saúde permanecem centradas na doença e no consumo abusivo de tecnologias.

Wendhausen; Saupe (2003) investigaram as concepções de Educação em Saúde de 52 profissionais que atuam na ESF (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e cirurgiões dentistas), a partir de um questionário contendo questões abertas, durante a realização de duas capacitações do 3º Núcleo de Capacitação Permanente em Saúde da Família/SC, em 2001. Os resultados mostram que prevalece ainda uma prática tradicional que percebe o usuário como elemento passivo no processo, embora se perceba alguns movimentos de mudança.

Alves (2005) considera a emergência de um novo discurso em educação em saúde, porém percebe a prevalência de práticas educativas hegemônicas, sendo que da convivência destas práticas hegemônicas e das práticas emergentes se podem focalizar dois modelos de práticas em educação em saúde:

- O modelo tradicional – que focaliza a doença e a intervenção curativa e fundamenta-se no referencial biologicista do processo saúde doença, preconizando a mudanças de atitudes e comportamentos, através do uso da comunicação vertical que estabelece padrões a serem seguidos para a manutenção da saúde.

- O modelo dialógico – tem no diálogo seu instrumento essencial, o usuário é reconhecido enquanto sujeito portador de um saber, que não é deslegitimado pelo saber técnico científico. Visa o desenvolvimento da autonomia e da

responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde através do desenvolvimento da compreensão em saúde.

Airhihenbuwa (1994) apud Teixeira (2002) falando sobre a relação entre empoderamento e educação em saúde delinea o modelo de empoderamento como alternativa para os modelos tradicionais de educação em saúde. Aponta três abordagens básicas para o desenvolvimento da educação em saúde:

- o modelo preventivo (cabe ao indivíduo decidir sobre comportamentos saudáveis para a prevenção das doenças),
- o modelo político radical (tem o foco na mudança social, ambiental e de estruturas políticas para dar conta dos problemas de saúde e doença)
- e o modelo do empoderamento (foco em facilitar as escolhas individuais e comunitárias, para fornecer aquisição de conhecimento com clarificação de valores e decisão, tornando pratica as habilidades de organização comunitária, utilizando-se de métodos de ensino não tradicionais).

2.5 O empoderamento e sua relação com a educação em saúde

Para Carvalho (2004), o *empowerment* é um conceito complexo que empresta noções de diversos campos de conhecimento. Surgiu enquanto idéia que teve raízes nas lutas por direitos civis, no movimento feminista e na ideologia de “ação social” presente nas sociedades desenvolvidas na segunda metade do século XX. Na década de 70 sofreu influencia de movimentos de auto-ajuda, nos anos 80 da psicologia comunitária e na década de 90 o influxo de movimentos que buscam o direito a cidadania sobre distintas esferas (prática médica, educação em saúde, ambiente físico). O autor opta por utilizar o termo *empowerment* em função das dificuldades que percebe na tradução deste termo.

O mesmo autor reflete sobre duas noções distintas de *empowerment* fazendo uma crítica a primeira:

- O *empowerment* psicológico enquanto sentimento de maior controle sobre a própria vida, que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos e que pode ocorrer sem a necessidade das pessoas participarem de ações políticas coletivas. Sendo esta formulação influenciada por uma perspectiva filosófica individualista, que tende a fragmentar a condição humana e a ignorar a influência de fatores sociais e estruturais.
- O *empowerment* comunitário proposto enquanto elemento chave da politização das estratégias da nova promoção da saúde, sendo uma abordagem que trabalha com noções de poder enquanto recurso distribuído de forma desigual na sociedade. Pode ser definido como um processo e um resultado de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo ou desacúmulo de poder no âmbito de esferas pessoais, intersubjetivas e políticas.

O empoderamento para Teixeira (2002), tradução do conceito “*empowerment*” faz parte do campo de ação da promoção da saúde – reforço da ação comunitária/participação comunitária. Este campo de ação na Carta de Ottawa (1986) é definido como o processo de desenvolvimento, na comunidade, da capacidade de controle e de habilidades para gerar mudanças nos condicionantes sociais de saúde, através da mobilização coletiva. Constitui-se assim como estratégia de ganho de saúde.

Segundo a mesma autora o empoderamento também está inserido em outro campo da promoção a saúde – o do desenvolvimento de habilidades pessoais. A Carta da Ottawa (1986) dá ênfase as habilidades pessoais a partir da caracterização do quadro de envelhecimento populacional e do aumento da morbidade por doenças crônicas degenerativas. Neste sentido entendendo que as causas, os principais fatores de risco estão relacionados a hábitos de vida, riscos no trabalho e riscos ambientais relacionados aos indivíduos. (TEIXEIRA, 2002)

Segundo Teixeira (2002) vários autores que trabalham com o empoderamento o definem como:

[...] a habilidade de pessoas/grupos conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, para agir de modo a melhorar sua situação de vida. (TEIXEIRA, 2002)

Wallerstein; Bernstein (1994) apud Teixeira (2002) definem três níveis de empoderamento:

- Empoderamento individual ou psicológico – se refere à habilidade do indivíduo para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida.
- Empoderamento organizacional – se refere ao controle democrático onde cada membro compartilha informações e poder
- Empoderamento comunitário – aquele onde indivíduos e organizações aplicam suas habilidades e recursos em esforços coletivos, para encontrar suas respectivas necessidades.

Kleba (2005) ao tratar do empoderamento afirma que a partir de um processo de conscientização, traduzido no desenvolvimento pessoal, em que seja vivenciada a apreensão da realidade de forma produtiva, este se torna um instrumento emancipatório. Assim o processo de conscientização crítica revela-se como promotor de empoderamento.

Para a mesma autora este processo de empoderamento não se restringe a uma experiência individual, pois esta inserido em um processo social, sendo sua evolução dependente de *fatores relacionados ao meio sócio-ambiental, espaço de vida dos indivíduos que o experimentam* (KLEBA, 2005, p. 215).

Quanto ao processo de empoderamento este:

[...] depende por um lado de expectativas e objetivos subjetivos das pessoas e grupos que se motivam a intervir de forma crítica sobre a realidade, e por outro de influências e acontecimentos sociais, relacionados ao meio sócio-ambiental, ao espaço temporal e geográfico onde se concretiza (KLEBA, 2005, p. 219)

Dentre os vários aspectos promotores do empoderamento o papel do atores, aqui focado no profissional é reconhecido como elemento essencial de apoio e viabilização deste processo. Sua contribuição de forma significativa se dá, entre outros, no reconhecimento e na valorização dos recursos potenciais dos indivíduos e comunidades. Ainda enquanto facilitador do acesso a recursos e competências políticas que ampliem e fortaleçam os potenciais de indivíduos e comunidades no enfrentamento de adversidades (IDEM).

Capítulo 3

PERCURSO METODOLÓGICO

3.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida com as equipes de saúde da família que atuam

mais relevante para as entrevistas e observação, não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa, prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria, prever uma triangulação.

A representatividade de todas as equipes através nas entrevistas realizadas com os profissionais também foi um dos critérios utilizados para a definição dos sujeitos entrevistados. O quadro abaixo ilustra a participação dos componentes das equipes nas entrevistas:

Quadro 01: Profissionais entrevistados

EQUIPES	PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS			
	Médico	Enfermeiro	Auxiliar/ Técnico de enfermagem	Agente Comunitário de Saúde
Equipe 01	X			
Equipe 02	X		X	
Equipe 03		X		
Equipe 04		X	X	
Equipe 05				X
Equipe 06	X	X		
Equipe 07				X

3.4 Operacionalização e desenvolvimento

Num primeiro momento foi realizado o acompanhamento dos trabalhos das equipes de saúde da família com a intenção de estabelecer contato maior com as mesmas e de iniciar a coleta de dados com relação às concepções e práticas de

educação em saúde para o empoderamento, utilizando-se a técnica de observação participante.

Segundo Victora, Knauth e Hassen (2000) a observação participante tem como objetivo conhecer e compreender a realidade. Na pesquisa qualitativa não é uma observação comum, pois deve estar voltada para a descrição de um problema previamente definido. O uso desta técnica se torna importante no sentido de que os comportamentos, o ambiente, a linguagem não verbal, a seqüência e a temporalidade a que ocorrem são fundamentais para a análise e estes são elementos que não podem ser apreendidos através da fala ou da escrita.

Para Neto (2000) se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos, o observador estabelece assim uma relação face a face com os observados.

Cada equipe foi acompanhada em um período de trabalho no turno matutino, em dois momentos distintos – um em período de atividade dentro da unidade de saúde e em período de visitas domiciliares – por no mínimo três (03) horas durante o mês de março de 2006. O agendamento foi realizado com as enfermeiras da unidade a partir de um primeiro contato com a enfermeira coordenadora do PSF no município.

Para o registro destas observações foi utilizado o Diário de Campo que para os autores acima citados é o instrumento mais básico de registro de dados do pesquisador. Caracteriza-se como registro fiel e detalhado de cada visita a campo, onde o pesquisador deve registrar todas as suas impressões seguindo uma ordem cronológica de atividades e um fichário básico das pessoas envolvidas na pesquisa (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Em seguida, num segundo momento a partir das observações realizadas até então, foi realizada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice 1) com os integrantes das equipes, procurando conhecer a realidade de trabalho de cada um dos profissionais e suas concepções a respeito da educação em saúde.

Para Kahn e Cannell apud Minayo (2000) a entrevista pode ser definida como uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador, com o objetivo de fornecer informações pertinentes ao objeto de pesquisa. Para Neto (2000) esta conversa não é despretensiosa e neutra, tendo em vista que esta se insere enquanto meio para a coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos da pesquisa. Entendida assim como conversa a dois com propósitos bem definidos.

Foram realizadas doze (12) entrevistas com 03 profissionais médicos, 03 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem e 03 agentes comunitários de saúde. Este número de entrevista respondeu ao critério de saturação dos dados ou *reincidência de informações* (MINAYO; ASSIS; SOUZA; (2005) p.95). O tempo médio das entrevistas foi de trinta minutos.

As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde conforme disponibilidade dos entrevistados durante os meses de abril e maio de 2006, duas agentes comunitárias de saúde foram entrevistadas em sua residência. As entrevistas foram gravadas, após autorização dos entrevistados, utilizando-se gravador e fita cassete. Depois de realizadas as entrevistas foram transcritas para posterior análise. Para garantir o anonimato foram utilizadas siglas para identificar as falas dos entrevistados, assim: M (médico), E (enfermeira), T (técnico de enfermagem), A (agente comunitário de saúde).

3.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o método da análise de conteúdo, mais especificadamente a análise temática. Para Minayo (2000) a realização da análise temática implica em descobrir núcleos de sentido cuja presença ou a freqüência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

A análise temática operacionalmente se deu em três etapas (Minayo, 2000):

- Pré-análise: os documentos a serem analisados foram organizados, procedendo-se a retomada de hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Os documentos analisados foram representados, nesta pesquisa, pelos textos resultantes das transcrições das observações participantes e do conteúdo expresso nas entrevistas após transcrição.
- Exploração do material: consiste essencialmente como operação de codificação, quando se realizam transformações dos dados brutos visando alcançar a compreensão dos textos.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa são propostas interferências e realizadas interpretações acerca do material a partir das dimensões teóricas utilizadas.

3.6 Procedimentos éticos

A fim de garantir o respeito ético foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) segundo a resolução nº. 196/1996, no qual os participantes da pesquisa serão informados:

- Da justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa.
- Dos desconfortos, possíveis riscos e benefícios esperados.
- Dos métodos alternativos existentes.
- Da garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia.
- Da garantia de anonimato e sigilo.
- Da liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar.

- Da honestidade nos relatórios finais.
- Do respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos.

Esta pesquisa foi registrada no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), tendo sido protocolada sob número 79615. O projeto de pesquisa foi submetido ao parecer da Comissão de Ética da Univali sendo aprovado em 08 de dezembro de 2005, sob cadastro nº 500/05 (Anexo 1).

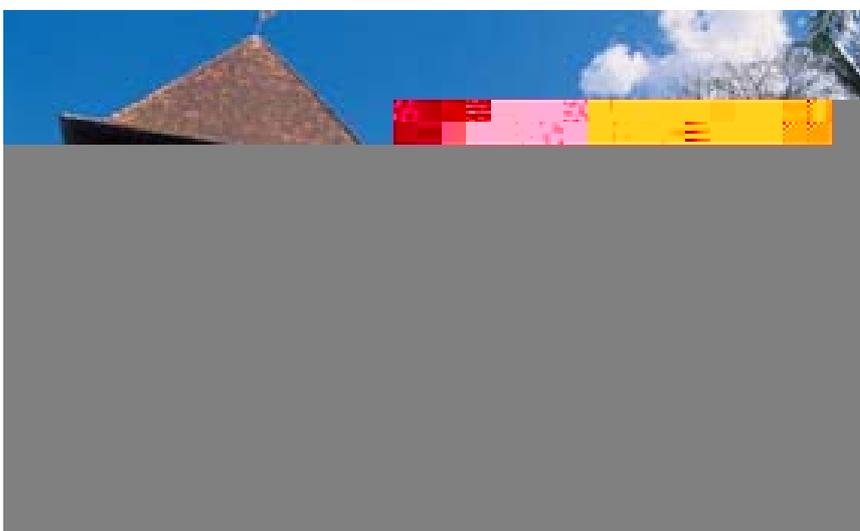
A autorização institucional para sua concretização foi confirmada pelo deferimento do ofício encaminhado pela pesquisadora ao secretário de Saúde Municipal de Pomerode (Anexo 2).

Capítulo 4

RESULTADOS

Neste capítulo os resultados deste estudo são apresentados em três momentos. Num primeiro momento o local de estudo – a cidade de Pomerode, em seguida as equipes da Estratégia de Saúde da Família de Pomerode e num terceiro momento as categorias relacionadas a Educação em Saúde e ao Empoderamento.

4.1 Pomerode³



Localizada no Médio Vale do Itajaí, Pomerode é uma pequena cidade conhecida nacionalmente como a “cidade mais alemã do Brasil”, considerada sinônimo de tradição, beleza natural e qualidade de vida. Segundo o Censo do IBGE de 2000, Pomerode desfruta do índice invejável de alfabetização de 98,2% dos munícipes.

A cidade conta com um dos mais diversificados parques industriais do Estado, incluindo metalúrgicas, confecções, indústrias químicas e moveleiras e está entre as vinte melhores cidades em arrecadação de impostos de Santa Catarina. A agricultura é responsável por 7% da arrecadação municipal.

³ Informações disponíveis em <http://www.pomerode.sc.gov.br/>

O nome Pomerode está ligado à origem de seus fundadores, imigrantes vindos da Pomerânia (*Pommernland*), norte da Alemanha. O início da colonização de Pomerode remonta ao ano de 1861, sendo que os primeiros imigrantes se estabeleceram ao longo do Rio do Testo. Em 1870, a primeira escola Alemã foi instalada no bairro Testo Central (atual Escola Básica Municipal Olavo Bilac). A data de criação do município é 21 de janeiro de 1959 quando foi desmembrada de Blumenau.

Pomerode mantém a influência da colonização alemã em seus costumes expressos na dedicação ao trabalho, no respeito à fé religiosa, na arquitetura enxaimel (possui o maior acervo de casas em estilo enxaimel do Brasil), nas sociedades de caça e de tiro, nas danças folclóricas, nas bandinhas e na comida típica entre outros. O idioma alemão e dialetos germânicos ainda hoje são falados com freqüência por muitos pomerodenses.

Tem sido escolhida como foco migratório por pessoas que buscam um local tranqüilo e também para os que buscam melhores condições de trabalho e vida.

- Área - 217km².
- Altitude - 58 m acima do nível do mar.
- Limites - Blumenau, Rio dos Cedros, Indaial, Jaraguá do Sul, Timbó.
- População: 25.000 habitantes
- Clima - mesotérmico úmido
- Temperatura média - entre 15°C e 25°C

O quadro abaixo apresenta o perfil quanto à faixa etária da população de Pomerode:

Quadro 01: Distribuição da população de Pomerode conforme faixa etária – 2006

Faixa etária	População	Porcentagem %
Menores 01 ano	279	1,10
1 a 4	1.189	4,69
5 a 6	667	2,63
7 a 9	1.015	4,00
10 a 14	1.819	7,18
15 a 19	2.125	8,39
20 a 39	8.980	35,44
40 a 49	3.687	14,55
50 a 59	2.579	10,17
Maiores 60	2.992	11,81
Total	25.332	100

Fonte: SIAB

Pomerode possui Gestão Plena da Atenção Básica contando com a Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da atenção. O município conta com a atuação de sete equipes da Estratégia de Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde. A Unidade de Saúde do Centro se constitui como referência para as demais unidades, contanto com várias especialidades médicas. Em Pomerode 36% das pessoas têm cobertura com planos de saúde.

A saúde do município projeta-se sobre a estratégia integradora de Saúde da Família, onde os serviços específicos de saúde direcionam-se com uma visão integral e relacionam-se como segue: Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Saúde da Mulher (Pré-Natal e Puerpério; Planejamento Familiar; Programa de Combate ao Câncer de Colo de Útero e Mama); Saúde do Adulto e do Trabalhador; Saúde do Idoso; Assistência à saúde dos portadores de doenças Crônico-Degenerativas; Saúde Mental; Saúde Bucal; Programa de Controle de DST's e AIDS; Programa de Controle da Tuberculose; Assistência ao portador de Hanseníase; Assistência aos Ostromizados; Programa de Controle ao Tabagismo; Assistência Farmacêutica Básica; Serviço de Vigilância Epidemiológica; Serviço de Vigilância Sanitária; Programa de Saúde da Família; Nutrição⁴.

Com relação aos indicadores de saúde de Pomerode segundo dados do SIH/SUS em 2005 as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 19,6% das internações hospitalares, seguido das do aparelho respiratório com 13,8% e aparelho digestório com 12,7%. Quanto à mortalidade as principais causas em 2004 estão relacionadas às afecções do aparelho circulatório (46,5 %), seguido das neoplasias (15,3%) e das causas externas de mortalidade/morbidade (11,5%). Em relação aos problemas de saúde a partir dos dados do SIAB em 2006 – 1,62% da população são diabéticos e 9% da população são hipertensos⁴.

4.2 A Estratégia de Saúde da Família em Pomerode

A qualidade de vida de uma população mantém relação direta com sua saúde, entendida aqui não apenas como a ausência de doenças, mas também como a satisfação das necessidades básicas da população. As condições de trabalho, os estímulos favoráveis ao desenvolvimento das crianças, uma alimentação saudável, higiene e preservação da qualidade do meio ambiente, habitações adequadas e a existência de saneamento básico são fatores determinantes para a proteção e a manutenção da saúde (SECRETARIA DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL DE POMERODE)⁵.

Em janeiro de 1999 o PACS foi implantado no município e posteriormente em outubro do mesmo ano o PSF. Hoje Pomerode conta com 100% de cobertura do PACS e apenas duas microáreas não são contempladas pelo PSF. Possui sete equipes atuando, perfazendo um total de setenta e oito profissionais. Os objetivos da implantação do PSF no município têm consonância com os propósitos referenciados pelo Ministério da Saúde.

⁴ Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>

⁵ Disponível em <http://saude.pomerode.sc.gov.br/>

A experiência de interagir com as Equipes da Saúde da Família de Pomerode foi muito gratificante. Como não atuo no serviço do município e a minha prática, enquanto profissional de saúde, tem se voltado para a atenção terciária, muitas inquietudes me acompanharam ao iniciar o processo de observação participante frente à realidade das equipes. Meu primeiro contato prático estabeleceu-se com a enfermeira coordenadora da Estratégia de Saúde da Família em Pomerode, que de maneira muito prestativa me orientou quanto à dinâmica das equipes.

Após estabeleci contato com as enfermeiras de cada equipe sendo agendadas minhas visitas para realização das observações. Ao iniciar minhas observações minha interação maior, a princípio, se deu com as enfermeiras das equipes, acredito que em função da afinidade profissional. Porém esta se estendeu também aos outros membros da equipe multiprofissional de maneira singular durante as observações.

A receptividade da equipe multiprofissional foi boa, todos se mostraram dispostos a participar do estudo. Acredito que a minha presença nas unidades não alterou a dinâmica de atividades das equipes. Como “membro estranho” a rotina das unidades, em alguns momentos pude perceber que os olhares questionavam a minha presença nos serviços. Ao me apresentar procurei descrever o estudo e seus objetivos, o porquê da escolha em realizá-lo em Pomerode, minha experiência profissional e a minha não intenção de trabalhar nas unidades, o que acredito ter contribuído para esta receptividade positiva.

A maior dificuldade esteve relacionada à impossibilidade de acompanhar as equipes no turno vespertino e nas atividades ‘fora do horário normal de atendimento’ das unidades, como palestras e as reuniões dos conselhos locais de saúde que são agendadas em horários distintos, como no período noturno ou no sábado, procurando favorecer a participação mais efetiva da comunidade.

A partir da observação participante foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, sendo que um dos critérios foi que as sete equipes de Saúde da Família estivessem representadas por pelo menos um profissional. A opção pelos profissionais entrevistados foi da pesquisadora a partir do primeiro contato estabelecido nas observações participantes. Os Agentes Comunitários de Saúde

foram indicados pelos enfermeiros, pois durante as observações o contato com os mesmos foi pequeno.

Assim a partir deste momento procurarei de forma sintética, sem a pretensão de esgotar o universo de atividades e relações que envolvem a dinâmica das equipes, contextualizar alguns pontos que considero relevantes.

O quadro abaixo caracteriza as equipes de saúde da família e sua relação com o território, população e famílias. Os números atribuídos a cada equipe correspondem à ordem de implantação das equipes no município.

Quadro 02 – Relação das Equipes de Saúde da Família conforme localidade, pessoas e famílias atendidas – Pomerode 2006*.

PSF	Localidades	Total pessoas	%	Total famílias	%
01	Testo Rega	4.260	17,69	1.207	17,04
02	Pomerode Fundos e Ribeirão Areia	3.475	14,43	995	14,04
03	Testo Central	3.906	16,22	1.148	16,20
04	Ribeirão Herdt, Ribeirão Clara e parte do Centro	3.616	15,01	1.097	15,48
05	Testo Alto	2.482	10,30	702	9,91
06	Wunderwald	2.373	9,85	695	9,81
07	Centro	3.965	16,46	1.239	17,49
Total		24.077	100	7.083	100

Fonte: SIAB

* Duas microáreas, no Centro, são acompanhadas pelo PACS, perfazendo um total de 1.255 (4,5%) pessoas em 386 (5,16%) famílias.

Conforme a portaria 648/06 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) as Equipes de Saúde da Família devem ser responsáveis por, no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. Assim, a partir da tabela 02, podemos observar que a equipe 01 extrapola o número máximo de habitantes sob a sua responsabilidade. Isto é percebido pelos profissionais e

segundo os mesmos esta relacionado ao fato do bairro ser eleito como maior foco migratório do município.

“[...] mas eu não estou fazendo isso porque a população que é atendida aqui pelo PSF 1 ela cresce de forma desordenada. Testo Rega, o bairro foi eleito, não sei exatamente porque, como foco migratório principal” (M 01).

A qualidade da assistência prestada esta diretamente relacionada à possibilidade de os profissionais exercerem suas atividades de forma ordenada dentro das suas possibilidades de atuação. A equipe 01 percebe dificuldades neste sentido relacionadas ao número excessivo de procedimentos a serem executados. M (01) coloca:

Entre os recursos necessários a implantação da Estratégia da Saúde da Família esta a necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. Esta é a realidade das Equipes de Saúde da Família de Pomerode, sendo realizado o controle mensal da jornada de trabalho de todos os profissionais da equipe.

A relação entre os profissionais das Equipes de Saúde da Família é boa, busca-se um trabalho interdisciplinar, voltado para a integralidade da assistência. Uma crítica a questão de pessoal se volta ao fato de que todas as atividades burocráticas das unidades, desde o agendamento de consultas ao arquivamento de prontuários, são de responsabilidade da equipe de enfermagem. Nas unidades com maior demanda este fato acaba se refletindo em momentos de certo “tumulto”, além de se perder em tempo de assistência ao cliente.

A portaria 648/06 (BRASIL, 2006) prevê a possibilidade de incorporação às Equipes de Saúde da Família dos profissionais de saúde bucal. Nas equipes 01 e 03 há atuação do odontólogo e do auxiliar de consultório dentário, caracterizando-as como Equipe de Saúde Bucal modalidade 1. A participação das equipes de saúde bucal é bastante evidente nas Equipes de Saúde da Família de Pomerode a partir do trabalho interdisciplinar desenvolvido e pela incorporação da lógica da estratégia que se volta não somente para a questão assistencial.

Quanto à dinâmica de atuação a equipe 02, assim como a equipe 04, responde por dois bairros distintos, porém a equipe 02 exerce suas funções em duas unidades (estrutura física) diferentes (uma em cada bairro) dividindo sua carga horária entre as duas unidades. Este fato é percebido como uma dificuldade pela equipe, com a justificativa de não permanecer na unidade o tempo apropriado para o desenvolvimento de suas atividades de maneira integral.

A estrutura física das unidades de atuação das Equipes de Saúde da Família 01, 03, 04 e 05 é apropriada respondendo as suas necessidades, todas foram planejadas para este fim. As Equipes de Saúde da Família 02 e 06 ocupam espaços físicos adaptados (escola/residência), assim não respondendo ao preconizado como ideário para o funcionamento de um estabelecimento de saúde. A equipe 07 atua na

Unidade do Centro, que tem atividades próprias, concentrando, por exemplo, a estrutura da Secretaria de Saúde o que dificulta o trabalho da mesma, levando em consideração a dificuldade de diferenciação da lógica do trabalho.

A territorialização é clara para todas as equipes, sendo que todas fazem uso de um mapa onde seu território é delimitado e que de alguma forma reflete o diagnóstico situacional do território. Neste “mapa inteligente” são delimitados os pontos de referência da comunidade, a rede de apoio, as casas das famílias, sobretudo daquelas onde há alguma situação de maior relevância.

Cada usuário que utiliza o serviço tem seu prontuário arquivado na “pasta da família”, o que demonstra a iniciativa de legitimação da nova lógica de reconhecer o indivíduo na sua integralidade inserido em uma família, enquanto núcleo primário da comunidade. Os profissionais reconhecem o prontuário do paciente enquanto importante meio de registro da história de atenção ao cliente procurando mantê-lo atualizado, com dados mais completos.

As consultas médicas, os preventivos de câncer cervico uterinos e demais procedimentos são agendados com antecedência e o usuário é orientado a estar na unidade minutos antes do procedimento, evitando assim grande espera o que tem um caráter um humanizador. São mantidas, dentro da previsão de consultas médicas diárias, “vagas para emergência” para usuários que necessitam de atendimento e não agendaram consulta.

A dinâmica da maioria das Equipes de Saúde da Família se reflete em atividades nas unidades em quatro dias da semana. A maior demanda nos serviços é a de consultas médicas, que em média, são agendadas de 15 em 15 minutos, tempo considerado por muitos profissionais como inadequado para se realizar uma consulta de qualidade. As atividades diárias dos profissionais se voltam para as práticas curativas assistenciais caracterizadas pela realização de procedimentos (curativos, injeções, verificação de sinais vitais), consultas, pequenas cirurgias, visitas domiciliares, atividades burocráticas.

“... marcar consulta, encaminhar pro médico, entregar medicação, fazer vacina, curativo.” (T 01)

“...mas assim são as atividades comuns de enfermagem.... então é curativo, é pré consulta...” (E 03)

“... a maior parte a gente faz consultas... setenta por cento de consultas são queixa/conduita, trinta por cento são preventivas, tem algumas coisinhas que a gente faz de pequena cirurgia no posto... alguns acidentes também a gente resolve no posto... o acompanhamento de pessoas idosas a gente faz em casa” (M 02).

“... básico são as visitas, no caso sem discriminação de famílias, no caso a quantidade de famílias que eu tenho eu procuro visita-las todos os meses” (A 03).

As visitas domiciliares são realizadas nesta mesma lógica, pela maioria das Equipes de Saúde da Família, uma vez por semana, em dia pré-determinado. Além de procedimentos (verificação de pressão arterial e glicemia, solicitação de exames e prescrição de medicamentos) prevalecem as orientações com relação aos hábitos de vida e utilização de medicamentos. A demanda resulta da solicitação dos ACS, de conselhos do município, da constatação de internação anterior, da solicitação do próprio usuário, do conhecimento da equipe. As pessoas visitadas se mostram bastante receptivas a visita das equipes.

No dia a dia das unidades prevalecem, enquanto práticas educativas, as orientações individuais quanto ao uso correto das medicações prescritas, quanto à mudança de hábitos, a como realizar o curativo, entre outras. Assim nas atividades educativas relatadas pelos profissionais se pode notar que o foco da atuação em educação em saúde volta-se intimamente à doença privilegiando o aspecto preventivo. Assim se percebe que o conceito de saúde enquanto ausência de doenças permanece ainda enraizado nas concepções de muitos profissionais.

“... para que a população possa se proteger em relação às doenças... se prevenir.” (T 01).

“Orientação, prevenção, tanto que agora vai ter o curso técnico de saúde pra melhorar essa área porque a gente tem uma noção de algumas doenças, a gente não tem aquele estudo aprofundado do assunto.” (A 01).

“É eu pergunto, eu vejo se eles estão tomando né os hipertensos... pergunto se estão bem, se estão tomando os remédios, quero as receitas para dar uma olhadinha...” (A 01).

As atividades das equipes, de maneira geral, se voltam principalmente para as atividades curativas, preventivas e de maneira menos evidente para as de promoção da saúde. A figura 1, a seguir procura caracterizar essas atividades das Equipes de Saúde da Família se evidenciando que o foco de atuação, da maioria dos profissionais, está voltado ainda para a doença, caracterizada pela prevalência das práticas acima mencionadas.

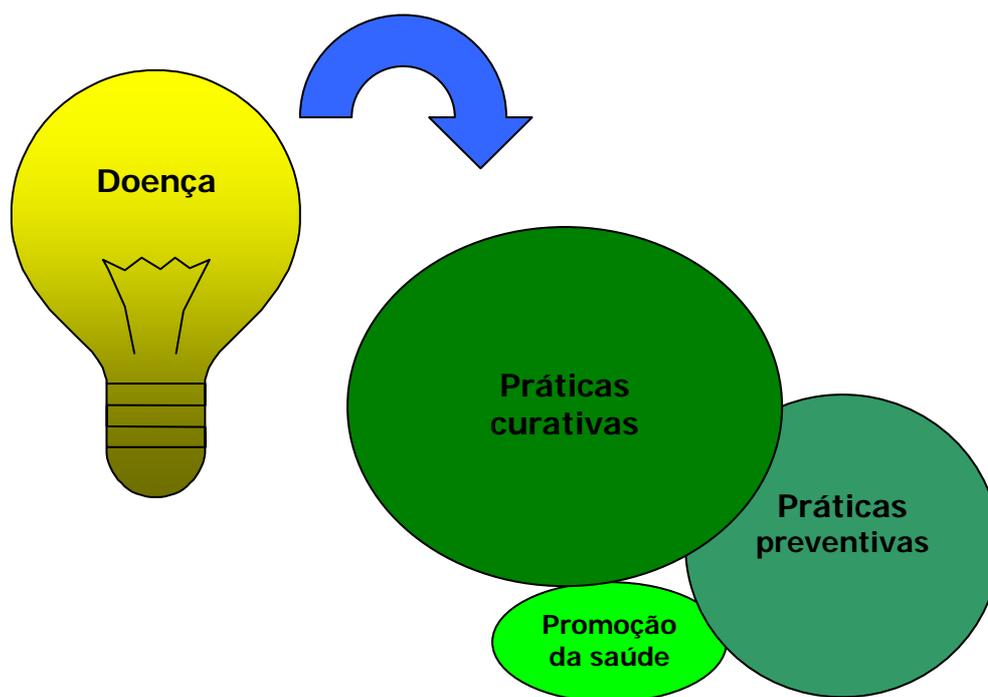


FIGURA 1 – Proporção das práticas desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família que atuam em Pomerode (SC), 2006.

A maioria dos profissionais entrevistados não elegeu as atividades educativas enquanto atividades diárias. Porém quando questionados com relação à possibilidade de a educação em saúde permear as demais atividades surge a afirmação de que a educação em saúde permeia sim todas as atividades, até mesmo as “assistenciais e curativas” da equipe.

“A educação em saúde eu procuro dentro das próprias consultas, no tempo que me dá sempre orientar” (M 01).

“... não só nos grupos, eu faço educação também durante a consulta, o doutor X faz também quando vai consultar o hipertenso, tem que reforçar... e eu percebo muito assim que durante o curativo a C. e a R. (técnicas de enfermagem) também fazem...” (E 02).

Um dos pontos a serem relacionados é a questão da lógica de privilégio ao modelo biomédico expresso no foco de atenção relacionado a doença e na prevalência de atividades individuais e curativas. Assim estas atividades são mais visualizadas e valorizadas pelo profissional do que as relacionadas às práticas educativas.

Outra questão a ser mencionada, e posteriormente a retomarei, é que para muitos profissionais o símbolo maior da educação em saúde é a palestra. Atividade esta realizada desconectada das demais, via de regra em dias e horários pré-definidos e com uma pauta elaborada.

Vasconcelos (1999) chama a atenção para o fato de que a educação em saúde sob uma nova ótica deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços de saúde e passa a ser algo que permeia e reorienta a diversidade de práticas ali realizadas.

Apesar de prevalecerem às condições anteriormente descritas se percebe algumas iniciativas que procuram alterar essa perspectiva, como a opção nas atividades de grupo por assuntos não relacionados diretamente a doença, a percepção da necessidade de orientações quanto a aspectos sociais, entre outros:

“... às vezes não tem nada a ver com hipertensão ou diabetes.... os assuntos muitas vezes não tem nada a ver com o foco da doença.” (E 03).

“... esse é o objetivo principal tentar orientar na parte de assistente social, conselho tutelar, vê o que a gente pode estar ajudando, mas “ficar de olho” principalmente nos hipertensos, diabéticos....” (A 01).

“Essa é a nossa orientação, assim esse intercâmbio que a gente faz, o caminho que eles tem que pegar.” (A 02)

Todas as equipes trabalham com algum grupo organizado entre eles: Grupo de Diabéticos, Grupo de Hipertensos e Grupo de Gestantes, a partir das prioridades eleitas pelo município. Em algumas unidades, porém a comunidade, através do Conselho Local de Saúde, expõe suas opiniões com relação ao foco que deve ser abordado pelas equipes. Por exemplo: a equipe 02 em suas atividades educativas prevê o trabalho com a questão da adolescência, apontada como prioridade em reunião do conselho local.

O acolhimento é outro aspecto positivo na realidade das Equipes de Saúde da Família. As pessoas são tratadas com respeito, se procura resolver as situações que aparecem, os encaminhamentos são realizados com orientações precisas, os profissionais são bastante prestativos, se percebe que as equipes têm vínculos consolidados com as pessoas da comunidade. Esta postura está de acordo com o preconizado já que a estratégia de Saúde da Família deve estabelecer novas práticas de atenção relacionadas ao estabelecimento de vínculos, compromisso e uma abordagem humanizada a população (ANDRADE; SOARES, CORDONI JÚNIOR, 2001).

Silva (2000) reflete sobre a questão do envolvimento que o profissional deve ter com cada ato que realizada, dando a cada um significado diferente. A qualidade das interações muda, é favorecida quando se consegue colocar intenção nas diversas atividades realizadas. Neste sentido o contato, o acolhimento, da Equipe de Saúde da Família com cada usuário tem significância singular.

As Equipes de Saúde da Família também estão envolvidas de maneira ativa nos Conselhos Locais de Saúde. Enquanto espaços que privilegiam a participação e

o controle da população sob as ações de saúde, os Conselhos Locais de Saúde foram constituídos em todas as comunidades.

Os profissionais percebem a participação da comunidade de diversas formas, destaco aqui dois pólos: os que a percebem como pequena pouco evidente. Neste sentido Elias (1998) refletindo sobre os problemas em relação à estruturação e funcionamento do SUS aponta, entre outros, o controle social, considerando que a nossa sociedade é desestimulada às ações de cidadania. Wendhausen (1997) retoma a necessidade de nos voltarmos para o passado, percebendo que nossa identidade histórica é a de não participação.

Outro pólo inclui os que a vêem como uma maneira de intromissão na dinâmica dos serviços. Os profissionais de saúde em muito ainda não se impregnaram com a lógica da participação popular efetiva. Para muitos a participação seria uma forma apenas de legitimar ações já previstas pela própria equipe. Quando esta se dá de maneira mais efetiva implica em descontentamento por parte da equipe, no sentir-se vigiado.

4.3 Categorias quanto às concepções e práticas de educação em saúde

As categorias quanto às concepções e práticas de educação em saúde foram relacionadas a partir da análise temática do conteúdo das entrevistas, tendo como referencial teórico principal os seguintes autores: Alves (2005), Wendhausen e Saupe (2003) e Vasconcelos (1997). As categorias relacionadas foram visualizadas a partir de dois núcleos: concepções de educação em saúde e práticas de educação em saúde.

Quadro 04: Núcleos, categorias e sub categorias quanto as concepções e práticas de educação em saúde das equipes do Programa Saúde da Família de Pomerode/SC

Núcleos	Categorias	Sub categorias
Concepções de educação em saúde	Conceito de educação em saúde	Atividades educativas para com o paciente
		Capacitação continuada da equipe
	Objetivos da educação em saúde	Prevenção de doenças
		Mudança de hábitos
		Melhorar a qualidade de vida
		Estimular a participação pessoal e comunitária
Práticas de educação em saúde	Modelo de educação	Modelo tradicional
		Modelo dialógico
	Métodos	Métodos formais
		Métodos informais
	Dificuldades	Aceitação da população
		Tempo dos profissionais
		Preparo acadêmico/profissional

4.3.1 Concepções de educação em saúde

As concepções acerca da educação em saúde estão apresentadas a seguir quanto aos aspectos conceituais e aos objetivos da prática educativa. Entendemos que concepções em educação em saúde servem de base para a práxis das Equipes

de Saúde da Família, pois estas acabam desenhando o modo de agir da equipe. O quadro 5 apresenta as categorias e sub categorias relacionadas:

Quadro 05 – Categorias e sub categorias quanto as concepções de educação em saúde

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Conceito de educação em saúde	Atividades educativas da equipe para com o paciente
	Capacitação continuada da equipe
Objetivos da educação em saúde	Prevenção de doenças
	Mudança de hábitos
	Melhorar a qualidade de vida
	Estimular a participação pessoal e comunitária

4.3.1.1 Categoria conceito de educação em saúde

A partir do referencial teórico proposto por Wendhausen; Saupe (2003) e do conteúdo das falas dos profissionais de saúde, neste estudo se podem delinear duas dimensões com relação ao conceito de educação em saúde: enquanto capacitação

continuada da equipe e enquanto atividades educativas da equipe para com o paciente. Neste sentido percebemos que não há um consenso com relação aos conceitos que permeiam as práticas entre os profissionais.

Ao serem questionados quanto ao conceito, significado da educação em saúde os profissionais em saúde assim a consideram:

“eu vejo educação em saúde como o princípio do todo... prevenção trabalha diretamente ligada a educação... vejo como um processo de informação, educação da comunidade para que haja mudança de hábitos e conseqüentemente patologias não venham a acontecer.” (E 01).

“... essa família já abriu espaço pra mim ensinar eles: se eles se alimentam mal a se alimentar corretamente, se eles tem falta de higiene a mudar o hábito de higiene...” (T 03)

“É todo o conhecimento que a gente tem em relação a algumas doenças, as coisas assim, e que a gente esta podendo passar para o paciente pra que eles se previnam.” (T 01).

A educação em saúde pode ser entendida a partir destes depoimentos como conjunto de práticas educativas “preventivistas”, em que a equipe de saúde “ensina” o indivíduo, a comunidade, a viver saudavelmente de forma a não adoecer ou não apresentar seqüelas, tendo como meta a adoção de hábitos de vida corretos.

Neste sentido retomo a discussão com relação à questão de que o foco de visão dos profissionais de saúde ainda esta voltado para o entendimento de saúde enquanto ausência de doenças. O que para Schwart (2001) remete a duas teses: a “curativa” (cura das doenças) e a “preventiva” (serviços básicos de atividade sanitária). Assim a educação em saúde privilegiando a questão preventiva busca o não aparecimento da doença, diferindo das práticas curativas principalmente em relação ao tempo de intervenção.

Para Wendhausen (1997), a atuação dos profissionais de saúde de forma estereotipada, disciplinadora e impessoal junto à clientela reforça a percepção do ser apenas um número, “mais um” quando adentram em um serviço de saúde. As

Equipes de Saúde da Família devem romper com essa característica de atendimento, de modo geral isto é percebido na atuação das Equipes de Saúde da Família de Pomerode, há uma percepção de mudança efetiva com uma relação que permite maior interação das equipes com a comunidade, porém o caráter disciplinador nas relações educativas é ainda bastante forte, T (02) ilustra as práticas educativas com sua fala:

“... é feita uma nova abordagem na recepção: quando o médico mandou voltar, quantas vezes na semana o médico mandou verificar a pressão, como ele mandou tomar o remédio para a pressão, ele mandou reduzir o sal, ele mandou não comer defumados e conservas, ele mandou a senhora fazer caminhadas, ele mandou a senhora cuidar com as gorduras, tudo isso é feito.” (T 02)

Uma outra característica da educação em saúde visualizada a partir das falas dos profissionais é seu caráter não dialógico, caracterizado pela difusão de práticas normativas cientificamente comprovadas, em que o ator social não é percebido como elemento ativo no processo, remetendo ao modelo denominado de “Educação Sanitária”⁶. Este modelo, embora superado epistemologicamente, parece ainda permear de maneira bastante efetiva as concepções e conseqüentemente as práticas educativas das ESF.

A educação em saúde para Wendhausen e Saupe (2003) se traduz em um trabalho que considera os processos saúde e doença extrapolando a questão biológica, a partir de múltiplos determinantes. Busca ajudar as pessoas a identificarem as raízes de seus problemas, estabelecendo uma relação dialógica, a partir da assimilação de que os saberes dos profissionais e da população são complementares.

Portanto a superação do “modelo sanitário” de educação é fundamental, pois este não responde mais ao que se espera das práticas educativas no momento em que se busca a efetiva consolidação do SUS, a partir dos seus princípios e diretrizes.

⁶Wendhausen, Saupe (2003)

A aquisição de conhecimentos favorece o empoderamento, na medida em que possibilita a tomada de decisões “consciente” dos indivíduos e comunidades. Vários profissionais entendem que os indivíduos devem conhecer melhor os processos que acontecem com os mesmos, tendo direito de serem informados sobre as possibilidades efetivas de participar das decisões.

“A informação é direito do cidadão. O chamado controle social é coisa da maior importância, porque é hora, já passou da hora, do indivíduo ter direito sobre seu tratamento e ter direito de saber o que esta acontecendo consigo e o que esta sendo feito” (M 01)

“A pessoa tem que conhecer a sua doença, conhecer as maneiras de tratamento para que possa eventualmente até optar”. (M 01)

Uma outra questão quanto a aquisição de conhecimentos esta relacionada ao resgate do “eu”. A perspectiva de não saber a que procedimento cirúrgico foi submetido, as medicações que faz uso e suas indicações, entre outros, representa uma total perda de autonomia do indivíduo. No sentido em que este é “manipulado” pela equipe de saúde sem nenhuma participação.

“Então assim essa educação em saúde é muito importante, eles estão resgatando o “eu” deles... porque meu Deus como eu não vou saber o nome do remédio que eu estou tomando.... Sou eu, é a minha saúde.” (E 03)

Neste sentido para Kleba (2005) o processo de conscientização que se configura numa apreensão da realidade, buscando o desenvolvimento pessoal, torna-se emancipatório assim promovendo o empoderamento.

Embora o conceito de educação em saúde, enquanto atividade da equipe para com o paciente tenha prevalecido chama a atenção o fato de que outro conceito tenha sido relacionado ao conceito de educação em saúde pelos profissionais. Uma das hipóteses é a de haja dificuldades para a definição clara das terminologias que permeiam os diversos direcionamentos das práticas educativas, o que pode ser percebido pela fala de M (02):

“Olha você fala de educação tipo educação continuada? Com o paciente?”
(M 02).

Esta “confusão” quanto a questão terminológica também é ilustrada por E (03) em suas colocações sobre suas práticas em educação em saúde, além da atividade de educação em saúde para o cliente a mesma coloca:

“... a mesma coisa aqui dentro da unidade com a funcionária, eu aproveito essas oportunidades, enquanto ela esta fazendo algum procedimento, pra estar do lado observando e pra estar orientando.” (E 03)

A capacitação continuada da equipe, educação continuada ou em serviço, é de extrema importância, sendo necessária ao aperfeiçoamento pessoal, profissional e ao aprimoramento organizacional. O conhecimento, em especial na área da saúde é muito dinâmico como ilustra T (02):

“... a gente precisaria ter a educação continuada dentro da nossa equipe de saúde, porque todos os dias estão vindo situações novas pra gente.” (T 02).

A educação continuada para Peres; Leite; Gonçalves (2005) consiste num conjunto de processos que oportunizam uma capacitação e o desenvolvimento pessoal e profissional refletindo numa transformação de organizações a partir da construção de conhecimentos importantes para a organização, a profissão e a sociedade.

O Deges (Departamento de Gestão da Educação na Saúde) do Ministério da Saúde propõe a educação permanente dos profissionais de saúde, enquanto estratégia fundamental para a recomposição de práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde, com linhas orientadoras pré-definidas. (BRASIL, 2004)

Assim entre as iniciativas que podem ser relacionadas neste sentido estão: os pólos de Educação Permanente, as atividades da residência multiprofissional em Saúde da Família, ao Profae (auxiliar de enfermagem), ao curso Técnico em Saúde (Agentes Comunitários de Saúde). Em Pomerode uma iniciativa bastante interessante é a realização de reuniões duas vezes ao mês da equipe de

enfermagem com o serviço de psicologia, buscando trabalhar questões que transcendem o aspecto biologicista.

4.3.1.2 Categoria objetivos da educação em saúde

A partir da definição dos objetivos estabelecemos os métodos e nos instrumentalizamos, definindo aonde queremos chegar. Ao refletir sobre os objetivos da educação em saúde dos profissionais de saúde percebemos que prevalece: a prevenção de doenças e a mudança de hábitos, o que pode ser constatado a partir dos depoimentos a seguir:

“A educação em saúde é das coisas mais importantes, sem isso não haveria prevenção.” (M 01).

“... seria este trabalho de prevenção, você trabalha com a criança... é ensinando elas a se alimentar corretamente, ensinando elas a praticar esportes, que ela tem que ter lazer... a parte de higiene e conforto.... a educação no sentido das doenças em si, ensinando as doenças como surgem, o porque...” (T 03)

“... a gente chama eles, conversa com eles, estimula eles a prevenir os problemas de saúde, podendo às vezes o paciente vir acompanhando um familiar...” (E 01)

Assim como já citado anteriormente o foco dos profissionais de saúde esta relacionado ainda intimamente a doença: em evitar que os agravos ou seqüelas aconteçam através da prevenção promovendo mudança de hábitos. Assim a visão biologicista que conduz ao modelo biomédico de atenção pode ser percebida no cotidiano dos profissionais de saúde.

O modelo tradicional focaliza a doença e as intervenções curativas, fundamentando-se no referencial biologicista do processo saúde doença. Assim a prevenção das doenças é foco (objetivo) das intervenções a partir da mudança de atitudes e de comportamentos individuais (ALVES, 2005).

A promoção da saúde entendida enquanto eixo estruturante da nova dimensão de atenção à saúde foi quase que totalmente negligenciada nas falas dos profissionais de saúde. A “confusão” que tem bases históricas quanto aos conceitos de promoção da saúde e de prevenção de doenças pode ser considerada neste sentido.

Carvalho (2004) entende que o projeto de Promoção da Saúde representa uma resposta aos desafios sanitários contemporâneos. Ao constatar o papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, as atividades de promoção da saúde devem se voltar ao coletivo dos indivíduos e ao ambiente, através de políticas públicas e ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e da comunidade (BUSS, 2003).

Vasconcelos (1997) aponta que a educação em saúde tem sido entendida por muitos profissionais como um processo de fazer com que as pessoas mudem hábitos, comportamentos que prejudicam a saúde. Pode-se perceber que este ainda é o objetivo de alguns profissionais ao pensarem sobre as práticas educativas:

“É... para alguns pacientes a gente não consegue mudar, principalmente na faixa etária de sessenta pra cima... o hábito de vida já está tão arraigado que é difícil você mudar até o hábito alimentar. É muito difícil.” (M 02).

E (02) em seu depoimento afirma que percebe a educação em saúde a partir da mudança de hábitos da população:

“... eu percebo educação em saúde quando eu vejo ter mudança de hábitos deles... quando eles assimilam a informação e falam alguma coisa da prática deles que mudou.” (E 02).

Wendhausen e Saupe (2003) percebem em seu estudo com profissionais de saúde da família, que a educação em saúde está relacionada à “mudança de comportamentos”, expressos em palavras como transmitir, passar e repassar conhecimentos, orientações e informações na tentativa de modificar comportamentos errados. Ficando clara a visão de que as pessoas possuem estilos de vida inadequados que devem ser modificados.

Alves (2005) afirma que o discurso biologicista através do reducionismo da determinação do processo saúde doença à dimensão individual, não assimilando os demais determinantes do processo, propagou o discurso de que os problemas de saúde decorriam da não observância de normas de higiene, sendo a mudança de atitudes e comportamentos individuais os meios necessários para garantir a resolutividade dos problemas de saúde. Este predominou fortemente no campo da educação em saúde durante décadas, sendo encontrado ainda hoje como orientador das práticas educativas.

Assim retomo mais uma vez a discussão quanto à necessidade de ampliação dos conceitos relacionados ao processo saúde doença e seus determinantes e ruptura com o modelo ainda hoje hegemônico. Buscando a compreensão de que os problemas das pessoas têm raízes mais profundas do que apenas pela falta de conhecimento e/ou pela falta de motivação pessoal (VASCONCELOS, 1997).

De maneira menos efetiva se percebe uma ampliação das visões dos profissionais de saúde em relação às possibilidades da educação em saúde, e conseqüentemente a constatação de um conceito de saúde ampliado, caracterizado pela fala de E (01):

“... pra que as pessoas possam viver com mais qualidade de vida e pra que elas possam ser multiplicadores das informações...” (E 01).

Na fala de M (03) evidenciamos a educação em saúde comprometida com a importância do estímulo à participação pessoal e comunitária contribuindo para o empoderamento destes indivíduos e comunidade:

“Estimular o auto cuidado, aumentando a responsabilidade individual pela saúde, intervir sobre os determinantes sociais e promover a organização social da população” (M 03).

Para Vasconcelos (1999) a educação em saúde passa a ser instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida das pessoas e da sociedade, na medida em que resgata a lógica que os problemas de saúde dos indivíduos têm diversos determinantes relacionados às condições de vida.

A constatação de visões mais abrangentes quanto às possibilidades da educação em saúde embora represente um ponto bastante positivo é percebida em uma escala muito menor, àquela relacionada puramente as questões preventivas, e de maneira isolada, isto é relacionada a alguns profissionais. Refletindo assim a necessidade da produção de discussões quanto a essas possibilidades.

4.3.2 Práticas de educação em saúde

As categorias e sub categorias relacionadas as práticas de educação em saúde são apresentadas no quadro 06. As práticas de educação em saúde têm uma relação estreita com as concepções de educação em saúde observadas anteriormente, representando assim sua efetivação.

Quadro 06 – Categorias e sub categorias quanto as práticas de educação em saúde

PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	
	Modelo de educação		Modelo tradicional
			Modelo dialógico
	Métodos		Métodos formais
			Métodos informais
	Dificuldades		Aceitação da população
			Tempo dos profissionais
			Preparo acadêmico/profissional

4.3.2.1 Categoria modelo de educação:

A partir do referencial proposto por Alves (2005), se evidencia no conteúdo das falas dos profissionais de saúde os modelos de educação tradicional e dialógico.

O modelo tradicional prevalece no conteúdo das falas dos entrevistados. Pode ser caracterizado pela adoção de estratégias de ação que incluem informações verticalizadas, sendo os indivíduos tratados como carentes de informações. O objetivo das práticas é o de informar para a saúde. As falas abaixo caracterizam esse modelo:

“Passar o conhecimento para que a população possa se proteger em relação as doenças, se prevenir...” (T 01).

“... você precisa explicar pra ele com todas as letras possíveis, com a maior clareza possível o que ele precisa fazer da parte dele para com o tratamento.” (T 02).

A categoria educação tradicional também foi caracterizada no estudo de Medeiros (2004) sendo denominada como educação bancária, a partir dos conceitos de Paulo Freire, caracterizando-se enquanto processo de doação daqueles que detém o conhecimento (profissionais) para aqueles que se julga nada saberem (população).

Paulo Freire nos fala sobre duas concepções de educação que se opõem: a bancária e a problematizadora. Na educação bancária (tradicional), onde as pessoas consideradas donas do saber doam seu saber aqueles que julgam nada saber, tornando-a instrumento de opressão (SANTOS; PORTELLA; RODRÍGUEZ; 2004). Assim o papel passivo do indivíduo, enquanto protagonista do processo educativo é ilustrado pela falas a seguir:

“... sempre que uma pessoa recebe uma orientação correta e ela coloca em prática as orientações recebidas é uma receita boa pra se passar adiante.” (E 01).

“Então as pessoas que vêm assistir palestras acabam virando multiplicadores do que a gente orienta...” (M 02).

Guiraldelli Júnior (1994) reforça que a pedagogia libertadora se baseia na horizontalidade entre educador e educando, caracterizando-se com pedagogia do diálogo. A educação tradicional (bancária) é apontada pela pedagogia libertadora

enquanto calcada numa “ideologia de opressão”, onde o aluno (indivíduo) é destituído de todo o saber.

O modelo dialógico (problematizador) se fundamenta no diálogo e no respeito ao saber do outro, onde é necessária a valorização do saber do outro, associando saberes curriculares (técnicos) com o conhecimento de experiência feito. Assim no modelo dialógico o usuário é reconhecido enquanto sujeito portador de um saber que não é deslegitimado pelos serviços. As práticas educativas ocorrem de maneira horizontalizadas, profissionais e usuários atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados. Busca-se a emancipação do usuário a partir dessas relações (ALVES, 2005).

Para Bricenõ-Léon (1996) não há no processo educativo um que sabe e outro que não sabe, mas há sim saberes diferentes, portanto a educação deve ser dialógica, a partir de relações horizontais. Percebo que a maioria dos profissionais não reconhece o saber do outro de maneira efetiva, trabalhando com o mesmo. Este é de certa forma “respeitado” levando em consideração a autonomia dos indivíduos, porém a lógica é: “eu ensino, se a pessoa não quer... o problema não é mais meu”.

4.3.2.2 Categoria métodos das práticas educativas

Esta categoria diz respeito aos métodos utilizados pelos profissionais da ESF enquanto práticas de educação em saúde. Assim podemos identificar a utilização de métodos formais (palestras, folhetos informativos) e os métodos informais (ações de saúde).

Entre os métodos formais a palestra é o método eleito como símbolo das práticas em educação em saúde, sendo assim M (01) coloca:

“As palestras são dá maior importância, seja sobre doenças crônicas como diabetes e hipertensão e também palestras sobre a chamada medicina complementar ou alternativa...” (M 01).

Para Vasconcelos (1997) a palestra é a forma mais tradicional de educação em conjunto nos serviços de saúde. Dessa maneira pode ter como objetivo sutil o controle da população pelas classes dominantes, fazendo com que as pessoas aceitem uma visão sobre si mesmas que não é construída por elas. Por outro lado há possibilidades destas serem construídas de forma diferenciada a partir das necessidades da própria comunidade.

Destaco ainda algumas iniciativas das Equipes de Saúde da Família na tentativa de envolver os usuários, no sentido de participarem (numericamente) das palestras e grupos organizados na unidade. Pode-se perceber que as equipes têm apoio para o desenvolvimento destas atividades:

“... as palestras é feita em horários diferentes do horário de atendimento do posto... sempre é sete da noite, um horário mais tarde para que a população possa participar.” (T 01)

“...O nosso aqui funciona uma vez por mês, cada mês eu conto sempre com dois profissionais, que vem fala sobre o enfoque da profissão deles na gestação, a gente faz um intervalo entre as duas falas com um lanchinho né, esse lanchinho também eu fui busca com a nutricionista né, alimentos que pudessem ser utilizados pelas gestantes sem maiores problemas como aumento de peso, quanto aumento pra pressão alta, dos dentes né...” (E 01)

“... a gente conseguiu oferecer um café, então as pessoas... mudamos a palestra que era de dia de semana, mudamos para sábado a tarde...” (M 02)

Nos diversos grupos estruturados pelas Equipes de Saúde da Família, as palestras também têm destaque dentre as atividades realizadas. Apesar de muitos grupos e comunidades optarem pelos assuntos a serem abordados o que é bastante interessante. Deve-se ter cuidado para que os encontros que são agendados e preparados pelos profissionais das equipes possam proporcionar a participação efetiva dos envolvidos.

Quando aos grupos cabe destacar a percepção por parte dos profissionais de que os mesmos se constituem enquanto espaços de troca de experiências entre os usuários. E (02) em sua fala evidencia a percepção de que esta troca de

experiências favorece a aquisição e a “aceitação” dos conhecimentos transmitidos pelos profissionais de forma mais efetiva do que através das palestras:

“Mas, eu percebo assim que quando eles estão em grupo o que mais funciona, na verdade, são os “papos” paralelos que eles têm... assim o vizinho ele é mais próximo do que eu, então eles sabem que o que o médico esta falando é certo, mas eles acham que é muito distante, é uma realidade que é uma utopia, mas se o vizinho transformou uma prática negativa em positiva diante do que o médico falo, eles acham se meu vizinho consegue eu também posso...” (E 02)

“... então elas têm oportunidade de se falar, de trocar experiências...” (E 02).

Uma outra perspectiva quanto ao troca de experiências em grupo é apontada Medeiros (2004) considerando que o trabalho em grupos (terapêuticos) favorece o compartilhar de saberes e de experiências, a partir do diálogo promovendo a valorização de potencialidades individuais e coletivas, assim, entendo, promovendo o empoderamento.

Para Kleba (2005, p.215) é essencial no processo de empoderamento *descobrir-se/sentir-se parte do coletivo e da história, sentir-se e assumir-se enquanto sujeito ao mesmo tempo condicionado e condicionante do meio.*

Algumas experiências têm mostrado a iniciativa das Equipes de Saúde da Família em buscar efetivamente na comunidade o norteamento de muitas das ações o que contribui para o empoderamento Através das atividades em grupo as comunidades têm experimentado a possibilidade de discussão de temas de seu interesse:

“A gente juntou eles num encontro e perguntou sobre o que eles queriam que a gente falasse então a gente fala do que eles escolheram...” (E 03)

Isto implica num reconhecimento pela própria comunidade de suas reais necessidades e até mesmo de suas preferências. Rompendo com a histórica imposição de necessidades com que, muitas vezes, nós profissionais de saúde nos valem para legitimar “nossas verdades”.

Os Conselhos Locais de Saúde, através de suas atividades, também tem se constituído espaços de discussão na comunidade, de troca de saberes e percepções, buscando uma melhor qualidade de vida.

Uma das questões que chama a aten

A dicotomia existente entre os processos educativos e as atividades curativas deve ser superada pelos profissionais em termos conceituais e práticos.

Fica novamente evidenciada a necessidade de se ampliar o conceito de saúde e de educação em saúde para além dos componentes biológicos, pois, ao contrário a idéia de que cada agravo tem relação, principalmente, com a falta de cuidado e o desleixo da população (VASCONCELOS, 1997) remete as prática hegemônicas de educação em saúde.

O desafio concentra-se na opção por uma prática participativa na amplitude desse conceito, pois por vezes a participação requerida por nós profissionais visa à legitimação de nossos próprios conceitos. Só a partir de uma postura diferenciada dos profissionais de saúde é que o ideário proposto pela Reforma Sanitária poderá ser consolidado.

4.3.2.3 Categoria dificuldades no processo educativo:

As dificuldades percebidas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família quanto às práticas educativas podem ser agrupadas em: aceitação da população, tempo dos profissionais e preparo acadêmico/profissional.

Um dos aspectos referenciados por vários profissionais quando questionados quanto às dificuldades nas práticas educativas foi a aceitação da população diante de uma nova perspectiva de atendimento, pois esta privilegia as consultas médicas e as atividades técnicas da equipe:

“O que eles querem mais é a consultas, é passar com o médico, é o medicamento, é mais assim” (T 01).

“... porque hoje em dia se o médico ou a enfermeira não estão dentro da unidade pra atende o paciente, a cultura que vai muito de local pra local, é que ele não ta trabalhando...” (E 01)

Para Medeiros (2004) o modelo biomédico que privilegia as práticas curativas, centrado na doença, na prescrição de exames e medicações, permanece arraigado na cultura da população e também dos profissionais de saúde. Assim as aspirações da população se voltam para a procura por estes serviços.

A medicalização dos problemas da população reforçando a idéia de que a saúde é uma questão de mais ou melhores medicamentos, consultas e exames, em detrimento a noção de que os problemas de saúde estão relacionados as situações de vida da população (VASCONCELOS, 1997), em muito responde ao interesse das classes dominantes em manter o *status quo*.

Outra dificuldade apontada em especial por médicos e enfermeiros foi a questão do tempo não ser suficiente para a realização da educação em saúde, em função de um grande número de consultas (e do tempo despendido em cada uma delas) e do acúmulo de atividades burocráticas:

“...essa é uma dificuldade muito grande, o número de consultas... eu tive que me dedicar entre aspas né a comer fila” (M 01)

“Bombril (risos)... ta é muita burocracia né, então a gente passa muito tempo em cima de papéis...” (E 03)

Aqui novamente se pode resgatar a questão relacionada ao fato de a educação em saúde ser considerada uma atividade a mais a ser realizada pela equipe em meio as demais atividades diárias. A dicotomia entre as ações educativas e as práticas curativas esta presente ainda na realidade de várias equipes.

A terceira dificuldade referida é a falta de preparo acadêmico/profissional em relação à educação em saúde por alguns profissionais. Para outros há uma constatação da necessidade, frente à realidade dos serviços, da educação continuada presente no dia a da:

“... a gente aprende de tudo um pouco, mas em educação em saúde é precário... o enfermeiro que sai das universidades hoje em dia, salvo algumas exceções, é um enfermeiro para a área hospitalar....ele não sabe estabelecer vínculos, ele tem dificuldade para se comunicar...” (E 01)

“... necessidade de mais educação continuada.” (M 03)

Esta percepção por parte dos profissionais de saúde é bastante positiva, pois demonstra a abertura dos mesmos a novas possibilidades considerando a educação continuada enquanto espaço de crescimento pessoal e profissional. Quanto à formação acadêmica/profissional fica a reflexão quanto às nossas próprias posturas enquanto educadores e a efetiva necessidade de reflexões acerca dos parâmetros curriculares adotados.

Capítulo 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento de saúde enquanto somente ausência de doenças que se reflete em práticas curativas privilegiando a visão biologicista e fragmentada do processo saúde doença, historicamente tem se mostrado ineficaz. Embora já superada epistemologicamente e constitucionalmente, na práxis se percebe a necessidade de sua incorporação.

A efetiva consolidação do SUS, de seus princípios e diretrizes é compromisso de todos os cidadãos, de maneira especial nosso enquanto profissionais de saúde. A perspectiva desta consolidação implica em uma mudança no estilo de pensamento de cada um de nós e na luta contra o modelo, ainda, hegemônico de atenção a saúde. Nesta perspectiva o Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde passa a ser entendido enquanto estratégia prioritária para a reorganização dos serviços de saúde no Brasil.

A Estratégia de Saúde da Família, através da atuação de equipes multiprofissionais, caracteriza-se por incorporar uma nova lógica de atenção, entendendo o processo saúde doença em seus múltiplos determinantes, a partir de uma relação diferenciada entre os profissionais de saúde e a população. Entre as várias atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família a educação em saúde foi eleita enquanto foco deste estudo, a partir do entendimento que esta é promotora do empoderamento individual e comunitário.

Ao retomar elementos históricos culturais das práticas educativas em saúde se constata que estas surgiram, no início do século XX, voltadas a incorporação de hábitos higiênicos pela população de maneira totalmente impositiva pelas “autoridades sanitárias”. A partir dos anos vinte passa a ser denominada “Educação Sanitária” mantendo o caráter normativo voltado para a assimilação de hábitos e comportamentos adequados.

A partir da década de setenta novas experiências de educação em saúde começam a ser visualizadas através do estabelecimento de uma nova lógica de relação entre os profissionais de saúde e a população, priorizando o diálogo, buscando ser uma assessoria técnica as demandas populares. Assim a educação em saúde passa a assumir uma nova conformidade, comprometida com as práticas

sociais que entendem a saúde como produção social com base em determinantes que extrapolam o caráter biológico.

Nesta perspectiva a Educação em Saúde se torna instrumento de empoderamento de indivíduos e de comunidades, de promoção da saúde, fundamental para a consolidação de um novo pensar e agir em saúde. Não se reduzindo a um repasse de informações do profissional detentor do saber ao indivíduo desprovido deste.

Levando em consideração o conceito de educação em saúde enquanto prática social, que extrapola atividades preventivas, se inserindo no campo da promoção da saúde. Atividade que permeia todas as ações da equipe de saúde e que faz uso de metodologias que privilegiam o diálogo, entre população e profissionais de saúde, levando em conta seus diferentes saberes, promovendo o empoderamento individual e comunitário, se percebe a necessidade de incorporação e legitimação deste pelas ESF.

Assim este estudo procurou conhecer quais as concepções e práticas de educação em saúde das Equipes de Saúde da Família de Pomerode (SC) e sua relação com a promoção do empoderamento individual e comunitário, os quais foram alcançados, a partir da opção por um estudo exploratório de natureza qualitativa.

A coleta de dados partiu da observação participante, esta foi de grande importância, proporcionando um maior contato da pesquisadora com os profissionais, melhor conhecimento e entendimento com relação à realidade das equipes. A receptividade das equipes foi boa com relação à presença da pesquisadora sendo que a maior dificuldade esteve relacionada a impossibilidade por parte da pesquisadora de participar de algumas atividades da equipe.

As observações participantes serviram de base para a realização das entrevistas com os profissionais onde se procurou um maior aprofundamento com relação aos objetivos propostos pelo estudo. Uma das questões que chama a atenção com relação às entrevistas é que em alguns momentos, diante de certas questões, as respostas dos profissionais se tornaram um tanto evasivas, com respostas não condizentes com o objetivos do questionamento.

A partir da compilação dos dados e voltando-se para a literatura se pode identificar três núcleos com categorias distintas sendo estas: concepções de educação em saúde, práticas de educação em saúde e educação em saúde para o empoderamento.

Pomerode é uma cidade pequena, com aproximadamente vinte e cinco mil habitantes, considerada sinônimo de tradição (preservando a cultura alemã), beleza natural e qualidade de vida. Possui Gestão Plena da Atenção Básica, sendo que a saúde projeta-se sobre a estratégia integradora de Saúde da Família a partir da atuação de sete equipes com abrangência de 95% de cobertura populacional.

A implantação do PSF no município se iniciou em outubro de 1999 antecedida pela implantação do PACS em janeiro do mesmo ano. Com relação a dinâmica de atuação das equipes destaca-se que as atividades concentram-se nas unidades de saúde em quatro dias da semana, sendo um destinado as visitas domiciliares. Prevaecem as atividades curativas e preventivas sendo que a princípio os profissionais não elegeram a educação em saúde enquanto atividade diária.

Quanto às concepções de educação em saúde embora a maioria dos profissionais a tenha relacionado a práticas curativas da equipe com a população surge também o entendimento desta enquanto educação continuada da equipe. O que aponta para certa confusão com relação as terminologias relacionadas as práticas educativas.

Quanto aos objetivos da educação em saúde prevalece a prevenção de doenças através da mudança de hábitos considerados inadequados. De forma menor são objetivos da educação em saúde para os profissionais do PSF a promoção de qualidade de vida e o estímulo a participação pessoal e comunitária.

Quanto às práticas de educação em saúde prevalece o modelo tradicional caracterizado pela adoção de estratégias de ação que incluem informações verticalizadas, com o objetivo maior de o profissional detentor do saber informar os indivíduos desprovidos deste para a saúde.

A operacionalização das práticas educativas das equipes de Saúde da Família se dá através de métodos formais (palestras, folder) e de métodos informais

(conversas/orientações individuais. Quanto as dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde destaca-se a aceitação da população, o tempo dos profissionais e a questão do preparo acadêmico profissional.

Na dimensão educação em saúde para o empoderamento se procurou relacionar atividades educativas promotoras do empoderamento individual e comunitário assim foram estabelecidas às categorias aquisição de conhecimentos e atividades em grupo. Um dos aspectos que chama a atenção é o desconhecimento expresso pela maioria dos profissionais com relação a temática, evidenciando a necessidade de um aprofundamento.

Algumas iniciativas como a realização de atividades fora do horário normal de atendimento, o oferecimento de café durante os encontros, a busca por conhecer aquilo que a população deseja no sentido das atividades educativas podem ser visualizadas a partir das falas dos profissionais.

Porém se percebe que o foco de atenção da maioria dos profissionais permanece intimamente relacionado à doença se refletindo na prevalência de atividades curativas e na percepção de que o objetivo maior da educação em saúde é a prevenção de doenças pela assimilação de hábitos adequados de vida.

O conceito de educação em saúde das equipes de saúde da família traz ainda de maneira bastante efetiva o discurso da “Educação Sanitária” em que o objetivo maior é a aprendizagem de hábitos e comportamentos saudáveis pela população. As metodologias utilizadas privilegiam o repasse de informações do profissional para os indivíduos de maneira verticalizada.

Percebo certa ambigüidade com relação à fala e as ações dos profissionais, pois embora se perceba que o discurso se volte para o modelo hegemônico, as ações dos profissionais principalmente relacionadas ao acolhimento, as relações estabelecidas com a comunidade se mostraram positivas.

Assim destaco a grande relevância do processo de formação dos profissionais e educação continuada desenvolvendo e/ou resgatando as competências dos profissionais para o SUS atuando em educação em saúde no sentido de abarcar conhecimentos, habilidades e atitudes que sejam capazes de

contemplarem o modelo de educação em saúde que responde aos objetivos propostos pela Reforma Sanitária.

O desenvolvimento de conhecimentos que extrapolam a questão biológica e se refletem num maior engajamento político dos profissionais. De habilidades para trabalhar com indivíduos e comunidades na perspectiva de ações além das curativas. De atitudes pró ativas diante das diversas demandas voltadas para a resolutividade das situações buscando o envolvimento comunitário.

Penso que este estudo possa contribuir para as discussões acerca das práticas das equipes de PSF na perspectiva destas serem fundamentais para a efetiva consolidação do SUS e de seus princípios. A expansão do número de equipes atuando deve ser acompanhada pela instrumentalização das mesmas para a consecução de resultados que se reflita em uma melhor qualidade de vida de indivíduos e comunidades.

REFERÊNCIAS

ALVEZ, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família**: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comunic, Educ, v.9, n.16, p 39-52, set. 2004/fev.2005

ANDRADE, S.M; SOARES, D.A; CORDONI JUNIOR,L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL e Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

BAPTISTA, T.W.F. **O direito a saúde no Brasil**: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BIZZO, M.L.G. **Difusão científica, comunicação e saúde**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan-fev. 2002.

BOURGET,M; SOUSA, M.F. **Unidades e equipes de saúde da família**: espaços e almas ativas. In: SOUSA, M.F. (org). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 8**. Brasil. 17-21 março – Relatório final. Brasília, 1986. (Material entregue em sala de aula)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsväl, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde: 2001 b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde**: Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**.

Secretaria de Atenção a Saúde: Departamento de Atenção a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL (b), Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRICENÕ-LÉON, R. **Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, a. 12, v. 1, jan-mar, 1996.

BRODERSEN, G; WENDHAUSEN, A. **Educação em Saúde uma perspectiva**. Revista Alcance, Itajaí, a.III, n. 1, jan/jul/96

BUSS, P.M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde** In:_____ CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CARVALHO, R.S. **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul-ago,2004.

CHIESA, A.M. **A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no programa saúde da família**. Revista Nursing, v.64, n. 6, setembro 2003.

CIANCIARULLO, T.I. Org. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe editorial, 2002.

CORBO, A.D'A; MOROSINI, M.V. **Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde**. In:_____ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde: princípios**. Texto retirado do Caderno Planejamento e Gestão em saúde, organizado por CAMPOS, F.E TONON, L.M.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. Belo Horizonte: Coopmed (Caderno de Saúde, 2)

ELIAS, P.E. **Estrutura e organização da atenção a saúde no Brasil**. In: COHN, A; ELIAS, P.E. Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços. 2 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1998.

ESCOREL, S. (coord) **Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

FEUERWERKER, L.C.M. & ALMEIDA, M.J. **O programa de saúde da família e o direito a saúde**. Revista Olho Mágico, a. 6, n. 22. agosto/2000.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GHIRALDELLI JUNIOR, P. **História da educação**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1994.

LEFÉVRE, F. **Saúde pública promoção da saúde, qualidade de vida**. Tema – Radis, n19 maio/2000 – Fiocruz. P11 - 13

KLEBA, M.E. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

MARQUES, A. **O que é, quando surgiu, onde existe, quem compõe as equipes, cursos na área**. Disponível em: www.psfbrasil.hpg.com.br/

MEDEIROS, M.C. **Refletindo sobre as práticas educativas de uma equipe da estratégia saúde da família**. (orientador: Antônio de Miranda Wosny). Florianópolis, 2004. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. Orientador Antônio de Miranda Wosny.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MERCADANTE, O.A. (org). **Evolução das políticas e do sistema de saúde do Brasil**. In:_____ FINKELMAN, J. (org). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**. 7 ed. Hucitec/Abrasco: SP-RJ, 2000.

MINAYO, M.C. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: Pesquisa social – teoria, método e criatividade. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M.C.; ASSIS S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: uma abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NETO, O.C. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: Pesquisa social – teoria, método e criatividade. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

PERES, H.H.C; LEITE, M.M.J; GONÇALVES, V.L.M. **Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação do desempenho profissional**. In: KURCGANT, P. (coord) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POLIT, D.E ; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, C.L; MELO, J.A.C. de; SOARES, J.C.S. **Quem educa quem? Repensando a relação médico paciente**. In: _____ COSTA, N.R; MINAYO, M.C; RAMOS, C.L.R; STOTZ, E.N. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Vol II. Petrópolis: Vozes, co edição: Abrasco, 1989.

RISSI JÚNIOR, J.B.; NOGUEIRA, R.P. **As condições de saúde no Brasil**. In: FINKELMAN, J. (org). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SANTOS V. dos, PORTELLA M.R; VIEIRA F. **A educação gerontológica: uma reflexão a partir da ótica freireana**. Revista Técnico-científica de Enfermagem, 2004 v.2 n.9 maio/jun

SOUSA, M.F. **Capital humano no PSF: revendo o passado e imaginando o futuro**. In: SOUSA, M.F. (org). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, 2002.

SCHWART, G.A.D. **Direito a saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2001.

SILVA, C.R.L.D. da. **Saúde coletiva e a ênfase no humano**. Blumenau: Edifurb,2004.

SILVA, M.J. P. da. **O amor é o caminho – maneiras de cuidar**. São Paulo: Editora Gente, 2000.

SILVA, J.P.V. da; LIMA, J.C. **Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à Promoção da Saúde**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 2002

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec , 1999.

_____ **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997

VICTORA, C.G; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa Qualitativa em saúde – uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WENDHAUSEN, A. **Por um controle social popular nos serviços de saúde: reflexões preliminares**. Revista Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.6, n.3, p. 95-112, set/dez 1997.

WENDHAUSEN, A. SAUPE, R. **Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família**. Revista Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.12, n.1, p.17-25, jan/mar 2003.

WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (org.) **Gestão de serviços de saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Universidade do Vale do Itajaí
Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho
Mestranda: Tatiana Lunelli
Equipes de saúde da família – Concepções e práticas de educação em saúde para o empoderamento

Roteiro de entrevista semi-estruturada

- 1) O que a (o) levou a optar pelo trabalho no PSF?
- 2) Fale sobre suas atividades diárias.
- 3) Quais as suas concepções a respeito da educação em saúde? (o que é, quais os objetivos)
- 4) Quais os momentos em que ela ocorre e quais as suas estratégias?
- 5) Você acredita que a educação em saúde pode levar ao empoderamento? De que forma?
- 6) Quais as maiores dificuldades que você encontra no seu dia a dia de trabalho?

APÊNDICE 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho através deste convidá-lo a participar do estudo intitulado: Equipes de Saúde da Família: concepções e práticas de educação em saúde para o empoderamento. Nosso objetivo é geral é conhecer as concepções e práticas de educação em saúde para o empoderamento, das equipes da estratégia de saúde da família no município de Pomerode.

Ressaltamos a importância de sua contribuição para este estudo, porém sinta-se completamente livre para decidir participar ou não. Outrossim esclarecemos que: seu anonimato será garantido; as informações serão sigilosas, a não participação não acarretará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus a sua pessoa. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos, de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com este termo solicitamos o preenchimento e assinatura no documento a seguir:

Eu _____

RG nº _____

Declaro que concordo de forma livre e esclarecida em participar do estudo: EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA - CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O EMPODERAMENTO, desenvolvido pela mestrandia Tatiana Lunelli sob orientação da Professora Dr^a. Rosita Saupe, aprovada pela Comissão de Ética da Univali sob parecer número 500/05.

Itajaí, _____ de 2006.

Assinatura: _____

ANEXO 1
AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ANEXO 2

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)