

UNISALESIANO
Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium*
Curso de Enfermagem

Giane Gargaro Gonçalves
Marcelo Soares

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM EDUCAÇÃO
EM SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA A
ATENÇÃO BÁSICA

LINS-SP
2010

GIANE GARGARO GONÇALVES
MARCELO SOARES

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA
PERSPECTIVA PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Examinadora do
Centro Universitário Católico Salesiano
Auxilium, curso de Enfermagem, sob a
orientação da Prof^a. Esp. Viviane Cristina
Bastos Armede e orientação da Prof^a. M.Sc.
Jovira Maria Sarraceni.

LINS-SP
2010

Gonçalves, Giane Gargaro; Soares, Marcelo
G626a A atuação do enfermeiro em educação em saúde: uma perspectiva para a atenção / Giane Gargaro Gonçalves; Marcelo Soares -- Lins, 2010.
72p. il. 31cm.

Monografia apresentada ao Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* – UNISALESIANO, Lins-SP, para graduação em Enfermagem, 2010

Orientadores: Viviane Cristina Bastos Armede; Jovira Maria Sarraceni

1. Educação em Saúde 2. Enfermeiro-atuação. 3. Saúde-prevenção.

I. Título.

CDU 616-083

GIANE GARGARO GONÇALVES
MARCELO SOARES

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA
PERSPECTIVA PARA A ATENÇÃO BÁSICA

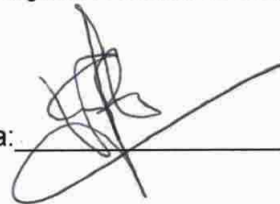
Monografia apresentada ao Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium*,
para obtenção do título de Enfermeiro.

Aprovada em: 23 11 10.

Banca Examinadora:

Profª. Orientadora: Viviane Cristina Bastos Armede
Titulação: Especialista Em Centro Cirúrgico e Central de Material pela
Universidade Estadual de Londrina

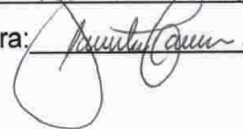
Assinatura: _____



1º Prof(a): Daniela da Silva Garcia

Titulação: Enfº Mestre em Políticas Públicas

Assinatura: _____



2º Prof(a): Marcelo Sadamu Rodrigues

Titulação: Enfermeiro Pós graduando em Saúde Pública

Assinatura: _____



AGRADECIMENTOS

A Deus

Pois sem ele, nada teria se realizado; Obrigada Senhor por nos dar força, saúde e sabedoria suficiente para realizarmos este projeto. Que suas bênçãos caiam sobre nós e nos ilumine a cada dia mais.

Giane

Aos meus queridos pais

Obrigada por muitas das vezes renunciarem aos seus sonhos, para que eu pudesse realizar o meu, por estarem sempre ao meu lado, por acreditarem na minha capacidade e depositarem em mim total confiança. Agradeço todo o apoio emocional para que eu pudesse enfrentar todas as barreiras que foram vencidas nesses quatro anos. Hoje, sou formada, e faço desta vitória um presente dedicado a vocês.

Com carinho Giane.

A toda minha família

Agradeço pelo apoio que foi dado sempre, e pela confiança que foi colocada em mim, em especial minha tia Rosa, que sempre me ajudou nos estudos na luta para passar em um concurso, meus avós, pelo amor, carinho, orações para que tudo desse certo em minha vida e graças a Deus, eu consegui! Meus sinceros agradecimentos a minha família em geral a qual sempre torceu por mim.!

Giane

Ao meu namorado

Que sempre se manteve ao meu lado, em todos os momentos, agradeço-lhe pelo incentivo aos meus ideais; pelo encorajamento nas horas de dúvidas e preguiça, por ter me ajudado na elaboração desse grande projeto. Você é uma pessoa especial.

Giane

A nossa amiga Prof^a Marilisa

Foi graças a Sr^a que esse trabalho surgiu, obrigada por termos tido a oportunidade de te conhecer e compartilharmos a sua sabedoria, agradecemos toda a dedicação dada ao nosso trabalho, por ter caminhado ao nosso lado, nos corrigindo, estimulando, apoiando e orientando da melhor maneira possível. Obrigada querida!

A nossa orientadora, amiga, Prof^a Viviane

Não temos palavras para agradecer a você, sua espontaneidade, total dedicação, carinho, inteligência, apoio, companheirismo, amizade que nos dedicou quando assumiu nosso trabalho, obrigada por tudo, sem sua paciência e orientação cuidadosa nada teria se concretizado.

Marcelo e Giane

A professora Jovira

Obrigada pelo apoio, ideias, atenção que nos dedicou. Sua orientação foi muito importante para a conclusão desse trabalho.

Giane e Marcelo.

A todas as enfermeiras que participaram dessa pesquisa, pelo desejo de transformar a atuação do enfermeiro em educação em saúde. Em especial a Simone, pelos conselhos dados, você é uma pessoa muito especial. As Secretarias de Saúde, que apoiaram nosso trabalho e a todos os usuários que contribuíram para a pesquisa.

Giane e Marcelo.

Ao meu amigo Marcelo e sua esposa Meire

É amigo, vencemos todas as fases dos quatro anos com muita competência. Agora graças a Deus conseguimos nos formar, e a luta maior continua, desejo que tenhamos sucesso na nossa profissão. Agradeço a Meire pela confiança que sempre teve em mim, pela amizade, oportunidade de te conhecer, e obrigada por todas as vezes que você colaborou conosco.

Giane

A minha Família

Agradeço o apoio, o afeto, o reconhecimento e a compreensão por tantos momentos de ausência. Sei que vocês sentiram falta do pai e do esposo, mas essa vitória não é só minha é de todos nós. AMO MUITO VOCES.

Marcelo

A minha querida e amada esposa

A você querida obrigado pela paciência, cada vez mais eu tenho a certeza que Foi Deus que colocou você no meu caminho, sempre do meu lado, se não fosse você, poderia ter desistido, todas as vezes que tive vontade. Essa vitória é sua também. TE AMO MUITO

Marcelo

Aos meus sobrinhos Leandro e Lucas

Obrigado pela paciência e pelas ajudinhas extras RsRsRs. Agradeço de coração a vocês.

Marcelo

Parceira e amiga do TCC

O que dizer de você, Gi? Um presente de Deus que ganhei durante esses anos, companheira, guerreira, vencedora. Nós conseguimos!!! Perto ou distante, estará sempre nas minhas orações. “Os verdadeiros amigos surgem na nossa vida nas horas em que mais precisamos delas, são lápis de cor trazendo alegria, a essa nossa vida cinzenta, são estrelas que guiam para um porto seguro”. Deus abençoe e ilumine você.

Marcelo

“ Ainda que a gente nem perceba, tudo é avanço e transformação, acúmulo de experiência, dores de parto de nós mesmos, cada dia refeito. Somos melhores do que imaginamos ser”

Perdas & Ganhos

Lia Luft

RESUMO

O enfermeiro exerce um papel relevante frente às ações educativas, realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A inserção deste profissional colabora para a melhoria da qualidade de vida da população, pois o mesmo tem exercido o papel de educador. A atenção básica é considerada um palco privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas, pois em todos os momentos existe contato entre usuário e profissional da enfermagem. Assim o presente estudo objetivou descrever teoricamente os aspectos gerais da educação em saúde; evidenciando os obstáculos e facilidades encontrados pelos enfermeiros para que seja desenvolvida tal ação; avaliar a opinião dos usuários frente às ações de educação em saúde; identificar a relevância dessa prática educativa para o profissional enfermeiro e identificar quais são as práticas que ele desenvolve em sua UBS. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa realizada, com 10 usuários, e 5 enfermeiras do Município de Guaiçara, Promissão e Lins situadas no Estado de São Paulo, através da técnica de entrevista semi-estruturada e em profundidade, onde os depoimentos foram audiograváveis, sendo utilizado um questionário com questões que compreendiam dados de identificação e perguntas abertas. Foi possível constatar que através dessa prática, o usuário torna-se apto a resolver seus problemas de saúde. Um aspecto preocupante levantado é que apesar do aumento ao acesso às informações, o cliente ainda estabelece uma ligação frágil com o enfermeiro, o que o mantém subjugado nesta relação. Verificou-se que educação em saúde com enfoque preventivo não abrangia o objetivo do usuário da UBS, ficou comprovado que para a prática educativa se efetivar é necessário que o enfermeiro conheça e estude a realidade da população onde irá atuar. Nota-se que usuários satisfeitos com a atuação do enfermeiro em educação em saúde tornam-se felizes por estarem aprendendo sobre sua patologia, prevenindo doenças e tornando-se multiplicadores de saberes saudáveis. Em contrapartida os indivíduos que não participam de ações educativas se mostram insatisfeitos com o serviço de saúde, não tendo a oportunidade de reconhecer a verdadeira função do profissional da enfermagem, que é a educação em saúde. Frente ao que foi exposto conclui-se que o enfermeiro precisa estar capacitado para a assistência integral e contínua dos usuários, identificando situações de risco, desenvolvendo ações educativas em parceria com a comunidade, para a melhoria do autocuidado dos indivíduos, por isso há necessidade de formação contínua dos profissionais, pois uma orientação adequada colabora para um atendimento diferenciado.

Palavras-chave: Educação em saúde. Enfermeiro-atuação. Saúde-prevenção.

ABSTRACT

The nurse plays an important role in the face of educational activities carried out in the Basic Health Units (BHU). Its inclusion contributes to the improvement of quality of life of the user. This is a descriptive, qualitative approach. We conducted semi-structured interviews with 10 users and five nurses from the Basic health units of the municipalities of Guaíçara, Promissão and Lins, located in the state of Sao Paulo. It was found that through educational work, the user becomes able to solve their health problems. A worrying aspect is observed that despite increased access to information, the connection between the client and the nurse still fragile, what keeps them subdued in this relationship. Thus it is concluded that nurses need to be trained for the integral and continuous assistance, identifying risk situations, developing educational activities in partnership with the community, to improve self-care of customers, so there is need for continuous training of professionals, as appropriate guidance assists for distinguished service. Therefore this study aimed to describe theoretically the general aspects of health education, highlighting the obstacles and facilities encountered by nurses to be developed such action; assess the views of users face the actions of health education, identify the relevance of educational practice for professional nurses and to identify what are the practices that it develops at his BHU. This is a descriptive, qualitative research performed with 10 users, five nurses from Guaíçara, Promissão and Lins towns situated in the State of São Paulo, through interviews techniques semi-structured and in depth, where the statements were recorded, being used a questionnaire which included identification data and open questions. It was noted that through this practice, the user becomes able to solve their health problems. A worrying aspect raised is that despite increased access to information, the connection between the client and the nurse still fragile, what keeps them subdued in this relationship. It was found that health education with focus on prevention not covered the purpose of the user's BHU, which has been proven that educational practice to be effective it is necessary for nurses to know and study the situation of the population, where they will work. Note that users satisfied with the performance of nurses in health education become happy to be learning about their disease, preventing diseases and becoming healthy, knowledge and multipliers. In contrast individuals who do not participate in educational activities shows dissatisfaction with the health service, not having the opportunity to recognize the true function of professional nursing, which is health education. Front of the above it is concluded that the nurse must be qualified for full assistance and continuing users, identifying risky situations, developing educational activities in partnership with the community, to improve the self care of individuals, so there is need for continuous training of professionals, as appropriate guidance assists for distinguished service.

Keywords: Health education. Nurse-performance. Health-prevention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 :Conhecendo os enfermeiros atuantes na atenção básica:	44
Quadro 2: Conhecendo os usuários que freqüentam a atenção básica:	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente comunitário de saúde
AIDS: Aquired Inmodificiency Sindrome
CAPS: Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS: Centros de Atenção Psicossocial
CIS: Comissões Interinstitucionais de Saúde
CONASP: Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
DRSB: Direção Regional de Saúde de Bauru
DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis
IEC: Informação, Educação e Comunicação
IAPS: Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
MES: Ministério da Educação e Saúde
NOB: normas operacionais
MS: Ministério da Saúde
NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde
NGA: Núcleo de Gestão e Assistência
PSF: Programa de Saúde da Família
PACS: Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PREV-SAÚDE: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I: POLÍTICAS DE SAÚDE.....	15
1 COMPREENDENDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE	15
1.1 SUS: Política de Saúde.....	17
1.2 A importância da atenção Básica.....	21
1.3 Atuação do Enfermeiro na atenção Básica	23
CAPÍTULO II: EDUCAÇÃO EM SAÚDE	26
2 HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	26
2.1 Conceitos de Educação em Saúde	29
2.2 Propostas da Educação em Saúde.....	32
2.3 Atuação do Enfermeiro em Educação em Saúde	34
CAPÍTULO III: A PESQUISA	37
3 INTRODUÇÃO.....	37
3.1 Métodos e Técnicas	37
3.2 Caracterização dos municípios	39
3.3 Caracterização do campo de pesquisa	41
3.4 Análise dos resultados e Discussão.....	43
3.4.1 A palavra dos enfermeiros	44
3.4.2 Conhecendo os enfermeiros atuantes na atenção básica.....	44
3.4.3 A palavra dos usuários.....	45
3.4.4 Conhecendo os usuários que frequentam a atenção básica.....	45
3.4.5 Discursos dos Enfermeiros.....	46
3.4.5.1 Práticas de educação em saúde implementadas pelo enfermeiro... ..	47
3.4.5.2 Significados que as práticas de educação em saúde estão fundamentadas.....	48
3.4.5.3 Sentidos que as práticas de educação em saúde têm produzido na prática cotidiana do enfermeiro que atua na atenção básica.....	49

3.4.5.4 Obstáculos encontrados para que se desenvolva educação em saúde na sua unidade de atuação.....	50
3.4.5.5 Facilidades encontradas para que se desenvolva educação em saúde na sua unidade de atuação.....	52
3.4.5.6 A formação e a correlação desta com as práticas de educação em saúde vivenciadas na realidade.....	54
3.4.5.7 Participação de alguma capacitação em serviço voltada para a educação em saúde.....	55
3.4.6 Discursos dos usuários.....	57
3.4.6.1 Atividades de educação em saúde realizadas pelo enfermeiro nesta unidade.....	57
3.4.6.2 Avaliação da atuação da enfermeira nas ações de educação em saúde.....	59
3.4.6.3 Influência das atividades educativas nas condições de vida e saúde..	61
3.4.6.4 Temas a serem discutidos pelos enfermeiros na comunidade.....	62
3.5 Parecer sobre a Pesquisa.....	64
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	67
CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	79
ANEXO	83

INTRODUÇÃO

O interesse por este objeto de pesquisa se desenvolveu ao longo de nosso aprendizado, durante a graduação, vindo ao encontro da visão que se revelou da realidade em aulas práticas.

Surgiu, então, o anseio de nos aprofundar no tema em questão, o que vem agora se expressar neste trabalho de pesquisa, que aborda a atuação do enfermeiro em educação na área de saúde: uma perspectiva para a atenção básica.

Segundo Brasil (2006), a atenção básica se define em ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, as quais abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde

O enfermeiro utiliza várias estratégias para realizar a prática educativa, mediante a organização de palestras, utilização de recursos audiovisuais, porém mesmo contando com recursos humanos e materiais para este fim, a garantia de efetividade dessa ação educativa, depende da criatividade de cada profissional em executá-la.

A pedagogia utilizada atualmente para desenvolver essa prática é a da problematização, na qual o indivíduo conta seus problemas e experiências, trocando conhecimento com o enfermeiro, o que possibilita um maior vínculo entre profissional e paciente.

Na perspectiva de Cortez et.al. (2010), a sabedoria da população e a da enfermagem não são opostas e devem integrar-se, pois dessa maneira reflete na melhoria da qualidade de vida dos usuários. Essa interação fortalece o vínculo do profissional com os indivíduos e permite à população participar das ações educativas.

A atuação do enfermeiro, no que diz respeito à educação em saúde promove aos usuários a sensação ou felicidade, por estarem aprendendo em relação à sua patologia, de modo a prevenir doenças e se tornarem multiplicadores de saberes saudáveis.

Em contrapartida, os indivíduos que não participam de ações educativas, mostram-se insatisfeitos com o serviço de saúde, não tendo a oportunidade de reconhecer a verdadeira função do profissional da enfermagem.

Em relação às dificuldades para a realização da educação em saúde, Pinafo; Nunes (2010), afirmam que a falta de materiais didáticos, audiovisuais, estrutura física e de funcionários são fatores impeditivos para desenvolver atividades de ensino junto aos usuários dos serviços.

Os profissionais demonstram que a possibilidade de contar com equipe multidisciplinar que apoie tal ação, o acesso a bons materiais didáticos, as parcerias com outras secretarias municipais, fortalecem o Programa no âmbito do estado, promovendo ações formais e informais com a comunidade para a resolução dos problemas.

O presente estudo tem o objetivo de descrever teoricamente os aspectos gerais da educação em saúde, evidenciando os obstáculos e facilidades encontrados pelos enfermeiros para que seja desenvolvida tal ação; além disso, ele pretende avaliar a opinião dos usuários frente às ações de educação em saúde, perceber a relevância dessa prática educativa para o profissional enfermeiro e identificar quais são as práticas que ele desenvolve em sua UBS.

Com o propósito de buscar a comprovação do que foi evidenciado pela literatura analisada, realizou-se pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, sendo realizada a coleta de dados em campo, com enfermeiros e usuários. Para tanto, foi elaborado um roteiro de questões, o qual foi utilizado com os enfermeiros e usuários, sendo os discursos audiograváveis.

A pesquisa se justifica a partir do momento em que permite desvelar a importância da inserção do enfermeiro da rede básica de saúde, frente às ações de educação; nesse sentido, faz-se necessário formar profissionais capacitados a fim de que haja efetividade na atuação em processos educacionais voltados à melhoria da qualidade de saúde dos usuários.

O presente trabalho dividiu-se em três capítulos, sendo que no primeiro apresentaremos a abordagem histórica das políticas de saúde e a importância da atenção básica.

O segundo capítulo tem o objetivo de descrever a história da educação em saúde, seus conceitos, propostas e atuação do enfermeiro frente às ações educativas.

No terceiro capítulo, abordar-se-á a pesquisa em campo, sendo realizada na UBS de Lins, Guaiçara e Promissão. Neste capítulo, também serão expostos os dados coletados, sua análise e discussões, bem como a conclusão acerca dos objetivos traçados.

Na parte final do trabalho desenvolvido, serão abordadas, na sequência, as sugestões de intervenção baseadas nos resultados obtidos. Encerra-se o trabalho, esperando que o mesmo venha contribuir, de alguma forma, para a evolução dos profissionais e para o início de novas pesquisas.

CAPÍTULO I

POLÍTICAS DE SAÚDE

Neste capítulo, apresentar-se-á a trajetória das políticas de saúde, até sua atualidade em relação ao Sistema Único de Saúde; ele ressaltará também a importância da atenção básica, bem como a relevância da atuação do enfermeiro na mesma.

1 COMPREENDENDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Para analisar a realidade do setor da saúde no Brasil, é necessário que se compreenda a história das políticas de saúde, elucidando as mudanças ocorridas desde o descobrimento do país até os dias atuais.

A partir do ano de 1500 até o Primeiro Reinado, o país não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde, cuja atuação era feita por pessoas com conhecimentos empíricos, e somente com a vinda da família Real é que se percebeu a necessidade de criar providências para atender às pessoas que chegaram ao Rio de Janeiro. (POLIGNANO, 2010).

Até então no Brasil, agia-se somente em situações de epidemias, e o foco do governo concentrava sua atuação no controle de navios, portos e corredores, com ênfase nas cidades do Rio de Janeiro e Santos, pois eram as cidades mais fortes economicamente. (FONTINELE JUNIOR, 2003).

Devido ao perfil epidemiológico da época, marcado por predominância de doenças transmissíveis, o atual presidente Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz para erradicar as mesmas; desse modo em 1902, foram lançados o Programa de Saneamento do Rio de Janeiro e o combate à Febre Amarela Urbana. (FONTINELE JUNIOR, 2003).

Logo depois, em 1920, foi reestruturado o Departamento Nacional de Saúde, onde foram definidas as áreas de atuação do governo na saúde, e Oswaldo Cruz resolveu o problema sanitário, adotando campanhas sanitárias que se assemelhavam às militares, de modo que surgiu a Revolta da Vacina. (PERES, 2000).

Em seguida, com a Lei Eloy Chaves, em 1923, deu-se o marco inicial da previdência social e foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), porém só tinham direito à aposentadoria, à assistência e à pensão os que pagavam a contribuição, que se dava através do desconto salarial compulsório. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Outro aspecto a ser ressaltado refere-se à criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930, o qual definiu as ações de saúde pública. No entanto, ele ficou refém da instabilidade política devido às disputas entre as diversas forças que apoiavam a Revolução Constitucionalista. (SCORES; TEIXEIRA, 2008).

Com o intuito de fortalecer as políticas previdenciárias no país, surgiram, em 1930, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a contribuição passou a ser tripartida, contando com a participação do Estado. Assim, os IAPs passaram a se dividir por categorias, enquanto os CAPs privilegiavam a assistência médica, os IAPs privilegiavam a previdência social. (BRAVO, 2001)

No período de governo do presidente Getúlio Vargas, foram criadas a legislação trabalhista, a montagem do sistema previdenciário e a regulação das relações sindicais. Este período foi marcado por grandes mudanças e, dentre elas, pode-se destacar em 1953, a nomeação do Ministério da Educação e Saúde (MES). (FONTINELE JUNIOR, 2003).

Outro acontecimento a ser evidenciado, foi a unificação de aposentadorias e pensões, unificação essa denominada Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). (SCORES; TEIXEIRA, 2008).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Dessa forma, a relação Estado e segmento privado foi tornando-se cada vez mais forte, e isso se tornou visível a partir de várias privatizações das ações curativas, aliadas à má gerência e à corrupção, o que levou a um grande colapso da saúde no país. (POLIGNANO, 2010).

Entretanto, ao vivenciar tais situações, os profissionais da saúde lutaram pela reforma sanitária e pela mudança do plano vigente; sendo assim, em 1979 aconteceu o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, o qual tinha como objetivo reorganizar a saúde, com muitas diretrizes que apoiavam a atenção primária, entre outros; assim o próprio governo também elaborou seu projeto, chamado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE),

com propostas semelhantes, porém esse projeto foi rejeitado. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Posteriormente, foi constituído o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de reorientar as proposições do Previ-Saúde. Esse plano se efetivou com as ações integradas de saúde, de modo que as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) se iniciaram, sendo a base para o início do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

O Brasil passou, então, por diversas mudanças em suas políticas de saúde, mas somente foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que culminou em uma nova proposta, sendo apresentado o conceito ampliado da referida área. Essas mudanças indagadas pela Reforma Sanitária se concretizaram com a aprovação da nova Constituição Brasileira de 1988, por meio da qual foi incluída uma sessão sobre Saúde, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como objetivo principal, melhorar a qualidade de atenção à saúde e mudar o passado marcado por irresponsabilidade técnico administrativa. (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Diante disso, assegurou-se que a saúde é direito de todos e dever do estado, e preconizou-se a ampliação do conceito de saúde.

Esse novo programa possui um Arcabouço Jurídico que é composto por: Constituição da República 1988, Lei Orgânica da Saúde – 8080/90; Lei Complementar da Saúde – 8142/90; Normas Operacionais Básicas – NOB; Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS; Portaria 399 – Pacto pela Saúde 2006.

1.1 SUS: Política de Saúde

Depois de anos de reivindicações e lutas para reconfigurar o modelo de saúde existente, foi criado em 1988 o SUS, pela Constituição Federal Brasileira, e esse sistema veio para garantir a todos os cidadãos o acesso integral, universal e gratuito à saúde. Ele representa uma das mais significativas conquistas do serviço público, sendo um dos maiores sistemas de

saúde, servindo de modelo para vários países. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Através do SUS, a saúde do cidadão passou a ser reconhecida como um direito fundamental, direito de todas as pessoas. Independentemente de sua condição econômica, ou contribuição na previdência social, seus princípios são democráticos, ou seja, não são mais restritos; além disso, tornam-se universais, deixam de ser centralizados e passam pelo processo da descentralização. (TAVARES, 2007).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art 196, p.1).

O SUS é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde-8080/90, de 19 de setembro de 1990, onde todos os níveis de saúde ficam responsáveis pela promoção, recuperação, proteção à saúde, organização e funcionamento dos serviços. E também é regulamentado pela Lei Complementar da Saúde-8142/90, que permite à comunidade participar da gestão e dos recursos financeiros do SUS, com representantes nas conferências e nos conselhos de saúde, além de falar sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (CASTRO, 2002).

Para que ocorresse a consolidação do SUS, várias normas foram instituídas, e elas foram chamadas de normas operacionais (NOB). Tais normas possibilitaram poder público aos municípios e ao Distrito Federal, a função de gestor, com a redefinição de responsabilidades, avançando na consolidação nos princípios do SUS. (BRASIL, 1996).

A primeira norma foi instituída em 1991 (NOB/SUS/91), seguida pela NOB/SUS/93, que trata do início das Centrais de Regulação, e pela NOB/SUS/96, que reformula o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.

Em 2001, publicou-se a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01), que garantiu os fluxos intermunicipais e intermediou o acesso dos usuários aos serviços; em consequência disso, surge a NOAS/SUS/2002, que trata da habilitação e da desabilitação de municípios, de

estados e do Distrito Federal, e estabeleceu como única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema. (BRASIL, 2002).

Além disso, criou-se a NOB/RH-SUS, ressaltando o respeito à constituição federal e à lei orgânica de saúde em todo o território nacional, buscando estabelecer o respeito para as três esferas de governo, o que promoveu a normatização do trabalho do SUS. (BRASIL, 2002).

Atualmente, sob portaria de nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, está em vigor o Pacto pela Saúde de 2006, e suas diretrizes operacionais são a Consolidação do SUS, com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Entretanto, o SUS ainda está em reestruturação e busca sempre que sejam preservados seus princípios doutrinários; a universalidade, a equidade, a integralidade, e também os relacionados à sua operacionalização, à descentralização dos serviços, à regionalização, à hierarquização e à participação popular. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Com relação aos princípios doutrinários, ressalta-se a universalidade, que se refere à saúde como direito de todos e um dever do estado, sendo garantida através de ações e serviços. Já a integralidade fala a respeito de tratar o ser humano como um todo, incluindo tanto meios curativos quanto preventivos. Por outro lado, a equidade prevê que todos devem ser tratados com justiça e igualdade, buscando uma melhor saúde a todos sem qualquer distinção de classe social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Também se ressaltam os princípios operacionais, tais como a descentralização das ações, que prevê como cogestores responsáveis os três níveis do governo; dessa forma, a responsabilidade da gestão fica para os municípios, estados, Distrito federal e União. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A regionalização e a hierarquização compreendem os níveis de complexidades existentes, sendo o nível primário aquele a ser ofertado à população sempre, e os demais quando necessário. Os municípios podem desenvolver consórcios para prestar ações que estejam dentro de suas responsabilidades, e a direção continua sendo única em cada nível de governo; por fim, a participação popular, que é a existência da população nos conselhos de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Após dez anos de SUS, aproximadamente, foi necessária uma avaliação, e na XI Conferencia Nacional de Saúde apresentaram-se todas as conquistas adquiridas pelo SUS por meio desta política implantada, e viram a necessidade de avaliar as dificuldades para melhorar o sistema. Concluiu-se assim que a saúde poder avançar ainda mais, sendo preciso reforçar os princípios que davam base ao SUS.

Tendo em vista o processo de construção do Sistema Único de Saúde, em 1991, estabelecido por norma Constitucional em 1988, ocorreu a criação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Tal programa visa promover a reorientação do modelo assistencial.

O Agente comunitário de saúde (ACS) tem sido de grande importância dentro do SUS; esse tipo de agente fornece orientações às famílias que estão dentro de sua área de abrangência; além disso, fortalece a ligação da comunidade com os serviços de saúde. Tal profissional tem um papel fundamental, pois é ele que começa a realizar as atividades de prevenção e promoção à saúde, através das ações coletivas e educativas nos domicílios que visita. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Logo depois, com a proposição do Ministério da Saúde, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que se destacou como um dos programas propostos pelo Governo Federal aos municípios, com o intuito de implementar a atenção básica. Dessa forma este programa possui uma estrutura que busca estar próximo do usuário, trazendo-lhe a sensação de que é a pessoa mais importante, sendo o meio considerado como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Destaca-se também a atuação do enfermeiro, principalmente nas ações educativas e na promoção à saúde; além de fazer toda a supervisão do trabalho da equipe, também faz a capacitação dos agentes comunitários e dos técnicos de enfermagem, assumindo a responsabilidade da formação e do trabalho em equipe. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

Assim, o SUS e suas políticas estão presentes na vida de todo o cidadão brasileiro. A sociedade aderiu a esta política, em que a doença não existirá se todos buscarem ter saúde, pois as ações do SUS vão além da assistência individual, ele atua na coletividade, na promoção e na prevenção dos agravos à

saúde. Portanto, suas políticas e seus objetivos fazem com que o seu usuário sintase seguro, e desta forma participa de uma comunidade justa, democrática e participativa. (TEMPORÃO;SOUZA, [s.d])

1.2 A importância da atenção Básica

Face às várias transformações ocorridas nas políticas de saúde no Brasil, a prioridade é aumentar normas e regulamentações que priorizam o nível da atenção básica. (MARQUES; MENDES, 2001).

Dessa forma foi aprovada a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que promove a Política Nacional de Atenção Básica, em que a saúde da família é considerada como estratégia de mudança do modelo de atenção básica. (BRASIL, 2006).

Há uma crescente expansão da rede básica, impulsionada ao processo de descentralização do SUS, com o intuito de tornar a responsabilidade partilhada, sempre com o objetivo da busca pela melhoria do acesso e qualidade do atendimento. Desse modo, o setor de trabalho vem se modificando, e a enfermagem participa ativamente desse processo, através da crescente municipalização dos empregos públicos para toda a sua equipe, igualmente no PSF. (WITT, 2005).

As funções essenciais da atenção básica são definidas como atividades que são de suma importância para proteger a saúde da população, bem como um conjunto de responsabilidades que devem ser desenvolvidas para a realização de seu objeto central, que é sempre a melhoria da população. (WITT, 2005)

Segundo a Portaria Nº 648 GM/2006, (p.10), a atenção básica se define como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em

equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A responsabilidade pelo cumprimento dos princípios da atenção básica é de cada esfera do governo, cuja incumbência é de organizar e executar as ações em seus respectivos territórios. (BRASIL, 2006).

Os objetivos da atenção básica são muitos, como eliminar a hanseníase, trabalhar no controle da tuberculose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, prevenir a desnutrição infantil, atuar na saúde da criança, mulher, idoso, cuidar da saúde bucal, promovendo a saúde, prevenindo a doença, diagnosticando, tratando e reabilitando o indivíduo. (BRASIL, 2006).

A atenção a esse direito se faz por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada que se constitui num sistema único, organizado com descentralização e direção única em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade para as ações preventivas e participação da comunidade (CF, 1988, art. 198, p.1)

Para que as ações de saúde desenvolvidas pelo sistema público se tornem efetivas, houve a necessidade de dividi-las em três níveis de atenção, que compreendem a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Essa divisão objetiva uma melhor estrutura para o usuário, e jamais pode ser considerado que um nível seja de mais relevância que o outro, visto que eles se complementam. Os municípios não contam, na maioria das vezes, com todos os níveis de complexidades, e é por isso que existem os pactos regionais, onde os usuários são encaminhados aos locais onde há o atendimento de que ele necessita, (BRASIL, 2009).

As características da atenção básica são várias: ser a porta de entrada do serviço, possuir a capacidade de responder a 85% dos problemas da população de forma humanizada, ter a continuidade do cuidado, também chamada de longitudinalidade, integralidade, onde o nível primário é

responsável por todos os problemas, mesmo quando é encaminhado para o nível secundário ou terciário, e coordenação do cuidado, cujo significado é de mesmo quando o usuário é atendido em outros níveis do sistema, a atenção primária é responsável pela organização dos cuidados. (BRASIL, 2009).

O segundo nível de atenção a saúde é o de média complexidade, e se desenvolve por meio de ações que atendam aos problemas da população, porém a prática clínica necessita de profissionais que sejam especializados, e precisa contar com recursos tecnológicos que apoiem tanto o diagnóstico como o terapêutico (BRASIL, 2009).

O terceiro nível de atenção é o de alta complexidade e envolve tecnologias com alto custo, pelo fato de proporcionar à população serviços qualificados e diferenciados, sempre se integrando aos demais níveis de atenção à saúde. (BRASIL, 2009).

Essas ações desenvolvidas se tornam possíveis através do trabalho em equipe, práticas democráticas, dirigidas sempre à população. (BOTAZZO, 2006).

1.3 Atuação do enfermeiro na atenção básica

O papel do enfermeiro atuante na rede de atenção básica foi se modificando de acordo com as mudanças que foram ocorrendo no modelo de atenção à saúde.

Na saúde pública, o papel da enfermagem começou a emergir partir do século XX, no controle à tuberculose, com pacientes em tratamento. Esse trabalho perdurou até a década de 60, quando se expandiu também em serviços públicos de saúde. (FONTINELE JUNIOR, 2003).

A competência dos enfermeiros no contexto da saúde pública, está em resolver os problemas da população, além de proteger a saúde dos mesmos, visto a necessidade de cada área. (SANTOS et al.,2008).

Os enfermeiros possuem um foco específico de atuação e preenchem papéis-chave dentro da saúde pública, porém necessitam de educação

profissional específica e instrumentos para que possam praticar a interdisciplinaridade. (WITT, 2005).

Estudos mostram que os profissionais de enfermagem vêm buscando aperfeiçoar-se em suas práticas, porém encontram muitas barreiras tanto na determinação de suas competências, quanto no trabalho em equipe; essas dificuldades são encontradas pelo fato de seu trabalho ser desenvolvido, na maioria das vezes, por outros profissionais. (WITT, 2005).

O enfermeiro, para atuar na atenção básica precisa aprender a conhecer, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas e finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três procedentes. É claro que estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem, entre elas, múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta (DELORS, 2001, p.90).

Dentro da saúde pública o enfermeiro pode exercer diversas funções, como analisar os fatores de risco da população, desenvolver políticas para reduzir os problemas de saúde e garantir a provisão de serviços. (MARQUES, 2008).

Além disso, o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem, promove a educação continuada na referida área, planeja e sistematiza a assistência de enfermagem, apoia a sua equipe nas decisões e trabalha com perspectiva de vigilância em saúde. (O PAPEL DO ENFERMEIRO, 2007)

Entretanto, é imprescindível que o enfermeiro que atue na atenção básica possua uma formação ética integral, pois existe uma relação mútua muito forte, em que o enfermeiro ouve as particularidades do usuário. Dessa forma, a formação do enfermeiro deve ser pautada nos princípios da ética e bioética (MARQUES, 2008).

A principal função dos enfermeiros na atenção básica, segundo Santos (2007, p. 403-404), é:

Prestar assistência individual e coletiva, levando em conta as necessidades da população, aliando a atuação clínica à prática de saúde coletiva, realizando cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, realizando consulta de enfermagem, solicitando exames complementares,

prescrevendo ou transcrevendo medicações. Executa as ações de assistência integral à criança, à mulher, ao adolescente, ao adulto e ao idoso.

Portanto, a atuação do enfermeiro na rede de atenção básica possibilita melhoria da qualidade de vida da população, tornando-a responsável pela sua própria saúde. Tal profissional possui competências técnica e científica para ajudar na resolutividade dos problemas, criando vínculos com o indivíduo, família e comunidade. (SANTOS et al.,2008)

CAPÍTULO II

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Neste capítulo, mostrar-se-á a história da educação em saúde, com o propósito de conceituá-la, esclarecer as suas propostas e desvelar a importância da atuação do Enfermeiro nessas ações educativas.

2 HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira foram os pioneiros a dirigir um programa de educação em saúde no Brasil, e criaram um pelotão de saúde em 1924, no Rio de Janeiro. Passado um ano, em 1925 surgiu a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, com a proposta de criar nas pessoas a consciência sanitária. (LEVY et al.,2009).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde (MES), dessa forma ocorreu a centralização das atividades educativas nas cidades, o que provocou uma reestruturação do Departamento Nacional de Saúde, do MES, onde o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária foi transformado em Serviço Nacional de Educação Sanitária, de modo que a população ficasse a par dos problemas de saúde. (LEVY et al.,2009).

Entretanto, Bastos (1969) afirma que os serviços de educação sanitária oferecidos eram muito limitados a folhetos, panfletos e informavam pequenas notas sobre assuntos relacionados à saúde. O mesmo autor também relata que eram utilizados recursos audiovisuais, com a intenção de espalhar conceitos de saúde e doença, porém não era levado em conta o grande número de analfabetos que existia no país.

Somente em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), mudou-se o conceito e a forma de se pensar nas atividades de educação sanitária, pois esse tipo de atividade foi considerada como fundamental do plano de trabalho, fazendo com que os profissionais, como técnicos e auxiliares de saúde, executassem junto com a comunidade ações educativas. (CAMPOS, 2007).

Essas novas visões da forma de se pensar em educação em saúde foram reflexos de dois eventos internacionais que ocorreram. O primeiro ocorreu em 1958, na cidade de Genebra, onde aconteceu a 12ª Assembléia Mundial da Saúde; durante os trabalhos foi afirmado que:

A educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações. (SOBREIRO, 2005, p.19).

O segundo evento foi realizado na Filadélfia em 1962, e refere-se à 5ª Conferência de Saúde e Educação Sanitária, na qual o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde assinalou que:

Os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade (SOBREIRO, 2005, p.19).

Entre 1964 e 1980, foram feitas diversas reorganizações administrativas do Ministério da Saúde, foram criadas a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM, Fundação SESP e a Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Tais acontecimentos levaram à mudança da terminologia de educação sanitária para educação em saúde. Contudo, essa mudança não alcançava o objetivo maior das práticas educativas, sendo este o de introduzir a educação nos programas do ministério da saúde, pois as secretarias só realizavam atividades assistências. (LEVY et al.,2009).

Em meados da década de 70, iniciou-se a criação dos sistemas nacionais de informações de saúde, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (1976) e o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (1979). Através desses sistemas, a população passava a entender as condições de saúde da comunidade e também podia obter informações sobre a rede de atendimento. (SOBREIRO, 2005).

Em 1989, foram investidos milhões de dólares nas ações de Informação, Educação e Comunicação (IEC), Órgão do Ministério da Saúde, estado e municípios, pelo fato de se tornar claro que os métodos utilizados para divulgar as práticas educativas já se encontravam ultrapassados; contudo isso resultou em um grande desentendimento entre os que eram a favor do investimento em meios modernos para se espalhar o conhecimento à população, e os que propugnavam a adoção dos mesmos. (LEVY et al.,2009).

Assim, por meio dessa discussão das ações diretas e indiretas de saúde, todos saíram prejudicados, pois o Ministério restringiu essa área de educação a um único departamento, chamado Fundação Nacional de Saúde, que não contava com estrutura alguma para que fossem realizadas as ações educativas. (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Apenas em 1996 as atividades de educação em saúde voltaram a ter ênfase pelo Ministério, pelo fato de semanalmente milhares de escolas do ensino fundamental (integradas à rede TV Escola do MEC) receber orientações educativas, através do projeto Saúde na escola. Nesse sentido, em 1998 foi dado um passo importante para as ações em educação, pois surgiram várias propostas, as quais ampliaram o projeto saúde na escola para programa de educação em saúde. (LEVY et al.,2009).

Em todas as épocas, tratar da educação em saúde sempre foi um grande desafio, todas as falhas ocorridas na má transmissão das orientações à população foram motivadas pela falta de estrutura e pelo pouco investimento nessa área.

Os serviços brasileiros de saúde sempre possuíram um modelo de atenção que privilegiava as ações curativas, dando pouca ênfase em práticas preventivas; dessa forma, as ações educativas desses serviços visavam a modificar e a erradicar a cultura e vivências dos indivíduos, sem considerar suas experiências. (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Assim sendo, diante de qualquer tipo de ação educativa, em forma de palestras ou de cursos, a palavra final sempre era do profissional; no entanto a população só acumulava dúvidas, inseguranças, gerando falta de conhecimento sobre a sua própria saúde, conseqüente abandono de seu tratamento e também retornam diversas vezes as unidades de saúde. (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

No entanto, as práticas educativas passaram a assumir um novo sentido baseado nos princípios do SUS, onde o direito à saúde e à capacidade do indivíduo de optar por seu próprio bem-estar, foram eixos considerados fundamentais nesse novo processo.

Nesse sentido, o conhecimento passou a ser compartilhado, onde usuários e profissionais trocam experiências de vida, aceitam crenças e valores, não tentam mais julgar atitudes, e sim compreendê-las. Em suma tais atitudes revelam-se no entendimento das necessidades de cada indivíduo em cada momento de sua vida.

2.1 Conceitos de Educação em Saúde

Um das mais importantes ações desenvolvidas pela rede de atenção básica tem sido a educação em saúde, que é executada por todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, em especial o enfermeiro, por estar em maior contato com a população.

O homem compreende o conceito de educação em saúde de diferentes formas, pelo fato de integrar diversas áreas de conhecimento. Contudo, o significado desse conceito está ancorado na promoção de saúde, conscientização individual e coletiva das responsabilidades de cada ser humano sobre a mesma, fortalecendo a confiança em si mesmo. (SANTOS; CAETANO; MOREIRA, 2008).

A educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. (SCHALL; STRUCHINER, 2009, p.1).

Podem-se citar dois estilos para desenvolvê-la. A primeira destaca-se como educação crítico-reflexiva, que é compatível com o modelo de saúde vigente, o qual enfatiza a promoção da saúde. Já a segunda, a educação com ênfase na culpabilização da população, onde o profissional é detentor do saber

e não são aceitas vivências e troca de experiências entre usuário e profissional. (BESEN et al.2007).

Nesta concepção, Paulo Freire descreve muito bem esse modelo de educar afirmando que:

O educador é o que educa; os educandos, os que são educados; o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem; o educador é o que pensa; os educandos, os pensados; o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente; o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados; o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição; o educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de que atuam; o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos se acomodam a ele; o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele; o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos (FREIRE, 1983, p.68).

Na educação crítico-reflexiva segundo Dinis, Figueiredo, Schall (2009): não existe um que não sabe e outro que sabe e sim duas pessoas que estão dispostas a aprender e a trocar conhecimentos, através de diálogos e participação do usuário.

Segundo Vasconcelos (2001, p.30):

A educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disso, ela é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo, uma vez que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas.

Como reforça Candeias (1997, p.210), “entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”.

A prática educativa busca respeitar a cultura das pessoas, considerando as experiências e valores que elas acumularam, e não pretende erradicar os mesmos da sua vivência; a ação educativa pretende, assim, que as pessoas

entendam os seus problemas de saúde e tenham uma opinião crítica sobre eles. (BRASIL, 2009).

Segundo a Carta de Ottawa (1996, p.5), para que se obtenha a melhoria da qualidade de vida da população, é necessário “um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e também biológicos”.

Dessa forma, pode-se ressaltar que todas as atividades de educação em saúde estão baseadas na legislação do SUS, o qual garante sua implantação e/ou implementação.

É o que afirma a Lei nº 8080/90, de 19 de Setembro de 1990, Capítulo I, Art.5º, item III, que define os objetivos do sistema: a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990, p.2).

Diante disso, torna-se imprescindível reforçar as atividades educativas, tendo consciência de que ensinar é um processo totalmente dinâmico em que é relevante a conscientização do educando, solidariedade social e política, para que, o aprendizado não se torne autoritário. Educar é trocar experiências, respeitar a dignidade de cada um, e sua autonomia; sem tais características essa prática torna-se vazia e sem sentido. (BESEN et al.2007).

Ensinar e educar são dois conceitos que precisam estar aliados para que seja desenvolvida a educação em saúde. Segundo Teixeira (2005, p.3), “ensino é a organização do ambientes onde pessoas se interinfluenciam direta ou indiretamente com o objetivo de atingir, através de atividades variadas, resultados previamente determinados”; a educação, por sua vez, é um conceito mais complexo.

Diz respeito ao desenvolvimento humano, em suas trajetórias de vida, desde o momento de seu nascimento até sua morte. Refere-se às múltiplas formas de organização social que possibilitam as transformações da pessoa, a fim de que ela possa atingir graus mais elevados de realização pessoal e bem-estar social. (TEIXEIRA, 2005, p.4).

Nessa perspectiva, as praticas educativas só existirão de forma ativa quando os sujeitos participantes da mesma considerarem que educação em saúde é uma estratégia para constituir sujeitos ativos, participantes, todos em direção a um único objetivo, o de trabalhar em conjunto para um projeto de vida libertador. (BESEN et al.,2007).

Portanto, analisar a ação educativa propriamente dita significa atuar junto ao conhecimento dos indivíduos, fazendo com que desenvolvam juízo crítico e competência para intervir em sua vida e, principalmente, na sua saúde, dando subsídios para que se apropriem da sua própria existência.

2.2 Propostas da educação em saúde

Para demonstrar a efetividade que as atividades de educação em saúde têm demonstrado no cotidiano de profissionais e usuários, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria M/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que trata da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (BRASIL, 2009).

De acordo com Brasil (2009, p.7):

A Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

O SUS tem investido em práticas que reorientam as suas estratégias vigentes e tem apostado na educação em saúde como tática de mudar a maneira de cuidar da saúde individual e coletiva de sua população. Dessa forma o sistema tem a expectativa de que as práticas educativas sejam uma estratégia transformadora de seus métodos atuais, em todos os seus níveis, gestão e também de controle social. (BRASIL, 2003).

Ressaltando ainda Brasil (2009, p.20), este pactua que:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Tendo em vista a importância e finalidade da educação permanente, pode-se afirmar que esta pode ser desenvolvida em qualquer lugar como em escolas, empresas, onde é realizada a saúde do trabalhador, em canais de televisão, nas unidades básicas, enfim, em qualquer lugar em que haja a interação de duas ou mais pessoas. (ZAMBOM; ZANOTTI, CRUZ, 2009).

O Ministério da Saúde disponibiliza vários programas dirigidos à população, como o “Programa Saúde da Família”, “Programa Nacional de Combate à Dengue”, “Brasil Sorridente”, “Olhar Brasil”, “Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer”, “Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama” – “Viva Mulher”, “Programa de Volta para Casa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Tais programas são espaços em que são realizadas práticas educativas, para que dessa forma a população passe a conhecer mais sobre a sua vida, e previna-se; dessa forma é construída uma sociedade mais informada e consciente da sua própria condição de saúde.

Nessa perspectiva, a educação em saúde tem como proposta atuar produzindo novos processos de ensino; seu alvo principal é trabalhar com o coletivo, de modo que desperte a consciência de se olhar para o outro, e faça dele o seu principal objetivo. (BRASIL, 2004).

A ação educativa interage junto à população, possibilitando à mesma viver de maneira perspicaz, com comportamentos inteligentes, os quais proporcionam o benefício à sua própria saúde. (BRASIL, 2004).

Através das práticas em educação, os indivíduos orientados pela equipe multidisciplinar evitam complicações, realizam a terapia prescrita e procuram resolver seus problemas; por conseguinte evitam-se situações de crise, nos ambientes hospitalares diminuem as re-hospitalizações. (SMELTZER; BARE, 2005).

Dessa maneira, nota-se que a estratégia de educação em saúde evita ações judiciais por imperícia, reduzindo custos, pois é construída uma relação equipe-paciente de forma positiva. (ZAMBOM; ZANOTTI, CRUZ, 2009).

2.3 A atuação do Enfermeiro em Educação em Saúde

Embora o conceito de educação em saúde ressalte a interação dos profissionais com os usuários, observa-se atualmente, no cotidiano dos serviços, que na maioria das vezes o propósito desse tipo de educação não vem sendo alcançado. (LALUNA et al.,2009).

Entretanto, esta prática educativa tem sido repensada no sentido de mudar os métodos pedagógicos utilizados pelos profissionais, que dão ênfase às ações imperativas, negando a autonomia dos sujeitos e direcionando a assistência para a dimensão individual com foco no controle do agravo; esquecem-se da coletividade, bem como da prevenção de doenças e da promoção de saúde.

Dessa forma, hoje é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado para a assistência integral e contínua dos usuários da unidade básica, identificando situações de risco e muito mais do que isso: que ele esteja preparado para desenvolver ações educativas em parceria com a comunidade, para a melhoria do autocuidado dos indivíduos. (ALVES, 2005).

Na perspectiva de Oliveira; Andrade; Ribeiro (2009), a educação em saúde torna-se essencial para melhorar as condições de saúde e de vida da população, sendo a prática educativa um instrumento necessário para a realização de ações preventivas, como saneamento básico, imunização, proteção através de serviços e programas existentes.

Nesse sentido, a prevenção implica um conjunto de ações antecipatórias que visam diminuir a probabilidade do aparecimento de um acontecimento, ou seja, ajudar o indivíduo, dotando-o de aptidões para dar respostas mais funcionais e adequadas perante uma situação. (CZERESNIA,2003).

Assim, pode-se ressaltar que o enfermeiro utiliza a educação em saúde constantemente, sendo o ensino peça chave dentro de uma boa assistência em enfermagem, pois através dele se modificam padrões de estilo de vida que predisõem pessoas aos riscos de saúde. (ARAUJO; OLIVEIRA, 2009).

No entanto, apesar do aumento do acesso às informações, o cliente/usuário dos serviços de saúde continua ainda muito impotente na relação que estabelece com os profissionais da área.

De acordo com Boehs et al. (2007), a atuação dos profissionais em atividades educativas não tem fortalecido o vínculo de profissionais e usuários do serviço, pois ela tem consistido em prescrever comportamentos e dar ordens ao indivíduo, como se sua cultura vivenciada até o momento, a partir daquela conversa estivesse totalmente errada.

Dessa forma, é preciso que a educação em saúde e a comunicação caminhem juntas, visto que constituem em um importante instrumento capaz de estimular, informar, interligar os indivíduos entre si, buscando alcançar o objetivo proposto sem prescrições imperativas.

Brasil (2001) reforça a ideia de que a relação dos profissionais com a comunidade deve ser de criar nos indivíduos consciência da responsabilidade por sua própria saúde e a da comunidade a que pertencem, através do comprometimento e coresponsabilidade entre os enfermeiros e a população. Assim sendo, buscam-se os serviços oferecidos, em resposta às suas necessidades de prevenção, promoção de sua saúde e controle das doenças.

Além disso, essas ações podem possibilitar uma melhor concepção do processo saúde-doença, uma vez que as pessoas terão condições de confiar na equipe e procurá-la sempre que necessário, o que facilita o processo de construção ou reconstrução da realidade em que vivem

Conforme Smeltzer;Bare (2005), o enfermeiro, quando planeja educação em saúde, precisa estar disponível para o cuidado à saúde fora do ambiente convencional; por isso, precisa pensar em estratégias alternativas que conscientizem a comunidade diferentemente das ações preconizadas

tradicionalmente. O conhecimento a ser passado para a população deve estar correlacionado com a teoria e a prática dos profissionais de saúde, aqui, em especial, a enfermagem, que tem a obrigação de proporcionar ao ser humano uma educação voltada ao seu cotidiano, com base numa proposta voltada à promoção da saúde, ao invés do cuidado da doença.

Nessa perspectiva, ressalta-se que os profissionais de saúde podem utilizar várias ferramentas para executar as ações de educação em saúde, como palestras, explicações, debates, sempre incluindo o usuário, fazendo com que ele participe, expressando seus sentimentos e dúvidas. Um bom programa de ensino é aquele no qual o usuário tem a oportunidade de visualizar a prática apreendida e também realizá-la. A educação em saúde pode ser promovida em qualquer momento e lugar. (ZAMBOM; ZANOTTI; CRUZ, 2009).

Como se pode perceber, essa prática de saúde preza pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.

Por meio do bom entendimento dessa prática transformadora da realidade social de uma comunidade, o enfermeiro contribui para a solução dos problemas que afetam os usuários e, conseqüentemente, é reconhecido e respeitado pela comunidade na qual desenvolve suas atividades. (NADER; ABECEG; KNAUTH, 2006).

CAPÍTULO III

A PESQUISA

3 INTRODUÇÃO

O presente estudo visa demonstrar a relevância da educação em saúde, realizada pelos enfermeiros nas UBS, visto que através dessa prática o usuário do serviço torna-se apto a resolver seus problemas de saúde, adquirindo autonomia para cuidar de sua vida. Fica claro que, através da orientação em saúde às pessoas, estas se tornam capazes de reconhecer as suas necessidades e seus direitos. O Enfermeiro bem treinado para desenvolver tal ação educativa, presta assistência de qualidade e, nesse sentido, é o profissional fundamental para desenvolver essa atividade.

Sabendo-se que a educação em saúde é um tema amplo, é de extrema relevância uma orientação adequada aos profissionais dessa área, uma vez que, estando aptos e bem preparados para a ação educativa, eles podem oferecer um atendimento diferenciado ao usuário do serviço.

Conforme fora descrito, para atingir os objetivos deste estudo, após apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Unisalesiano, protocolo nº 353 em 21/10/10, (Anexo B), optou-se em realizar uma pesquisa em campo em Guaíçara, Promissão e Lins, cidades essas do Estado de São Paulo. Neste estudo, sob a ótica da pesquisa qualitativa, foram abordadas as questões relacionadas à educação em saúde, desenvolvida pelos enfermeiros aos usuários, após esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo A).

3.1 Métodos e Técnicas

Para a realização desta pesquisa, observou-se a Resolução 196/96 do MS (BRASIL, 1996) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitou-se a autorização da Secretaria de Saúde de Lins, Guaiçara e Promissão, nas quais houve a explanação do estudo, seus objetivos, e detalhadamente os métodos que seriam empregados para que a pesquisa fosse desenvolvida. Mediante a autorização por escrito das mesmas, também foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa na cidade de Lins (na UBS do Ribeiro), em Guaiçara (no Centro de Saúde) e em Promissão (no Centro de Saúde II, Casa Municipal de Saúde da Mulher, Casa Municipal de Saúde da Criança).

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, caracterizada pela realização da coleta de dados com 10 usuários, sendo 2 de cada UBS, além de 5 enfermeiros, sendo 1 de Lins, 1 de Guaiçara e 3 de Promissão.

Para esta pesquisa, os procedimentos utilizados foram o método de estudo de caso e a observação sistemática. (Apêndice A)

No que diz respeito ao Estudo de Caso, considerando os objetivos desta pesquisa, ele foi desenvolvido com observação detalhada do pesquisador no sujeito. Os usuários foram acompanhados durante o seu atendimento pelo enfermeiro, sendo o atendimento realizado à medida que os fatos ocorreram, sem qualquer interferência do pesquisador.

Quanto à Observação Sistemática, esta abrangeu tanto os usuários quanto os enfermeiros no decorrer do atendimento, com o intuito de analisar atentamente os aspectos que eram de interesse para a pesquisa. O ato de observar não significou apenas olhar os fatos aleatoriamente, mas também investigar e captar toda a essência.

O instrumento de coleta de dados empregado neste estudo foi a técnica de entrevista semiestruturada e em profundidade, de caráter audiogravável sendo realizada durante a pesquisa em campo, baseada em um roteiro com questões, que compreendiam dados de identificação e perguntas abertas.

Em se tratando da entrevista semiestruturada em profundidade, foram realizadas entrevistas com os usuários e com os enfermeiros, com a explanação individualizada aos usuários e enfermeiros sobre qual a natureza, objetivo e importância deste trabalho; para tanto utilizou-se um questionário que compreendia dados de identificação e perguntas abertas. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada participante, sendo audiograváveis.

Todo material coletado foi transcrito na íntegra, sendo lidos, discutidos e analisados os depoimentos, para posteriormente serem levantados os questionamentos. Os instrumentos estão disponíveis nos apêndices B e C.

A pesquisa ocorreu no mês de agosto de 2010 após o projeto ter sido submetido à aprovação do Comitê de Ética, além de os usuários e os enfermeiros terem assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo A).

3.2 Caracterização dos municípios.

a) Município de Guaiçara.

O município de Guaiçara foi emancipado política e administrativamente em 30 de Dezembro de 1953, por meio da Lei Estadual nº. 2.456; está localizado na região Centro-Oeste, mesorregião de Bauru e microrregião de Lins. A área total deste município corresponde a 269,30 Km² e, conforme dados de 2010, apresenta uma população de 11.833 habitantes, sendo o índice de envelhecimento de 48,82% e a população com 60 anos ou mais corresponde a 10,83%. (PERFIL DO MUNICÍPIO, 2010).

A rede de saúde é composta por duas Unidades de Saúde, sendo uma Unidade Básica no Centro da cidade, que mantém um posto de atendimento no Bairro Geraldo Silva II, e a outra Unidade de PSF no Jardim Dom Bosco. Os serviços de média e alta complexidades são prestados pelos municípios de referência.

b) Município de Promissão.

A história do município de Promissão está intimamente ligada ao confronto ocorrido entre as tribos indígenas que ali residiam e os posseiros que vieram desbravar a região. Em 27 de novembro de 1919, foi elevada à condição de distrito do município de Penápolis, porém teve seu nome alterado, em 30 de setembro de 1921, para Promissão, e em 29 de novembro adquiriu autonomia municipal. (PERFIL DO MUNICÍPIO, 2010).

Conta com uma população de 36.659 habitantes. O seu índice de envelhecimento é de 57,40%, a população com menos de 15 anos representa 21,96%, e a população com 60 anos ou mais é de 12,61%. (PERFIL DO MUNICÍPIO, 2010).

A rede de saúde atualmente é descentralizada, cada setor de saúde está localizado em um determinado prédio, contando com uma Casa Municipal de Saúde da Criança, Casa Municipal de Saúde da Mulher, Casa Municipal de Saúde do Idoso, Centro de Saúde, Centro Municipal de Mamografia. Alguns bairros possuem Postos de Atendimento, localizados no Jardim São João, Nosso teto, Nova Promissão, Jardim América. Vale ressaltar que a rede de saúde apresenta o Programa dos Agentes Comunitários. A cidade possui um Hospital Estadual, denominado “Hospital Geral de Promissão”, onde são atendidos usuários de SUS, nas mais diversas especialidades médicas, são realizados procedimentos de média e alta complexidades, fato que veio contribuir para que o município fosse escolhido a fim de abrigar as futuras instalações do AME (Ambulatório Médico de Especialidade).

c) Município de Lins.

O município de Lins teve seu início a partir de um pequeno povoado, às margens do córrego chamado Douradinho, posteriormente Campestre. Em 27 de dezembro de 1919, obteve a emancipação político-administrativa. Sua denominação foi simplificada para Lins, em 29 de dezembro de 1926. (PERFIL DO MUNICÍPIO, 2010)

O referido município conta com uma área de 571,44 Km², uma população de 71.598 habitantes, o seu índice de envelhecimento é de 71,79%, sua população com menos de 15 anos é de 19,53%, e a população de 60 anos ou mais corresponde a 14,02%. A sua distância da capital é de 455 km. (PERFIL DO MUNICÍPIO, 2010)

Na área da saúde, possui com alguns serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, destinados ao atendimento ambulatorial de usuários com transtornos psiquiátricos, CAPS AD (Álcool e Drogas), CAPS Infantil (local que presta assistência às crianças com alterações psíquicas) e CAPS III situado no CAIS Clemente Ferreira, onde funciona o

“Hospital Dia” para estes clientes; os minipostos estão localizados no Bairro Guapiranga e Tangara, contam com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas, em sua maioria, nos bairros da cidade, atendendo à população do CAIC, Junqueira, Rebouças, Ribeiro e áreas circunvizinhas, além de uma UBS situada no centro, onde existe anexo o Núcleo de Gestão e Assistência (NGA) e mantém ainda uma Unidade de Saúde da Família no Paseto. A saúde complementar possui dois hospitais particulares, a qual mantém convênio próprio e também um hospital filantrópico, que realiza atendimento pelo SUS e para outras operadoras.

3.3 Caracterização do campo de pesquisa.

a) Unidade Básica de Saúde de Guaiçara.

A Unidade Básica de Saúde de Guaiçara, conta com aproximadamente 19.905 prontuários, realiza atendimentos a toda população do município. Promove a atenção primária nas áreas de puericultura, saúde da mulher e idoso. Conta com os seguintes programas: Saúde Bucal, Programa contra o tabagismo, atua em campanhas de vacinação nacionais e de rotina, Conta com quadro de funcionários onde consta 02 Enfermeiros, 03 Dentistas, 01 Auxiliar de Dentista, 03 Clínicos Gerais, 02 Cardiologistas, 01 Pediatra, 01 Ginecologista e Obstetras, fisioterapeuta, farmacêutico, 08 Técnicos de Enfermagem, 01 Auxiliar de Enfermagem, 04 Atendentes de Balcão e 02 funcionários que atuam no setor de higiene e limpeza, 01 Assistente Social, 03 Auxiliares Administrativos. Os trabalhadores são gerenciados por um enfermeiro que mantém constante ligação com a equipe da Secretária Municipal de Saúde.

b) Centro de Saúde II de Promissão.

O Centro de Saúde II de Promissão, conta com aproximadamente 43.894 prontuários, realiza atendimentos a toda população do município. Promove a atenção primária nas áreas de saúde do adulto. Conta com os seguintes programas: Saúde Bucal, Programa contra o Tabagismo,

Hipertensão e Diabetes, Busca ativa de Tuberculose e Hanseníase. Conta com quadro de funcionários onde consta 01 Enfermeiro, 03 Dentistas, 05 Clínicos Gerais, 01 Neurologista, 01 Ortopedista, 01 Infectologista, 02 Cardiologistas, 01 Farmacêutico, 02 Técnicos de Enfermagem, 05 Auxiliares de Enfermagem, 04 Escrivárias e 02 funcionários que atuam no setor de higiene e limpeza. Os trabalhadores são gerenciados por um enfermeiro que mantém constante ligação com a equipe da Secretária Municipal de Saúde.

c) Casa Municipal de Saúde da Mulher de Promissão.

A Casa Municipal de Saúde da Mulher de Promissão, conta com aproximadamente 14.627 prontuários, realiza atendimentos em mulheres de todas as faixas etárias do município. As atividades desenvolvidas estão relacionadas ao pré-natal, ginecologia, autoexame das mamas, planejamento familiar, métodos anticoncepcionais com ênfase no preservativo, DST/HIV-Aids. Nesta unidade há o atendimento de profissionais como 01 Psicóloga e 01 Terapeuta Ocupacional. Conta com quadro de funcionários onde consta 01 Enfermeiro, 03 Ginecologistas, 06 Auxiliares de Enfermagem, 01 funcionário que atua no setor de higiene e limpeza. Os trabalhadores são gerenciados por um enfermeiro que mantém constante ligação com a equipe da Secretária Municipal de Saúde

d) Casa Municipal de Saúde da Criança de Promissão.

A Casa Municipal de Saúde da Criança de Promissão, conta com aproximadamente 6.850 prontuários, realiza atendimentos em crianças do 0 a 12 anos 11 meses e 29 dias do município. As atividades desenvolvidas estão relacionadas ao calendário vacinal da criança e do adulto, orientações sobre amamentação, cuidados com o RN, e o teste do pezinho Nesta unidade há o atendimento de profissionais como 01 Psicóloga, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Fonoaudióloga, 01 Fisioterapeuta. Conta com quadro de funcionários onde consta 01 Enfermeiro, 02 Técnicos de Enfermagem, 04 Auxiliares de Enfermagem, 01 funcionário que atua no setor de higiene e limpeza. Os

trabalhadores são gerenciados por um enfermeiro que mantém constante ligação com a equipe da Secretária Municipal de Saúde

e) Unidade Básica de Saúde do Ribeiro de Lins.

A Unidade Básica de Saúde do Ribeiro, conta com aproximadamente 20.000 prontuários, realiza atendimentos a toda população do município, sendo que seus usuários são principalmente os moradores dos bairros do Ribeiro, São João, São Benedito, entre outros. Promove a atenção primária nas áreas de puericultura, saúde da mulher, do idoso, Programa Contra Tabagismo, Saúde Bucal, atua na vacinação de rotina e em campanhas nacionais. Nesta unidade há ainda o atendimento em acupuntura realizado por fisioterapeuta especializado. Conta com quadro de funcionários onde constam 02 Enfermeiros, 03 Dentistas, 05 Clínicos gerais, 03 Pediatras, 02 Ginecologistas e Obstetras, 01 Fisioterapeuta, 01 Farmacêutico, 08 Técnicos de Enfermagem, 06 Auxiliares Administrativos e 02 funcionários que atuam no setor de higiene e limpeza. Os trabalhadores são gerenciados por um enfermeiro que mantém constante ligação com equipe da Secretaria Municipal de Saúde. Dentro desta unidade funciona o Programa de Agentes Comunitárias (PACS), que conta com cerca de 20 agentes comunitárias de saúde e 01 Enfermeiro para coordenação do programa

3.4 Análise dos resultados e discussão

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo qualitativo, tendo a preocupação de observar, descrever e documentar os aspectos que eram de seu interesse; em seguida, foram analisados os dados obtidos, sendo este nosso referencial para as conclusões e discussão. Os resultados e discussões do presente estudo foram organizados em duas partes, de acordo com os objetivos propostos.

Na primeira parte, são apresentados às características e o perfil dos enfermeiros e, na sequência, as discussões acerca dos resultados. Posteriormente, são abordados as características, o perfil e as necessidades

dos usuários, sendo em seguida enfocadas as discussões referentes aos resultados obtidos.

Os dados apresentados neste trabalho tiveram como base entrevistas realizadas com cinco enfermeiros, sendo um da cidade de Lins, um de Guaíçara e três do município de Promissão, além de dez usuários, de modo que foram realizadas entrevistas com dois de cada UBS.

3.4.1 A palavra dos Enfermeiros

Durante a pesquisa, analisou-se qual a relevância dada pelos enfermeiros para a educação em saúde, mediante a observação das práticas implementadas por eles em seu trabalho, verificação dos significados que a ação educativa produz na prática cotidiana do enfermeiro que atua na atenção básica e esclarecimento das facilidades e obstáculos encontrados para o desenvolvimento do trabalho educacional junto ao usuário. Para melhor compreensão dos resultados, foi elaborado um quadro explicativo com os dados de identificação.

Em seguida, serão apresentados os dados referentes à identificação dos sujeitos participantes da pesquisa.

3.4.2 Conhecendo os enfermeiros atuantes na atenção básica

O quadro abaixo demonstra os dados de identificação dos enfermeiros que participaram da pesquisa:

(continua)

Enfermeiro (a)	Sexo	Idade	Formação	Tempo de Experiência (em anos)	Experiências profissionais atuais
1	Feminino	31	Enfermeira	3	Enfermeira em UBS
2	Feminino	31	Enfermeira	10	Discente
3	Feminino	41	Enfermeira		Enfermeira em UBS, Hospital Filantrópico.

(conclusão)

4	Feminino	31	Enfermeira	9	Enfermeira em UBS e Hospital Geral
5	Feminino	28	Enfermeira	4	Enfermeira em UBS

Fonte: Gonçalves; Soares, 2010.

Quadro 1 – Dados de Identificação dos enfermeiros participantes da pesquisa.

De acordo com os dados apresentados pode-se observar que todos os pesquisados são do sexo feminino, tem média etária de 32,4 anos; 6,5 anos de experiência em média e atuam tanto na saúde pública como em âmbito hospitalar, sendo que uma das entrevistadas atua também na área acadêmica, o que corrobora a afirmação de que o enfermeiro está capacitado a realizar educação em saúde.

3.4.3 A palavra dos usuários.

Durante a pesquisa, analisou-se como o usuário avalia a atuação do enfermeiro frente às ações de educação em saúde, de modo a observar a influência dessas práticas em suas condições de vida e de saúde, e verificar quais os assuntos que os usuários gostariam que fossem abordados. Para melhor compreensão dos resultados, elaborou-se um quadro explicativo com os dados de identificação.

Em seguida, serão apresentados os dados referentes à identificação dos sujeitos participantes da pesquisa.

3.4.4 Conhecendo os usuários que frequentam a atenção básica.

O quadro abaixo demonstra os dados de identificação dos usuários que participaram da pesquisa:

Usuário	Sexo	Idade	Formação	Estado Civil	Experiências profissionais atuais	Cidade
1	Feminino	51	Ensino Fundamental	Casada	Do Lar	Lins
2	Masculino	57	Ensino Médio	Casado	Aposentado	Promissão
3	Feminino	29	Ensino Médio	Casada	Do Lar	Promissão
4	Feminino	30	Ensino Médio	Casada	Do Lar	Promissão
5	Feminino	25	Ensino Médio	Casada	Comerciante	Promissão
6	Feminino	65	Ensino Fundamental	Casada	Aposentada	Lins
7	Masculino	26	Ensino Superior	Solteiro	Agente Comunitário	Guaçuara
8	Masculino	56	Ensino Médio	Casado	Comerciante	Guaçuara
9	Feminino	19	Ensino Médio	Solteira	Estudante	Promissão
10	Feminino	31	Ensino Médio	Casada	Vendedora	Promissão

Fonte: Gonçalves; Soares, 2010.

Quadro 2 – Dados de Identificação dos usuários participantes da pesquisa.

De acordo com os dados apresentados, foi possível constatar que, dos usuários entrevistados, 07 são do sexo feminino, o que corresponde a 70% da população estudada; a média etária é de 38,9 anos, 70% concluiu ensino médio, 20%, o fundamental e 10% dos pesquisados apresentam terceiro grau completo. Observou-se que 80% são casados, sendo que 30% exercem atividade laborativa no lar, 20% são comerciantes, 20% aposentados, 30% se dividem em agente comunitário, estudante e vendedor. Pode-se verificar que a maior parcela da população estudada foi do município de Promissão, onde as atividades de assistência à saúde são descentralizadas, seguidas por Guaçuara e Lins, respectivamente. A partir da análise dos dados podemos afirmar que os usuários entrevistados são jovens e apresentam capacidade de entendimento quanto às orientações realizadas pelo enfermeiro.

3.4.5 Discursos dos enfermeiros

Dar-se-á início aos questionamentos realizados com os enfermeiros, questionamentos esses, referentes ao significado e sentidos das práticas de saúde, influenciam no cotidiano da atenção básica; diante do referido

procedimento, observar-se-ão facilidades e obstáculos encontrados, o que ficara evidente se há participação de capacitações em serviço, correlacionando a formação acadêmica com a realidade vivenciada.

3.4.5.1 Práticas de educação em saúde implementadas pelo enfermeiro.

Dentre os discursos, observou-se que as enfermeiras relatam executar ações de educação em saúde relacionadas ao pré-natal, ao cuidado com o Recém-Nascido, calendário vacinal; também são realizadas orientações gerais sobre as DST, é feita a busca ativa de tuberculose e hanseníase, é desenvolvido um controle do diabetes e hipertensão, através do programa *Hiperdia*, preconizado pelo Ministério da Saúde. Ocorrem reuniões e palestras em grupos, onde são discutidos vários assuntos de saúde, são organizadas atividades físicas diárias para os idosos, e em todas as práticas executadas sempre há o incentivo do autocuidado. Conforme pode se observar na fala a seguir:

“... Bom, toda e qualquer orientação dada ao usuário do sistema de saúde com o objetivo de capacitar os indivíduos a assumirem ou a ajudarem na melhoria das condições de saúde da população.” (ENFERMEIRO 01).

Segundo Figueiredo (2008), as práticas educativas têm a função de possibilitar no indivíduo o ato de saber reconhecer que o mesmo possui habilidade para tomar decisões, em busca de uma vida saudável e, diante dessa concepção de educação em saúde, o profissional de enfermagem tem o papel de defensor-facilitador, pois ele pode contribuir para que os indivíduos resgatem sua cidadania, demonstrando a mesma na sua promoção da saúde.

Ainda na perspectiva de Figueiredo (2008), a educação em saúde não busca somente transmitir informações, prescrever comportamentos e hábitos; seu propósito maior é incentivar os indivíduos ao autocuidado, tornando-os condutores de sua vida.

Nesse sentido, Cortez et.al. (2010) ressalta o enfermeiro como educador, que usa diversos recursos como palestras, álbuns seriados, várias estratégias para atingir o seu público-alvo, o que permite mobilizar o maior

número de clientes, utilizar informações que as pessoas sabem e vivenciam em sua experiência cotidiana, alcançando, dessa forma, o seu objetivo.

3.4.5.2 Significados que as práticas de educação em saúde estão fundamentadas.

Ao analisar o resultado das entrevistas, com base no discurso dos profissionais entrevistados, constatou-se que as enfermeiras possuem uma visão de que as práticas estão fundamentadas na base da prevenção e promoção à saúde. Pode-se comprovar essa afirmação através do seguinte depoimento a baixo:

“... Olha, na nossa concepção, elas fundamentam-se pelas práticas do enfermeiro e também pela colocação do SUS, que preconiza prevenção e promoção da saúde do usuário, né? E que, na realidade, a educação em saúde busca isso...” (ENFERMEIRO 02)

Também torna-se evidente que as enfermeiras sempre visualizam o indivíduo como um ser integral. Como podemos observar no discurso abaixo:

“... É visualizar esse usuário como um todo, naquela questão holística, trabalhar não somente a questão de saúde que ele vem buscar, né? E sim, tudo aquilo que pode estar sendo a causa daquela doença que ele tá tendo, e buscar também tá prevenindo essa doença, promovendo melhores condições pra ele estar sendo, na realidade, o seu próprio cuidador...” (ENFERMEIRO 02)

Segundo Amaral; Sousa; Cecatti (2010), os preceitos da educação devem ser à base da aprendizagem significativa, e o aprender deve fazer sentido para cada pessoa; dessa forma tudo aquilo que é aprendido passa ser a resposta de uma pergunta do cliente, e assim o conhecimento é adquirido através de um diálogo, onde os temas discutidos tenham um significado para o

usuário, de maneira que o mesmo responda todas as suas dúvidas e inseguranças.

3.4.5.3 Sentidos que as práticas de educação em saúde têm produzido na prática cotidiana do enfermeiro que atua na atenção básica.

Ao analisar as respostas, observou-se que as atividades educativas influenciam os usuários, pois quanto melhor orientados em relação à sua saúde, menos patologias adquirem, pois aprendem como evitá-las o que reduz a possibilidade de sequelas de alguma doença crônica instalada, tornando o tratamento mais eficaz, o que fica evidenciado no relato abaixo:

“... A educação em saúde facilita o acompanhamento do tratamento dispensado aos clientes atendidos aqui na Saúde da Criança, porque quanto melhor orientados, mais eficaz se torna o tratamento...” (ENFERMEIRO 05)

“... O sentido básico é mudar o foco da ação curativa para a ação preventiva, à medida que a população orientada e comprometida com a sua saúde começa a alterar o padrão de seus hábitos, seu padrão de vida...” (ENFERMEIRO 01).

Notou-se, também, que as práticas educativas tornam o enfermeiro indispensável nas ações de ensino junto à população, como descreve o discurso abaixo:

“... Bom, no nosso ponto de vista, tem-se atribuído um significado maior na função do enfermeiro em saúde coletiva, né, pois o mesmo torna-se essencial pra contribuir para prevenção e promoção à saúde dos usuários durante essas práticas...” (ENFERMEIRO 02)

Segundo Araújo; Oliveira (2009), o enfermeiro tem se tornado membro essencial dentro da equipe multidisciplinar, pelo fato de, em sua formação acadêmica, possibilitar subsídios para que o mesmo realize a consulta, o diagnóstico e a prescrição, em toda a assistência de enfermagem.

Desse modo, a Resolução COFEN nº 271/2002 prevê, na formação do profissional enfermeiro, que o mesmo possui a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, intervir no processo saúde-doença, com a

finalidade de proteger e reabilitar a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência e integração da enfermagem às ações multiprofissionais. (BRASIL, 2002).

3.4.5.4 Obstáculos encontrados para que se desenvolva educação em saúde na unidade de atuação.

De acordo com os relatos percebe-se que um dos maiores obstáculos é a atitude do próprio usuário de não aderir às atividades que são desenvolvidas pelos enfermeiros. Como é relatado no depoimento a seguir:

“... Até a aceitação pelos usuários, porque nem sempre eles são receptivos a esse tipo de ação que o enfermeiro tenta preconizar, nem sempre eles entendem a importância da prática, desse tipo de prática pra saúde deles mesmos; então você percebe que às vezes a população ela tem uma resistência, então pra você conseguir fazer um grupo, eles falam ‘nossa ta me tirando da rotina diária, eu tenho meu trabalho eu tenho meus horários’, é complicado, então o enfermeiro tem que usar de outros artifícios para poder implantar, fazendo esse tipo de atividade, mas consegue...” (ENFERMEIRO 02)

Segundo Cortez et.al. (2010), as dificuldades encontradas para desenvolver educação em saúde são várias, como reunir um grande número de pessoas para realizar as palestras, a dificuldade de acesso da população, que muitas vezes reside distante da UBS, falta de recursos, grau de escolaridade dos usuários, pois algumas vezes são analfabetos, além do fato de muitas pessoas confundirem práticas educativas com atos políticos.

Na perspectiva de Pinafo; Nunes (2010), o fato de a maioria das UBS estarem centradas no modelo médico-hegemônico, no qual a queixa e a

doença do paciente são o foco da assistência prestada, é algo que atrapalha a execução de práticas educativas, por estas não conseguirem sair da rotina de atendimento utilizada e por consumirem a maior parte do tempo em atividades assistenciais.

Ainda pode-se notar que as enfermeiras dispensam muito tempo em trabalhos administrativos, sem poder estar em contato com os usuários pelo tempo que seria necessário, como é ressaltado no depoimento abaixo:

“... E ainda perde muito tempo porque tem muita parte burocrática e muitas delas são exigidas pelo próprio ministério, enquanto poderia estar desenvolvendo um melhor trabalho junto ao paciente, tentando descobrir por que não responde ao tratamento, por que muitas vezes tem muita recidiva...” (ENFERMEIRO 03)

No entanto, relatos de alguns enfermeiros demonstram que para desenvolverem educação em saúde, não encontram nenhum obstáculo, pois o profissional é criativo e se adapta à realidade na qual atua como relatado no depoimento a seguir:

“... Bom, de obstáculos eu não vejo nenhum, porque os recursos necessários básicos, que são os humanos, estão disponíveis, além do que penso que os profissionais de saúde devem se adaptar à sua realidade e promover a educação em saúde onde quer que estejam, seja no consultório médico, sala de espera, coleta do papa, pré e pós consulta, ou seja, promover este momento em qualquer lugar ...” (ENFERMEIRO 01).

Na perspectiva de Figueiredo (2008), umas das barreiras encontradas para o desenvolvimento de uma boa atividade educativa é a falta ou o desconhecimento de uma metodologia adequada, ou seja, os profissionais devem entender a sua realidade e buscar condições de estimular a população para solucionar em conjunto suas reais dificuldades.

De acordo com Figueiredo (2008), a visão que o enfermeiro possui do usuário não deve ser a de considerá-lo leigo, ou acreditar ser o detentor do saber, porque essa ideia pode criar uma barreira para a aceitação de uma prática educativa, pois o indivíduo passa a se sentir inferior perante o profissional.

3.4.5.5 Facilidades encontradas para que se desenvolva educação em saúde na unidade de atuação.

Evidenciou-se que contar com uma equipe de enfermagem a qual apoie e trabalhe em conjunto, é um dos fatores significativos para o desenvolvimento da educação em saúde, como é afirmado no relato abaixo:

“... Bom, as facilidades é você ter uma equipe que tem um bom relacionamento interdisciplinar, que saiba acatar suas orientações, porque hoje em dia você não tem que dar só a ordem, você tem que trabalhar junto, você tem que estar desenvolvendo um trabalho e estar atuando junto com a equipe...” (ENFERMEIRO 03).

Na perspectiva de Cortez et.al.,(2010), a equipe multidisciplinar troca saberes, experiências, existe a cooperação mútua; dessa maneira, passa a ter uma visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade.

Além do mais, nota-se que os recursos materiais também são fundamentais para o desenvolvimento da prática e o apoio de diversas secretarias do município facilita o processo de educação em saúde como se pode observar na fala em seguida:

“... Bom, o fato de contarmos com uma equipe devidamente capacitada e também por disponibilidade de recursos humanos e também materiais transfere segurança para os clientes e para a própria equipe...” (ENFERMEIRO 05).

“... Bom, a equipe de enfermagem sensibilizada e orientada quanto aos programas e protocolos seguidos na unidade facilita muito né. Parcerias com outras secretarias, como a de assistência social, cultura, esporte, hospital geral, articulação com o PSF, PACS e demais unidades de saúde que reforçam essas orientações dadas, formação de equipe multidisciplinar comprometida com esse ideal de educação em saúde, ginecologista, terapeutas ocupacionais, o cirurgião dentista, nutricionista e psicóloga, bem como a existência de materiais didáticos e audiovisuais aqui na unidade...” (ENFERMEIRO 01).

Segundo Cortez et.al. (2010), as facilidades encontradas para desenvolver a educação em saúde dependem das parcerias que são feitas, intercâmbios, trabalho em equipe, visto que, através dessa sociedade, a prática educativa se fortalece, conseguindo uma maior resolução dos problemas sociais.

Por fim, revela-se que o enfermeiro pode contar com diversos recursos humanos e físicos, mas o principal, para que se execute uma atividade com um bom resultado, são atitudes como força de vontade e criatividade para desenvolver esta ação, como é afirmado na fala a seguir:

“... Mas a gente sente também essa facilidade em várias situações na saúde coletiva, tudo que o enfermeiro vai desempenhar, ele depende não só daquilo que a secretaria promove, daquilo que o governo promove, ele depende da força de vontade que ele tem, ele depende da criatividade, ele depende da persistência que ele tem que ter, pois o usuário ele tem que ser o nosso principal foco, então tá, eu não tenho data show, eu não tenho um DVD, se você não tem isso, então vamos ver outra coisa , eu vou usar um cartaz , eu vou usar um álbum seriado , mas eu tenho que planejar de uma forma que eu possa fazer

com os recursos que eu tenho, então as facilidades na realidade nós vamos criando, nós vamos encontrando, aí ela existe...” (ENFERMEIRO 02).

O Enfermeiro tem a oportunidade de contar com um apoio do Ministério da Saúde (MS) para que executem ações que visem à educação em saúde, pois tem à sua disposição folhetos informativos, facilidade na divulgação de dados epidemiológicos, poder convocatório do MS em relação a instituições públicas e privadas. (LEVY, S. N. et.al. [s.d].)

Parafraseando Souza; Lopes; Barbosa (2004), o contato do profissional e população se estreita, permitindo trocas de saberes, e isso facilita o reforço das ações em saúde, atendendo os usuários de forma diferenciada, criando nos mesmos a reflexão do seu processo saúde-doença; dessa maneira, a interação entre profissional e a população torna-se eficaz na resolução dos problemas sociais

3.4.5.6 A formação e a correlação desta com as práticas de educação em saúde vivenciadas na realidade.

Diante do questionamento, notou-se que durante a formação, a maioria dos profissionais vivenciou práticas de educação em saúde, onde foram treinados para executar essa ação e ensinados sobre o conceito das atividades educativas; porém, o sucesso da execução da mesma depende de cada profissional, e da realidade em que atua. Nota-se que existem barreiras em executar a ação educativa, como é demonstrado no discurso a seguir:

“... Na realidade, é difícil fazer educação em saúde porque geralmente a gente orienta a fazer tudo certo, explica certinho pra ele a forma de tomar medicação, aplicar insulina, só que geralmente parece que ele chega à sua

casa e esquece tudo o que foi falado e faz do jeito que ele quer fazer..." (ENFERMEIRO 04)

Mas também foi ressaltado que a eficiência da execução da educação em saúde depende de cada profissional que esteja disposto a lutar por esta ação, como se descreve a baixo:

"... a criatividade, o planejamento e a organização antes de realizar a prática é que garante pra gente o sucesso dessa ação e garante também a eficiência da mesma, né? Na prática, funciona da mesma forma, porque se a gente for observar essa noção que a faculdade deu pra gente, deu essa capacidade da gente de saber qual meio que a gente trabalha, né, então nessa prática o enfermeiro tem que se adequar à sua realidade pra poder realizar e promover meios para chegar no seu objetivo e é isso que a gente tenta fazer ..." (ENFERMEIRO 02).

Segundo Cortez et.al. (2010), durante a sua formação, o enfermeiro aprende a parte mais educativa, participando de cursos de capacitação; a trajetória da formação acadêmica deu-se com ênfase na educação, porém a criatividade, senso crítico e humanização do cuidado fazem parte do perfil de cada profissional.

Na perspectiva de Bezerra; Pereira (2002) durante a formação os profissionais participam de práticas em educação de saúde, notam que refletem o que vem a ser o processo de educação em saúde e o impacto das atividades desenvolvidas com os usuários nas UBS, além da opinião dos mesmos perante essas atividades educativas.

Segundo Brasil (2002), a formação do profissional deve possibilitar uma capacitação teórico-metodológica e ético-política, tendo condição fundamental para exercer atividades técnico-cooperativas com o objetivo de identificar as necessidades da população.

3.4.5.7 Participação de alguma capacitação em serviço voltada para a educação em saúde.

Diante da pergunta, revelou-se que as entrevistadas não participaram de nenhuma capacitação voltada para a educação em saúde, apenas participam de cursos desenvolvidos pela Direção Regional de Saúde de Bauru (DRSVI). Devido à escassez de cursos, quem se interessa pelo assunto participa com recursos próprios de atividades nessa área, como se afirma no depoimento abaixo:

“... Olha, na realidade, em serviço não houve as capacitações, tem projeto agora que vai começar a ser voltado a isso, que tá sendo encaminhado, né; eu fiz alguns cursos a respeito de educação, que é uma área que eu gosto bastante, né, e houve umas palestras que a gente participa e na realidade foi a própria vivência que foi dando esse intuito pra gente, depende muito do bom senso do enfermeiro de estar buscando melhorias pras práticas que ele desempenha, né...” (ENFERMEIRO 02).

Nessa perspectiva, nota-se que o enfermeiro deve buscar seu aperfeiçoamento, dentro das vivências de sua unidade, como podemos observar a seguir:

“...Então, o enfermeiro, ele tem que ter um perfil crítico também , não ficar só dependendo de capacitação , vai muito da vontade que ele tem em ajudar , lógico que capacitação é importante, é, extremamente, porque ela te dá parâmetros de trabalho, ela te dá instrumentos de trabalho, mas vai muito daquilo que o enfermeiro percebe durante o seu serviço...” (ENFERMEIRO 02)

Na perspectiva de Bezerra; Johanson; Pereira (2002), o maior desafio da enfermagem no presente é atender às necessidades de ações de educação para a população, por isso o ensino em saúde é uma função independente de sua prática e uma das principais responsabilidades do enfermeiro.

Na opinião de Vargas; Soares (1997), a enfermagem necessita repensar o conteúdo que foi aprendido, confirmando-o diante de sua realidade, por conseguinte atualizá-lo de acordo com a vivência dos participantes, sempre tendo a visão de que os usuários são os sujeitos do processo de aprendizagem

3.4.6 Discursos dos usuários.

Dar-se-á início aos questionamentos realizados com os usuários referentes, a maneira como o enfermeiro é avaliado frente ao desenvolvimento de ações educativas, com o intuito de observar a influência da educação em saúde nas condições de vida e de saúde, e bem como analisar os assuntos vistos como relevantes para os indivíduos.

3.4.6.1 Atividades de educação em saúde realizadas pelo enfermeiro nesta unidade.

Dentre os discursos, observou-se que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros para os usuários, são de extrema importância por fornecerem aos mesmos subsídios de como prevenir doenças e promover a saúde. Pode se observar na fala do usuário abaixo:

“... Ah, eles orientam a gente para comer alimentos que não prejudicam a saúde, para quem tem pressão alta, né, o horário que a gente deve comer movimentar a hora que o sol não está muito quente, essas coisas tudo; aí a gente

pesa todo mês, mede a pressão, mede a barriga, inclusive a minha, tá muito grande e eu não consigo diminuir, é isso, então eu acho muito bom tudo que é falado...” (USUÁRIO 06).

Nota-se que os usuários compreendem que receber orientações sobre sua saúde é um direito, pois através da educação passam a ter maior conhecimento sobre temas de seu interesse e tornam-se mais conscientes de seus problemas, suprimem suas dúvidas e enfrentam melhor os problemas de seu cotidiano, como é esclarecido a seguir:

“... Ah eu acho muito interessante principalmente pras mães de primeira viagem como eu, porque têm pessoas que não tem acesso à internet pra estar obtendo informações sobre gravidez e outras coisas também relacionadas à saúde, e com essas palestras, a gente tem a oportunidade de aprender de forma gratuita porque é um direito nosso e com isso não passar por dificuldades no futuro, né, porque a gente já vai saber...” (USUÁRIO 10).

Dessa maneira, segundo Ruiz; Lima; Machado (2004), o sistema de saúde deve contribuir para a elevação da consciência sanitária das pessoas e sociedade em relação à saúde, a qual é um direito de todos e em defesa da vida, estabelecendo uma relação pedagógica de problematização, pois a população, detentora de entendimento, tem a capacidade de tratar problemas relacionados à saúde

Na avaliação de Bezerra; Johanson; Pereira (2002), os usuários valorizam quando adquirem conhecimentos, porém é sabível que as informações que eles recebem não mudarão suas vidas, mas dentro de um contexto darão subsídios para que os indivíduos busquem sua autonomia, além de os usuários terem a possibilidade de transmitir informações a outras pessoas, tornando-as multiplicadores de conhecimento.

3.4.6.2 Avaliação da atuação da enfermeira nas ações de educação em saúde.

Analisando os discursos dos usuários, observa-se que, na opinião deles, as atividades educativas são de extrema importância e, muitas vezes, o primeiro contato do usuário com a enfermeira não é muito receptivo, o que torna impotentes tanto o serviço de saúde quanto a real função da enfermeira, de orientar o usuário, deixando-o frustrado, como descrito abaixo:

“... Eu não acho boa não, eu avalio como ruim porque a gente tem que ser mais bem informada aonde a gente vai, se é uma coisa que só trata de criança a gente tem que ser auxiliada naquilo ali, que muitas vezes a criança fica ali, igual meu filho, ele é alérgico a tudo, eles não dão a orientação, você tem que ir a tal lugar para poder fazer tal exame, isso que eu acho que prejudica...” (USUÁRIA 05).

“... Tem uns que não explica assim direito, como faz pouco tempo que eu tô morando aqui, então, tipo, você chega meio perdida, né, e às vezes a pessoa que tá ali não dá a informação certa...” (USUÁRIA 03).

Na perspectiva de Chieza; Veríssimo (2001), o profissional de enfermagem deve ter uma atitude comunicativa em relação ao seu usuário e estar disponível para ouvi-lo, interagindo-se dos problemas do indivíduo; dessa maneira, a comunicação torna-se essencial como instrumento terapêutico na solução de seus problemas.

Conforme enfatiza Smeltzer; Bare (2005), o enfermeiro, quando planeja educação em saúde, precisa estar disponível para realizar este trabalho fora do ambiente convencional, por isso necessita pensar em estratégias alternativas que conscientizem a comunidade, diferentemente das ações preconizadas tradicionalmente.

Percebe-se que os usuários notam o valor que a orientação da enfermeira tem refletido na sua saúde, e avaliam essa atuação de maneira positiva quando participam de alguma prática educativa, como é afirmado a seguir:

“... Olha, muito boa, principalmente na palestra que eu assisti, as enfermeiras foram muito atenciosas falaram de maneira clara, de maneira com que as pessoas entendam, não ficaram usando termos técnicos porque aí confundia mais as pessoas, então foi muito bem explicado, foi muito proveitosa...” (USUÁRIA 10).

Mesmo que as orientações fornecidas pelo enfermeiro não sejam cumpridas, os usuários têm consciência das complicações que podem ocorrer em sua saúde após a descoberta de uma doença, se não seguirem a direção indicada pelo enfermeiro para o início e manutenção de uma vida saudável, mesmo que acometidos por uma patologia de base. Essa afirmação pode ser evidenciada na fala abaixo:

“... Eu acho que tá certo, a gente é que não segue direito o que elas pedem, eu mesmo não sigo assim comer alimentação boa, que não faça mal, que ajude né, porque no meu caso eu tenho colesterol muito alto, então eu devia de fazer o que elas pedem, mas eu não sigo, se seguisse eu acho que eu estaria melhor...” (USUÁRIA 06).

Na opinião de Chieza; Veríssimo (2001), a prevenção de agravos, promoção da saúde e o tratamento das doenças, enfim tudo isso é função dos profissionais da enfermagem, quando um indivíduo adoece, adquire uma série de dúvidas, inseguranças e até mesmo preconceitos, influenciando na resistência do tratamento e adoção de medidas saudáveis propostas pelos profissionais.

3.4.6.3 Influência das atividades educativas nas condições de vida e saúde.

É notória a relevância que as atividades educativas têm produzido no cotidiano dos usuários, proporcionando condições para que os mesmos possam prevenir doenças, e, quando já instaladas, passem a conhecer melhor a sua patologia, não deixando que ela se agrave. Como é afirmado no depoimento a seguir:

“... Olha, influencia bem melhor pra gente, dá mais esclarecimento pra gente se prevenir melhor, porque a cada dia que passa tem mais doenças em toda a população, né, então isso acaba fazendo a gente tomar consciência e refletir sobre o uso da camisinha, sobre a relação segura, dentre outras coisinhas mais, né?...”
(USUÁRIO 07)

“... Ah só ajuda a melhorar, é aquele negócio, tudo que você previne você evita, e se a gente tem a prevenção a gente evita gastos, a gente evita problemas futuros de saúde, na nossa vida mesmo, então é mais a prevenção...” (USUÁRIO 10).

Através das práticas educativas, o enfermeiro fica mais próximo do usuário, ajudando-o a esclarecer suas dúvidas e inseguranças. Isso pode ser comprovado no discurso a seguir:

“... Porque agora que eu engravidei, eu sou muito nova, eu não sabia de nada, então essa palestra foi boa pra eu conhecer o meu próprio corpo, a minha própria gravidez, o meu próprio filho, e me ajudar daqui pra frente, né...”
(USUÁRIA 09).

O enfermeiro consegue assumir seu verdadeiro papel e ser peça fundamental dentro de um serviço de saúde, tornando-se essencial na vida dos usuários que frequentam a UBS. Tal afirmação se comprova através do seguinte discurso:

“... ela orienta o que eu tenho que fazer e o que eu tenho que cuidar de mim, porque a idade já tá um pouquinho mais avançada, então eu tenho que fazer um tratamento muito sério, então eu acredito que tem influenciado porque sem a orientação do enfermeiro a gente não consegue ir pra lugar nenhum, né, então ela indica o médico certo, o que eu tenho que fazer..” (USUÁRIO 08).

Na perspectiva de Bezerra; Johanson; Pereira (2002), os indivíduos consideram o cuidado como uma preocupação fundamental em suas vidas, portanto essa relação entre o saber popular e o saber da enfermagem deve estar presente no cotidiano das UBS, para que se promova a saúde e estimule o autocuidado.

3.4.6.4 Temas a serem discutidos pelos enfermeiros na comunidade.

Na perspectiva dos usuários nota-se que a maioria tem ânsia de possuir conhecimento sobre o que trouxe o usuário à UBS, e também se observa a preocupação da grande maioria em participar de palestras que envolvam temas de prevenção de DST, gravidez na adolescência, como é demonstrado nos depoimentos a seguir:

“... é, falar mais sobre sífilis, cancro mole, essas coisas todas, né? Muita gente tem vergonha de perguntar, até mesmo fazer umas apostilinhas, eu já dei várias ideias né, em outros lugares que eu passei fazer umas apostilinhas pequenas, explicando quais são os sintomas de cada doença, mas ela explica bem, só que o pessoal sempre foca mais DST, aqui também fala bastante sobre o câncer, câncer de boca, mas se falasse mais sobre as DSTs seria bem melhor...” (USUÁRIO 07).

Na opinião de Gonçalves et al., (2008) a preocupação com a *Acquired Inmodificiency Síndrome* (AIDS) e DSTs se dá pelo fato de ser considerada uma doença fatal e por, na maioria das vezes, os usuários serem sexualmente ativos.

“... Olha, eu acho sempre importante falar em prevenção contra as DSTs, prevenção de gravidez na adolescência, que hoje em dia tá muito grande né, e pras pessoas assim de mais idade, o básico de tratamento, né, que é o Papanicolau, pra quem tá grávida, o pré-natal, porque hoje em dia ainda tem gente que não faz o pré-natal, quem já tá grávida, a amamentação...” (USUÁRIA 10).

Nota-se que nas UBS os usuários demonstram interesse no assunto em que cada setor oferece. Afirmando-se a partir do discurso abaixo:

“... Sobre vacinas porque geralmente a gente chega, as crianças tomam a vacina, mas a gente nem sabe que vacina tá tomando, então podia tá orientando, né, a parte da vacinação, porque de gripe essas doenças assim, a gente tem mais ou menos noção, então das vacinas eu acho que seria interessante né, a gente tá sabendo...” (USUÁRIA 04)

Na perspectiva de Gonçalves et al., (2008) a escolha dos temas se dá de acordo com assuntos emergentes e presentes no dia a dia de cada pessoa, de um modo geral.

Percebe-se que a prática educativa é uma ação árdua, que deve ser executada repetidamente pelo enfermeiro, para que alcance resultados futuros com seus usuários, observando-se abaixo:

“... Eu acho que cada vez mais, falar insistentemente sobre o controle, eu tô falando de acordo com a minha necessidade, dos outros eu não sei, falar sobre diabetes,

então falar sempre, porque às vezes tem pessoas que não conseguem seguir aquele programinha de deixar o açúcar, aquela coisa toda, então, falar insistentemente, porque o brasileiro, você precisa falar mais de uma vez pra ele entender...” (USUÁRIO 02)

Na opinião de Rodrigues et al., (2008), o enfermeiro pode transformar a sala de espera em um espaço dinâmico, pois pode ocupar o tempo ocioso dos usuários em atividades envolvendo vários temas educativos, trocando experiências e interagindo o conhecimento dos indivíduos com os saberes da enfermagem, além de estimular a responsabilidade pelo autocuidado.

3.5 Parecer sobre a Pesquisa

Na pesquisa, foi possível verificar o papel do enfermeiro enquanto educador exercido em todos os âmbitos; no entanto, a pesquisa em questão apenas é explicitada nas Unidades de Atenção Básica à Saúde, onde este profissional é grande colaborador para a melhoria da qualidade de vida da população.

A atenção básica é considerada um palco privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas, pois em todos os momentos existe contato entre usuário e profissional da enfermagem.

Para realizar as práticas educativas, o enfermeiro lança mão de vários artifícios, com objetivo atrair a atenção de seu usuário para propostas educativas. Ele organiza palestras, sala de espera, recursos audiovisuais, porém mesmo contando com recursos humanos e materiais para esse fim, a garantia da efetividade dessa ação educativa depende da criatividade de cada profissional em executá-la.

A pedagogia utilizada atualmente para desenvolver essa prática é a da problematização, na qual o indivíduo conta seus problemas e experiências, de modo a trocar conhecimento com o enfermeiro e possibilitar um maior vínculo entre profissional e paciente.

Verificou-se também que educação em saúde, com enfoque preventivo, não abrangia o objetivo do usuário da UBS; ficou comprovado que para a prática educativa se efetivar é necessário que o enfermeiro conheça e estude a realidade da população com a qual trabalhará.

O enfermeiro pode contribuir positivamente para a melhoria da qualidade de vida de seu usuário, através de propostas de educação em saúde, onde busque participação dos diversos atores, sendo que estes troquem experiências e possam participar das decisões sobre as atividades desenvolvidas. Desse modo há melhoria de sua qualidade de vida.

Nota-se que os usuários satisfeitos com a atuação do enfermeiro, no que diz respeito à educação em saúde, mostram-se felizes por estarem aprendendo sobre a sua patologia, prevenindo doenças e tornando-se multiplicadores de saberes saudáveis.

Entretanto os indivíduos que não participam de ações educativas, mostram-se insatisfeitos com o serviço de saúde, não tendo a oportunidade de reconhecer a verdadeira função do profissional da enfermagem; como consequência; os usuários retornam várias vezes às UBS em busca de esclarecimentos; além do mais, em alguns momentos querem entender situações simples, onde a dúvida poderia ser solucionada se o enfermeiro realizasse as orientações de maneira adequada, ou se o profissional não se abstivesse de sua função primordial que é a educação em saúde.

Em relação às dificuldades em se desenvolver educação em saúde, constatou-se que os enfermeiros acreditam que reunir pessoas, para desenvolver atividades de ensino junto aos usuários dos serviços, constitui um problema, pois os indivíduos não querem sair de sua rotina diária; revelam também a insatisfação por não terem um local adequado para desenvolver trabalhos educativos com a população dentro da UBS.

Os profissionais demonstram que a possibilidade de contarem com equipe multidisciplinar que apoie tal ação, o acesso a bons materiais didáticos, e as parcerias com outras secretarias municipais, facilitam as ações educativas junto aos usuários dos serviços de saúde.

Após vivenciar o trabalho realizado e verificar os relatos obtidos através das entrevistas com usuários e enfermeiros (os quais trabalham na atenção primária nas redes de saúde), observou-se a necessidade de criar uma

proposta de intervenção em relação à atuação do enfermeiro, com foco principal na educação em saúde. Viu-se também a necessidade de incentivar a participação do enfermeiro em cursos relacionados ao tema, para que este tenha mais conhecimento metodológico e passe a atuar de forma efetiva. Deixe de ser coadjuvante no trabalho, na atenção primária e busque efetivamente seu espaço como agente de educação diante de sua população.

Cabe ao profissional enfermeiro atrair para si mesmo a responsabilidade de educar.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Frente aos resultados obtidos neste trabalho e tendo em vista a possível contribuição deste com os serviços de saúde, sugere-se:

- a) investir na Educação Permanente, para que a formação contínua do profissional seja uma realidade, respondendo assim às necessidades que esta população precisa;
- b) planejar as ações voltadas para a educação em saúde dos usuários, de modo a definir objetivos e resultados esperados;
- c) conscientizar a população da importância da orientação em saúde, desenvolvida pelo enfermeiro;
- d) propor que os processos de capacitação dos usuários tomem como base as necessidades de saúde dos mesmos, e seja articulada a base da pedagogia da problematização;
- e) desenvolver ações que respondam à realidade da população, atuando com criatividade, senso crítico e humanização;
- f) investir em parcerias, como organizações governamentais e não-governamentais, para contribuir com o fortalecimento da ação educativa.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, buscamos conhecer a atuação do enfermeiro na educação em saúde, e a perspectiva desta ação para a atenção básica. Além disso, analisaremos cada situação levantada nos depoimentos, a partir do ponto de vista qualitativo e, com base nas entrevistas, buscamos investigar alguns aspectos relevantes para nossa conclusão.

Com relação à educação em saúde, fica claro que é um assunto que pode ser compreendido de diversas maneiras, pois integra várias áreas de conhecimento; no entanto seu real significado é promover a saúde, conscientizar a população de suas responsabilidades em relação à sua vida, fortalecendo, dessa forma, a autonomia de cada indivíduo.

Ao analisarmos a fala dos usuários das UBS, ficou elucidada a concepção que cada um deles tem sobre a função do enfermeiro nas ações educativas, e constatou-se que essas atividades são consideradas fundamentais para a vida de cada indivíduo, pois ele compreende que através das orientações consegue prevenir doenças e promover a sua saúde. Assim sendo, avalia de maneira positiva a atuação do profissional.

Entretanto, observou-se a frustração do indivíduo que nunca recebeu orientação sobre saúde; como resultado disso, passa a criticar o serviço prestado, passando a procurar a UBS diversas vezes, por não alcançar resolubilidade em seus problemas atuais.

Neste sentido, torna-se evidente a influência que as práticas educativas proporcionam no cotidiano de cada indivíduo; além do mais as pessoas sentem-se mais realizadas quando percebem essa relação entre o profissional e o usuário, na busca de um objetivo comum, ou seja, o da melhora da qualidade de vida da população; compreende claramente que o objetivo da educação em saúde é transformar os usuários em autores de sua própria história, tornando-os capazes de resolver seus problemas, sempre em parceria com o saber da enfermagem interligado à vivência de cada um.

Um aspecto a ser levado em conta é a notória preocupação por parte dos usuários em buscar conhecimentos de diversos assuntos, entre eles os referentes à saúde, em especial sobre DST, gravidez, diabetes, o que justifica o investimento em palestras, grupos de discussões sobre esses temas, visto

que, através dos mesmos, o usuário se sente mais seguro e esclarecido, de maneira a prevenir agravos de saúde.

A análise dos depoimentos dos enfermeiros nos levou à constatação da importância desse profissional como educador, sendo o grande facilitador de informações. Confirma-se, por meio das análises, a importância da ligação entre o profissional e o usuário para um trabalho resolutivo na comunidade. O vínculo é de extrema importância, pois cria confiança entre a população e os profissionais.

De acordo com os discursos, podemos perceber que o enfermeiro, em sua rotina de trabalho diário, realiza diversas orientações sobre variados assuntos, porém é notado que em todas as práticas sempre prevalece o incentivo ao autocuidado.

Podemos perceber que as práticas educativas implantadas pelos enfermeiros estão baseadas sempre na prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre tratando o indivíduo como um ser integral.

É notória a importância da atuação do enfermeiro em ações educativas, pois se observou que o mesmo tem se tornado indispensável para realizar tal ação; dessa forma, educar em saúde tem adquirido um significado especial na profissão do enfermeiro atuante da rede básica de saúde.

Um das dificuldades ressaltadas para a realização das ações educativas é a baixa adesão do usuário em palestras e grupos de orientações: percebeu-se que reunir uma pequena quantidade de pessoas é um obstáculo, ou seja, é um fator que dificulta o trabalho através de atividades preventivas do profissional, sendo que a falta de recursos materiais e recursos humanos, também acaba por potencializar o impedimento em desenvolver a educação em saúde propriamente dita.

Em contrapartida, observou-se que mesmo com as dificuldades encontradas, o enfermeiro disposto a desenvolver tal ação cria meios, partindo de sua realidade local, fazendo parcerias com outros setores, contando com sua criatividade, senso crítico, planejamento, organização, atitudes e ações consideradas uns dos pontos principais para a efetividade de seu trabalho.

Um aspecto preocupante evidenciado foi a escassez de capacitações voltadas para área de educação em saúde; observou-se que os enfermeiros não têm a oportunidade de participarem de cursos voltados para uma formação

metodológica que possibilite desenvolver essa ação com propriedade, o que traz prejuízos ao trabalho educacional junto à população.

Neste sentido, cada profissional busca por si só melhorias para as práticas diárias que desempenha, pois é da criatividade e da necessidade de ajudar o outro, faz com que o enfermeiro procure alternativas para sua atualização. Nesse sentido ele visa ao bem estar de toda população atendida no serviço em que atua e objetiva desenvolver práticas educativas direcionadas aos usuários de sua unidade

Dessa forma, justifica-se o investimento na formação contínua dos enfermeiros, pois esses profissionais devem ser capazes de transformar a realidade social de uma comunidade, contribuindo para a solução dos problemas que afetam os usuários e atuando juntamente com a população. Assim, o enfermeiro passa a ser reconhecido e respeitado pela comunidade na qual desenvolve suas atividades.

Face ao exposto, considerando que o objetivo principal do estudo foi analisar a atuação do enfermeiro na educação em saúde, em uma perspectiva para a atenção básica, com ênfase nos aspectos qualitativos das ações, sugerem-se estudos posteriores que considerem a qualidade da atuação das atividades realizadas por esses profissionais, além da identificação dos aspectos que levam à dificuldade de realização de suas atividades, as quais devem estar presentes no trabalho diário dos enfermeiros.

Portanto, acreditamos que o conteúdo deste estudo é de grande importância para os profissionais de saúde, pois permite uma reflexão sobre como tem sido sua atuação e seu vínculo com os usuários, deixando evidenciada a necessidade de capacitações que visem à qualificação contínua do profissional para atuar de maneira efetiva com a população.

Enfim, deseja-se que futuramente este estudo contribua de alguma forma para a melhoria da qualidade de vida dos usuários e para o exercício profissional do enfermeiro, bem como levante discussões sobre o assunto, permitindo que busquem melhorias e uma atenção à saúde mais humanizada.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comum, Saúde Educ., Botucatu, v. 9, n 16, p. 39-52, set 2004/fev. 2005.

AMARAL, E.M; SOUSA, F.L.P;CECATTI,J.G.**Atenção a Gestante e a Puerpéra no SUS-SP:**manual técnico do pré-natal e purpério-São Paulo:SES/SP,2010.

ARAUJO, M.F.S.;OLIVEIRA,F.M.C. **A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional.** CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais Número 14 – Setembro de 2009 Pág. 03-14.

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

BERTOLOZZI, M.R; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil:** reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev.Esc.Enf. USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BESEN. et al. **A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde** Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.

BEZERRA, F, G.; JOHANSON, L. PEREIRA, A.L. **Repensando educação em saúde na ótica da enfermagem.** An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm. Maio. 2002.

BOEHS, A. E. et al. **A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura.** Texto & Contexto. Enfermagem. v.16, n. 2, p.307 - 314, 2007.

BOTAZZO; C. **Sobre a Atenção Básica.** Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira. São Paulo, [s.n], 2006. Disponível:< <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/saudebucal/file/anexos/Atencao%20basica/IS-cap1.pdf>.> Acesso em 17-jun-2010.

BRASIL, **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº169º da Independência e 102º da República, p.2.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes da ação política para assegurar *Educação Permanente no SUS*. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na 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 à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, MS - **Pacto pela Saúde** – Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021.

BRASIL. Artigos 196; 197; 198. **Constituição Federal**, 1988. Disponível em:< http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf>. Acesso em: 24 jun.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. : il color + 1 CD-ROM – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas/ Ministério da Saúde Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde 2000. 44p. il. ISBN 85-334-0325-9 Sistema Único de Saúde(SUS)-Serviço de Saúde- Brasil. I. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Planejamento. II Titulo. CDU 614.2(81) NLM WA 540 DB8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Departamento de Apoio à Descentralização.** Termo de compromisso de gestão estadual / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, departamento de Apoio à Descentralização – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 40 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96** .Brasília Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Departamento da Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde:** Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 Brasília Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Constituição Federal.** Constituição: República Federativa do Brasil: Diário oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 de out.1988.

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

BRASIL, **RESOLUÇÃO COFEN-271/2002** - REVOGADA PELA RESOLUÇÃO 317/2007. COFEN, Rio de Janeiro, 12 de julho de 2002.

BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: [s.n], 2001.

BUSS, P. M., IGNARA, R. M.. **Promoção da Saúde:** um novo paradigma mundial para a saúde. IN. **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundswall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996, p. 5-10.

CAMPOS, R.P. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: O serviço especial de saúde pública, 1942-1960.** Cad. Saúde Pública vol.23 no. 5 Rio de Janeiro May 2007.

CANDEIAS, N.M.F. **Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** Revista de Saúde Pública, 31 (2): 209-13 1997.

CASTRO, V.C.G., REGO, S.T.A., MACHADO, M.H. **A “porta de entrada” do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro Julho de 2002.

CHIESA, A. M.; VERISSÍMO, M. R. **A educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem.** Brasília, DF: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 2001.

COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS - CIRH: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS** Quarta Versão Brasília – DF. 27 de Fevereiro de 2002

CORTEZ, E.A. et al. **O ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.** Rev enferm UFPE on line. 2010 Abr/Jun; 4(2): 149-57.

CZERESNIA,D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** *Cadernos de Saúde Pública* (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DELORS; J.**Educação:um tesouro a descobrir:relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI.**6 ed.São Paulo :Córtex,2001.

DINIZ, M.C.P.;FIGUEIREDO,B.G.;SCHALL,V.T. **Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil** Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.16 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2009.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: **do império ao desenvolvimentismo populista**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.33-384;2008.

FONTINELE JUNIOR, P. **Evolução Histórica Dos Programas de Assistência à Saúde no Brasil**. In: JUNIOR, F.P. Programa Saúde Da Família (PSF) Comentado. Goiânia: AB Editora, 2003. P. 3-11.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. (1983). 13. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra. (Coleção O Mundo, Hoje, v.21).

FIGUEIREDO, N. M. A. de; **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul. São Paulo: YENDIS S.A, 2008.

GONÇALVES, A.A. et al. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM TRABALHADORES: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**. Rev. APS, v. 11, n. 4, p. 473-477, out./dez. 2008.

LEVY, S.N. et.al. **Educação em Saúde: Histórico, Conceitos e Propostas**. [s.l.], [s.d]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2010.

MARQUES; R.M; MENDES, A. **O SUS e atenção básica: A busca de um novo desenho?** [s.l. s.n]. 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5415.pdf>> Acesso em: 17-jun. 2010.

MARQUES; D. **O Gênero e o Trabalho da enfermagem na atenção básica: percepções das enfermeiras**, 2008. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ações e Programas**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=12592&janela=2 Acesso em: 26 de jul de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em 25 jul.2010.

NADER, S.S. ABEGG, C. KNAUTH. D.R. **O ensino da prevenção e educação em saúde da pediatria do curso de Medicina da ULBRA:** a percepção dos professores. Revista de AMRIGS, Porto Alegre, 50(1): 31-37, jan.-mar. 2006.

OLIVEIRA, E; ANDRADE, I.N; RIBEIRO, R.S. **Educação em saúde:** uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e reflexões. 2009. TCC (em forma de artigo), Universidade Católica de Goiás/Goiania.

OLIVEIRA, E.M., SPIRI, W.C., **Programa Saúde da Família:** a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Publica 2006; 40(4): 727-33 .

O Papel do enfermeiro. Nursing,Brasil,01 ago 2007.Disponível em:<<http://www.nursing.com.br/article.php?a=48>> Acesso em: 17 jun-2010.

O SUS E O CONTROLE SOCIAL. Guia de Referência para Conselheiros Municipais. Ministério da Saúde. Coordenação de Projetos de Promoção de Saúde. Brasília – DF – 2001.

PAULUS JÚNIOR, A; CORDONI JÚNIOR, L. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

PERES, L.A. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil.** Campinas: NIB, 2000.

PERFIL DO MUNICÍPIO. Disponível em: <<http://www.seade.sp.gov.br> >. Acesso em: 25 jul. 2010.

PINAFO. E.;NUNES,E.F.P.A. **Facilidades e dificuldades no desenvolvimento da educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família.** Porto Alegre, Rede Unida, 2010.

POLIGNANO, M.V. **História das Políticas de Saúde no Brasil:** Uma pequena revisão. Belo Horizonte, [s.d].Disponível em; <http://www.medicina.ufmg/internautorial>.Acesso em:17 jun,2010.

RODRIGUES, A.D.et al. **SALA DE ESPERA: UM AMBIENTE PARA EFETIVAR A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.** Vivências. Vol.5, N.7: p.101-106, Maio/2009.

RUIZ, V.R. LIMA, A.R. MACHADO, A.L. **Educação em saúde para portadores de doença mental:** relato de experiência. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(2): 190-6.

SANTOS; S.M.R. et al. **A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, juiz de fora, minas gerais.** Texto contexto enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1):124-30.

SANTOS. M. **O Idoso na Comunidade:** Atuação da Enfermagem. In: Papaléo Neto, Matheus (org). Tratado de Gerontologia. Matheus Papaléo Netto. 2.ed., ver. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007, p.403-413.

SANTOS, Z. M. S. A. CAETANO, J.A. MOREIRA, F.G.A. **Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial** - uma tecnologia educativa em saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: set.2008.

SCHALL. V.T; STRUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas.** Rio de Janeiro. [s.d]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf.csp/v15s2/1282.pdf>. Acesso em 27 jul. 2010.

SCHIMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

Sistema Único de Saúde – SUS. **Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96.** “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. BRASÍLIA/DF. Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico.** 10 ed. Rio de Janeiro; Guanabara, 2005.

SOBREIRO, M.I. **Aconselhamento:** Concepções e Práticas no contexto da Educação em Saúde. 2005. Tese (Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde)- Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - **A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar.** *Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004.*

TAVARES, P.C.V., **A Assistência Integral no Âmbito do Sistema Único de Saúde:** Impossibilidade de Regramentos Administrativos se Sobreponem à Constituição Federal e Atuação do Ministério Público Diante da Demanda por Medicamentos. Disponível em: <http://www.mp.pr.gov.br/eventos/tspauloc.doc>
Acesso em: 6 de junho de 2010.

TEIXEIRA, G. (2005) **Introdução aos conceitos de Educação, Ensino, Aprendizagem a Didática.** Disponível em: <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=12&texto=725>.
Acesso em: 20 de jul.2010.

TEMPORÃO, J.G., (Ministro da Saúde) SOUZA, A.A.,(Secretário de Gestão Estratégica e Participativa). **Temático Saúde da Mulher.** Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS.

VARGAS, M. N.; SOARES, L. T. R. **O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais:** as experiências da enfermagem no Brasil e no Peru. Rio de Janeiro: Rev. de Enf. Esc. Anna Nery, v.1, n.2, p. 57-59, dezembro 1997.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2001.

ZAMBOM, A.A; ZANOTTI, D.C. CRUZ, H.C.F. **Orientação de enfermagem na educação em saúde a gestantes com doença hipertensiva específica da gestação-dheg.**2009.Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem-Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium-Lins.

WITT; R.R.N. **Competências da enfermeira na atenção básica:** contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública, 2005. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP-Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto-SP.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Estudo de Caso

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo evidenciar a atuação do enfermeiro da UBS frente à educação em saúde e conhecer a opinião dos usuários sobre a educação em saúde desenvolvida para os mesmos. Para tanto será realizado o estudo de caso, por meio de questionários para a entrevista em profundidade com perguntas abertas, sendo semiestruturado, com o enfermeiro responsável da UBS de Lins, Guaíçara e Promissão, e os usuários das mesmas.

1.1 Relato do trabalho realizado referente ao assunto estudado

a) Descrição do caso estudado.

a) Serão coletadas informações bibliográficas sobre a atuação da enfermagem frente à educação em saúde, haverá a correlação entre a teoria e a prática, evidenciada através de questionários com entrevista, em profundidade com perguntas abertas sendo semi – estruturado, para correlacionar a teoria científica com a prática da atuação assistencial do enfermeiro responsável, além de conhecer a opinião dos usuários da UBS.

b) Depoimentos dos profissionais, usuários.

1.2 DISCUSSÃO

Confronto entre teoria (referencial teórico dos primeiros capítulos) e a prática utilizada pela empresa ou entidade.

1.3 Parecer final sobre o caso e sugestões sobre manutenção ou modificações de procedimentos.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para o Enfermeiro da UBS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Formação: _____

Tempo de experiência: _____

Experiências profissionais atuais: _____

Cidade: _____ Estado: _____

II- PERGUNTAS ESPECÍFICAS

1. Descreva quais são as práticas de educação em saúde implementadas pelo Enfermeiro na atenção básica.
2. Em quais significados as práticas de educação em saúde estão fundamentadas?
3. Que sentidos as práticas de educação em saúde tem produzido na prática cotidiana do enfermeiro que atua na atenção básica?
4. Fale sobre os obstáculos encontrados para que se desenvolva educação em saúde na sua unidade de atuação.
5. Comente sobre as facilidades encontradas para que se desenvolva educação em Saúde na sua unidade de atuação.
6. Comente sobre a sua formação e a correlação desta com as praticas de educação em saúde vivenciada na sua realidade.
7. Você participou de alguma capacitação em serviço voltada para a Educação em Saúde? Relate quando ocorreu quem promoveu e quais foram às temáticas abordadas.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com o usuário presente na UBS

Nome: _____ Idade: _____
Formação: _____ Profissão: _____
Estado Civil _____
Experiências profissionais atuais: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Data: _____

- 1- Comente sobre as atividades de educação em saúde realizadas pelo enfermeiro nesta unidade.
- 2-Descreva sua avaliação sobre a atuação do enfermeiro nas ações de educação em saúde.
- 3-Comente sobre a influência das atividades educativas nas suas condições de vida e de saúde
- 4-Quais temas você acha importante para que seja discutido pelo enfermeiro na sua comunidade?

ANEXOS

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP / UniSALESIANO
(Resolução nº 01 de 13/06/98 – CNS)

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. Nome do Paciente:			
Documento de Identidade nº	Sexo:	Data de Nascimento:	
Endereço:		Cidade:	U.F.
Telefone:		CEP:	

1. Responsável Legal:			
Documento de Identidade nº	Sexo:	Data de Nascimento:	
Endereço:		Cidade:	U.F.
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc.):			

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título do protocolo de pesquisa:			
2. Pesquisador responsável:			
Cargo/função:	Inscr.Cons.Regional:	Unidade ou Departamento do Solicitante:	
3. Avaliação do risco da pesquisa: (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo).			
<input type="checkbox"/> SEM RISCO	<input type="checkbox"/> RISCO MÍNIMO	<input type="checkbox"/> RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/> RISCO MAIOR

4. Justificativa e os objetivos da pesquisa (explicitar):

5. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: (explicitar)

6. Desconfortos e riscos esperados: (explicitar)

7. Benefícios que poderão ser obtidos: (explicitar)

8. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: (explicitar)

9. Duração da pesquisa:

10. Aprovação do Protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética para análise de projetos de pesquisa em / /

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

1. Recebi esclarecimentos sobre a garantia de resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento do indivíduo.

2. Recebi esclarecimentos sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu tratamento.

3. Recebi esclarecimento sobre o compromisso de que minha identificação se manterá confidencial tanto quanto a informação relacionada com a minha privacidade.

4. Recebi esclarecimento sobre a disposição e o compromisso de receber informações obtidas durante o estudo, quando solicitadas, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando da pesquisa.

5. Recebi esclarecimento sobre a disponibilidade de assistência no caso de complicações e danos decorrentes da pesquisa.

Observações complementares.

IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pelo pesquisador, conforme registro nos itens 1 a 6 do inciso III, consinto em participar, na qualidade de paciente, do Projeto de Pesquisa referido no inciso II.

Assinatura

Local, / / .

Testemunha

Nome:

Endereço.:

Telefone .:

R.G.:

Testemunha

Nome:

Endereço.:

Telefone .:

R.G.:

ANEXO B

87



Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium - Araçatuba SP

UniSALESIANO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO UNISALESIANO

Ofício CEP- UniSALESIANO 104 /2010

Araçatuba – SP, 21 de outubro de 2010.

Prezado (a) Senhor (a),

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado “**A atuação do enfermeiro em Educação em Saúde: Uma perspectiva para a atenção básica**”, (353/2010), apresentado por Vossa Senhoria ao CEP- UniSALESIANO foi apreciado pelo referido Comitê, tendo sido considerado **APROVADO**.

Cordialmente,

Prof^a. Ms. Carla Komatsu Machado

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

UniSALESIANO de Araçatuba

Ilmo(a) Sr(a).

Prof(a). Viviane Cristina Bastos Amede - Orientador(a)

Departamento: Enfermagem

Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* – UniSALESIANO – Lins-SP.

