



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

RAFAEL ALVES PEREIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARTICIPAÇÃO
SOCIAL: ESTRATÉGIAS PARA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**

ARIQUEMES - RO

2012

RAFAEL ALVES PEREIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARTICIPAÇÃO
SOCIAL: ESTRATÉGIAS PARA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito à obtenção de título de bacharelado em Enfermagem.

Profª Orientadora: Esp. Silvia Michelly Rossetto

Profª Co-Orientadora: Drª Rosani Aparecida Alves Ribeiro Souza

Ariquemes – RO

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

RAFAEL ALVES PEREIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL:
ESTRATÉGIAS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito à obtenção ao Grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientadora: Silvia Michelly Rossetto

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof. Esp. Denise Fernandes De Angelis Chocair

Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Esp. Sharon Macline Fernandes Silva

Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, _____ de _____ de 2012.

ERRATA

Dedico este trabalho as pessoas que participaram de todo meu trajeto, do início do curso até aqui, sendo os mais importantes a minha família, principalmente os meus pais, Deusdete e minha mãe Leoni, e também a o meu irmão Matheus, onde sempre estiveram ao meu lado, me ajudando nos momentos mais difíceis e são importantes para que pudesse conquistar esse objetivo, pois sem eles jamais teria conseguido!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por te sido o meu protetor, ajudando-me nesta longa trajetória, nas avaliações, nos projetos, nos relatórios, sem Deus não conseguiria nada, jamais teria conseguido alcançar esta vitória.

Agradeço a minha mãe Leoni, por sua delicadeza, doçura e compreensão nos momentos em que me sentia fraco, com o apoio desta grande mulher pude, enfim, vencer.

Agradeço a minha família, a meu pai Deusdete, por sua dignidade, sua paternidade, por ter me apoiado muito, sendo uma pessoa extremamente importante na conquista de mais essa vitória.

Agradeço a meu irmão, Matheus, pelo companheirismo, pelo apoio e por ser também importante para alcançar meus objetivos.

Agradeço à Professora Helena Meika e ao Professor Airton Leite, que participaram de forma concisa e importante para o meu desenvolvimento, tanto como pessoal como profissional, dando-me oportunidades para crescer e confiando sempre na minha capacidade.

Agradeço a minha turma, que estiveram comigo nesses quatro anos, pelo companheirismo, pelo afeto e pela confiança em mim como colega de turma e como integrante desta maravilhosa 4^o turma de Enfermagem da FAEMA.

Agradeço a minha Professora orientadora Silvia Rossetto, onde admiro sua integridade como profissional e uma grande amiga que sempre pude contar.

Agradeço a Professora Rosani Alves-Souza, sendo minha grande parceira na elaboração de trabalhos e, mais do que isso, foi uma das principais pessoas que me estimulou a cada vez mais amar a saúde e sendo importante para o meu crescimento e desenvolvimento como profissional, além de uma grande amiga.

EPÍGRAFE

“Ninguém conhece as suas próprias capacidades
enquanto não as colocar à prova.”

PÚBLIO SIRO

RESUMO

A Promoção de Saúde é vista hoje como uma importante ferramenta para a diminuição dos riscos de adoecimento da população, onde a equipe multidisciplinar deve elaborar medidas de prevenção e proteção à saúde, a partir da necessidade de cada comunidade. A educação em saúde vem sendo compreendida como principal artifício para a conscientização da população, onde foi trabalhada no início do século XX e foi aprimorada ao longo do tempo, tendo por objetivo transmitir o conhecimento do profissional de saúde para a comunidade, tornando-os capazes de tomarem decisões sobre sua própria saúde. Foram utilizadas bases de dados em plataformas de dados eletrônicas (BVS, Scielo, LILACS) e acervo bibliográfico da Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA. Considera-se o enfermeiro como peça fundamental para o empoderamento da população, sendo importante a construção de um vínculo estreito entre enfermeiro/comunidade para que sejam trabalhadas as informações pertinentes a saúde, escolhendo a metodologia correta que pode ser utilizada com cada comunidade, de modo que a população seja capaz de decidir sobre sua saúde.

Palavras-Chave: Educação em Saúde, Promoção em Saúde, Empoderamento.

ABSTRACT

The Health Promotion is seen nowadays as an important tool for the reducing of the risks of illness of the population, where the multidisciplinary teams have to elaborate prevention measures and protection to the health, based on the need of each community. The education in health has been understood as the main scheme to the population's conscientization, where it was worked in the begin of the twentieth century and was improved over the time, aiming to transmit the knowledge of the health professional to the community, making them able to take decisions about their own health. There were used databases in electronic data platforms (BVS, SciELO, LILACS) and bibliographic heap of the Library Júlio Bordignon - FAEMA. The nurse is considered a fundamental key to the empowerment of the population, being important the construction of a close bond between nurse / community to be worked the information pertinent to the health, choosing the correct methodology that can be used in each community, so that the population can be able to decide on their health.

Keywords: Education in Health, Promotion in Health, Empowerment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

PS – Promoção de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

MRS - Movimento da Reforma Sanitária

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ONU – Organizações das Nações Unidas

SUMÁRIO

1. ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS.....	1
1.1 Ficha Catalográfica.....	1
1.2 Folha de Aprovação.....	2
1.3 Errata.....	3
1.4 Dedicatória.....	4
1.5 Agradecimentos	5
1.6 Epígrafe.....	6
1.7 Resumo	7
1.8 Abstract.....	8
1.9 Lista de Abreviaturas e Siglas.....	9
1.10 Sumário.....	10
2. Introdução.....	17
3. Objetivos	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4. Metodologia	14
5. Revisão de literatura	15
5.1 Aspectos históricos do surgimento da educação em saúde	15
5.2 A criação do sistema único de saúde.....	17
5.3 O enfermeiro trabalhando educação em saúde na estratégia de saúde da família	21
5.4 Estratégias para educação em saúde.....	24
6. Considerações Finais	26
7. Referências.....	28

INTRODUÇÃO

Uma das principais características da Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é a criação de equipes multidisciplinares que sejam capazes de atuar no sentido de atender com integralidade as populações, prestando uma assistência sempre delimitada por área geográfica, atendendo a população conforme sua contextualização social e demográfica, levando em consideração os aspectos culturais, econômicos, ambientais e políticos de cada local. (FERNANDES, 2010).

Segundo Roecker (2011) até o início do século XX, as ações educativas do setor saúde estavam voltadas totalmente para a área epidêmica, ou seja, apenas eram oferecidas informações pertinentes aos cuidados que a população deveria ter para evitarem qualquer tipo de contaminação, como por exemplo, o ensino de hábitos de higiene na prevenção de doenças infecto-contagiosas. Essa visão curativa e preventiva toma novo rumo a partir da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1945, no qual o termo que antes era chamado de Educação Sanitária passa a ter uma significância mais abrangente, passando a ser chamada de Educação em Saúde.

A Promoção de Saúde (PS) vem sendo entendida nos últimos vinte e cinco anos como um novo modelo de identificar e solucionar possíveis problemas que assolam as populações a décadas, tendo como principal propósito a articulação do saber técnico desenvolvido e dominado pelos profissionais da área da saúde com a população, ou seja, a transferência de informações de forma que a sociedade possa aderir e ajudar na construção de possíveis soluções para os problemas que emergem na sociedade atual. (CERVERA, 2011).

Conceitua-se Educação em Saúde um conjunto de práticas pedagógicas participativas, construtivas e transversais a vários campos de atuação, sendo construída e executada por vários atores da sociedade, entre eles a população-alvo, com o objetivo de sensibilizá-los na adesão de informações e projetos referentes à métodos que foram propostos. (ROCHA, 2008).

Quando a educação em saúde de fato consegue mobilizar um indivíduo ou um grupo para que possam ter autonomia de suas decisões e direitos, contribuem para a formação de um cidadão que tenha conhecimento de seus direitos e auxilia no crescimento e mudança na vida cotidiana das pessoas. (BRASIL. Ministério da Saúde. 2007).

Associada a ideia de *empowerment* comunitário, consideramos que a Educação é capaz de participar ativamente no desenvolvimento dos indivíduos, do momento em que nascem e durante toda a vida nos seus processos de busca de satisfação de suas necessidades. Este desenvolvimento ocorre nas relações sociais de forma difusa ou organizada, sendo por elas determinada e se traduzem como intervenção política e pode ser utilizada como ferramenta de dominação ou libertação. (CHAGAS, 2007).

A palavra *empowerment* é traduzida em português como “empoderamento” (apossar-se, conquistar) e em espanhol para “emancipación” (tornar livre, independente. Empoderamento significa tomada de controle, individual ou coletivamente, de suas vidas e do meio onde vivem, tornando possível a organização da comunidade para a sustentabilidade dos projetos de promoção à saúde. (MEIS, 2011).

A educação em saúde é um importante instrumento para a capacitação da comunidade na promoção de saúde, sendo extremamente importante que os profissionais de saúde e os usuários mantenham uma relação dialógica e aberta, no que diz respeito ao reconhecer o momento e a história de vida de cada indivíduo. Para desenvolver estas ações de educação em saúde, necessita-se que tenha o conhecimento das práticas educativas por parte dos profissionais, uma vez que se precisa atuar com equidade no desenvolvimento de ações para a construção individual e coletiva de saberes e práticas cotidianas. (CERVERA, 2011).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Destacar a importância do enfermeiro na equipe de Estratégia de Saúde da Família na participação social.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Resgatar os aspectos históricos das primeiras ações de educação em saúde;
- Descrever a criação do SUS, princípios e diretrizes organizativas e a importância da participação da população para o seu surgimento;
- Destacar a importância de o enfermeiro no gerenciamento das ações educativas e trabalhá-las com sua comunidade, sendo atores importantes no incentivo para a participação das decisões em saúde de seu município, bairro ou setor, fazendo jus ao direito de controle social estabelecido em lei;
- Descrever as principais estratégias e metodologias para a educação em saúde que o enfermeiro pode utilizar para trabalhar com a comunidade;

4. METODOLOGIA

Este estudo de revisão bibliográfica foi realizado no período de março à outubro de 2012 sendo realizado o tombamento bibliográfico no período de março a outubro de 2012, estruturado em Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no período de abril a outubro e apresentado no mês de novembro de 2012. Foram utilizados para a construção deste estudo artigos indexados e publicados em base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em plataforma da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e acervo referente ao tema na Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, em Ariquemes-RO. Foram utilizados os seguintes descritores conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) : Educação em Saúde, Promoção em Saúde, Empoderamento.

A pesquisa teve como critério de inclusão publicações referente ao tema do período de 2007 a 2012, sendo o critério de exclusão as publicações inferiores ao ano de 2007. Foram selecionados um total de 75 publicações sobre a temática, conforme os critérios de inclusão e exclusão. Destes, 25 (33%) foram utilizados para a construção dos elementos textuais do TCC, 1 cartilha do Ministério da Saúde e 2 livros disponíveis na Biblioteca Júlio Bordignon.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SURGIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O termo Educação em Saúde teve origem nos Estados Unidos da América no ano de 1909 como estratégias de prevenção de doenças. A conjectura que orientaram para a formulação desta proposta foi: (1) os hábitos corretos de vida são determinantes para uma boa saúde individual; (2) a falta de informação é o responsável pelo adoecimento da população; (3) a educação deve ser entendida como a transmissão de informações bem claras e de fácil compreensão, com instrumentos unicamente médicos. (ALVES, 2011).

Segundo Silva (2010) para analisar relação entre a educação, saúde e as práticas educativas, é necessário resgatar conceitos históricos para a compreensão de como se trabalhava educação em saúde. No plano histórico demonstra que a sucessão de métodos educativos não sofreu um processo evolutivo, mas sim eram planejadas as ações de educação em saúde conforme a necessidade de intervenção momentânea, principalmente da classe dominante. Assim, observa-se que as ações elaboradas antigamente e atualmente continuam a ser baseadas em cada período histórico, na intenção de manutenção da saúde, principalmente dos trabalhadores, para fins capitalistas.

Em meados do século XX, com o surgimento do paradigma cartesiano e a evolução da medicina, os papéis dos profissionais de saúde e dos trabalhadores da educação foram bem definidos, de forma que os primeiros incumbiram-se de desenvolver conhecimentos científicos que fossem eficientes no combate a doença, facilitando o diagnóstico e tratando os pacientes de uma forma mais rápida e segura. Os trabalhadores da educação eram responsáveis pela formulação de metodologias que tivessem a capacidade de mudar costumes e comportamentos. Essa idéia, além de dividir o conhecimento, não era eficiente para solucionar os problemas vividos pela população. (ALVES, 2011).

No final do século XIX e no início do século XX, o Estado viu-se obrigado a estruturar as primeiras intervenções de educação em saúde ampliadas às classes populares, principalmente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, no intuito de

combater as epidemias que assolavam a comunidade, como febre amarela, varíola e peste, trazendo transtornos e prejuízos aos comerciantes para a exportação de café. Desta forma, pela visão capitalista, estas epidemias ameaçavam os interesses do modelo agrário-exportador, pois devido a esse problema, vários navios mercantes deixavam de fazer escala no Brasil, desembarcando diretamente na costa da Argentina. (SILVA, 2010).

Antes de se considerar a educação em saúde como essência da assistência na Estratégia Saúde da Família (ESF), em meados do século XX no Brasil a educação baseava-se na prestação de orientações voltadas a situações de epidemias, ensinando apenas hábitos saudáveis a população, como higiene e mudança de condutas perante situações de adoecimento, sem considerar os determinantes que influenciam na saúde da população, como aspectos sociais, econômicos e origens estruturais. Essa concepção de educação em saúde começa a ser mudada a partir do surgimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1945, na qual a nomenclatura passa de educação sanitária para educação em saúde, sendo cada vez mais ampliado e adotando novos objetivos. (ROECKER, 2011).

No Brasil, a partir da década de 1970, a educação em saúde fortaleceu e se espalhou pelo país, pelas ações militares de profissionais de saúde, trabalhadores e movimentos comunitários que construíram essas ações de saúde mediante aos movimentos de educação popular existentes na época, vigentes desde o final da década de 1950. (VASCONCELOS, 2008).

Vale ressaltar a extrema importância da elaboração da Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizado na cidade de Ottawa, Canadá, no ano de 1974, que serviu como base para a elaboração das políticas públicas de saúde, fortalecendo a idéia de promoção de saúde. Nesta conferência, as ações comunitárias tiveram destaque, no que diz respeito a participação popular na tomada de decisões, estabelecimento de prioridades e na construção e implementação de estratégias para se atingir um nível de saúde que possa ser satisfatório. O documento reforça a idéia de educação em saúde, trazendo a tona o “empowerment”, ou seja, o empoderamento da sociedade na adesão de poder

político, técnica e de autonomia para atuarem em favor da saúde individual e coletiva. (MONTEIRO, 2010).

É de suma importância ressaltar que o campo da educação em saúde aponta para desafios de amadurecimento, distanciando-se das ações características do discurso higienista, saindo da concepção biologicista, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário para a valorização da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais. (CERVERA, 2011).

5.2 A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Brasil é um país em desenvolvimento que ao longo de décadas vem criando estratégias para estruturar e organizar seus sistemas de educação, economia e principalmente de saúde. Sendo um país de território privilegiado, os governantes têm o desafio de organizar esses setores cruciais do país, utilizando da melhor forma possível seus recursos, visando à garantia da qualidade de vida de sua população e assim adquirir status de país desenvolvido. (OHARA, 2008).

Em meados da segunda metade da década de 70, surgiram algumas propostas alternativas na tentativa de solução dos problemas no setor saúde, sustentada na Reforma Sanitária como parte da luta pela democracia e pela garantia dos direitos sociais à sociedade brasileira. (HORTA, 2009).

Segundo Sena (2011), a construção do SUS foi amparada pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que foi liderada, na década de 1980, por profissionais da área da saúde, sindicalistas e autoridades sociais, visando a concessão pelo governo de um órgão que fosse capaz de assegurar saúde para a população, de forma gratuita e com qualidade. É importante citar que nesse contexto existia a contraposição aos excessos da indústria de fármacos e de equipamentos hospitalares. Vale ressaltar que a prática liberal de profissionais da saúde, como médicos, dentistas, era um fator negativo a ser considerado para a instauração de uma das diretrizes que norteia o SUS, a universalidade no atendimento.

O surgimento do SUS foi construído sob o regime democrático, sendo inovação para as políticas sociais, com a idéia de garantir a toda a população o

direito a saúde. Na Constituição Federal, promulgado em 1988, a construção das diretrizes e conceitos do SUS foi baseada na idéia de importância de promover a saúde como direito garantido à população, sendo o Estado incumbido de garantir o acesso à saúde a todos os cidadãos. Sob o preceito “Saúde direito de todos e dever do Estado”, o governo tem por obrigação de garantir o acesso igualitário dos usuários ao serviço de saúde, sendo os serviços organizados e oferecidos de forma hierarquizada e manter uma gestão descentralizada, trabalhando cada indivíduo no seu contexto social. (MAIO, 2009).

Quando promulgada a Constituição Federal, que previu o direito à saúde de todos os indivíduos, pode-se concluir, deste modo, que gerou-se um desequilíbrio entre a oferta de serviços de saúde e a demanda da população, pois não existiu a etapa de preparação da administração pública para assumir as novas responsabilidades. A oferta de assistência à população era norteadada basicamente pelo viés curativo, onde se privilegiavam os serviços de atenção hospitalocêntrica. (VIEIRA, 2009).

Com o movimento de Reforma Sanitária e as discussões da VIII Conferência Nacional em Saúde, os conceitos de saúde, doença e educação se modificaram. O SUS, elaborado em 1986 e consolidado em 1988 pela nova Constituição Federal, apresentou uma modificação considerável nas relações entre os setores sociais e incluiu entre seus princípios norteadores a participação popular, a autonomia e o desenvolvimento da cidadania. Sendo assim, a educação em saúde passou a ser vista como uma importante estratégia de transformação social, devendo estar associada às lutas sociais e ser de responsabilidade das equipes de saúde. (ALVES, 2011).

O SUS foi criado a partir de força social, onde ocorreram manifestações de um conjunto de necessidades sociais de saúde, na exigência de garantir o direito de todo cidadão ao acesso à saúde, tendo a população um papel importante na construção do SUS. Dessa forma, o SUS se desenvolve embasado nos princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade e diretrizes organizacionais, como descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade. (BACKES, 2012).

Dos princípios doutrinários do SUS, a universalidade tem por função a liberdade de acesso à saúde, que são garantidos pelo governo, por qualquer cidadão, independente de idade, raça, condição sócio-econômica ou risco epidemiológico. Já a integralidade diz respeito a assegurar a população o direito ao uso de todos os recursos possíveis de saúde, sendo evitado qualquer tipo de desperdício por meio de normas explícitas que definem a saúde integral, aonde esta instância vem se expandindo cada vez mais, expandindo os programas de promoção e prevenção de saúde, ampliando a assistência curativa e tratamento, evolução nas ações e prestação de assistência de reabilitação, produtos de insumos destinados à saúde. (SENA, 2011).

No que diz respeito à equidade, perante o SUS todo cidadão têm direitos iguais e deve ser atendido conforme sua necessidade. Os serviços de saúde precisam considerar que em cada comunidade existem grupos que vivem de forma diferente, seja na forma de adoecer como nos costumes, problemas específicos, entre outros. Dessa forma, os serviços de saúde precisam trabalhar as necessidades peculiares de cada grupo, oferecendo mais a quem precisa e diminuindo as desigualdades. (ROCHA, 2008).

Conforme Ohara (2008), em relação às diretrizes organizativas, a descentralização tem por objetivo a municipalização da gestão de saúde de cada município, sendo ele responsável direto pela organização de seu sistema local de saúde (SILOS), levando em consideração em cada cidade o perfil epidemiológico, sanitário, político e cultural.

As estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) implantados em 1991 e 1994, respectivamente, nortearam a atenção básica e contribuíram para a organização e operacionalização do SUS, tendo estabelecido assim uma nova dinâmica em oferecer serviços de saúde à população. (HORTA, 2009).

Como estratégia de reformulação do modelo organizacional da atenção à saúde no Brasil e para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde criou, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo denominada inicialmente como Programa de Saúde da Família. A estratégia surgiu pela tentativa de repensar os padrões de pensamento e comportamento dos

profissionais e dos cidadãos. Organizada e distribuída em equipes de saúde da família com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a ESF buscou discutir e ampliar o tradicional modelo sanitário médico-curativista, trabalhando com equipes de saúde em conjunto com a população. (BACKES, 2012).

Segundo MEDEIROS (2010) a partir do ano de 2006, através da portaria nº 648/06, o PSF passou a ser denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), mudança que teve por objetivo fortalecer a idéia da Saúde da Família como eixo principal e estrutural da atenção básica e não somente como sendo mais um programa entre outros elaborados pelo Ministério da Saúde.

O PSF elaborado no Brasil teve como base os sucessos das experiências de países tais como Cuba e Canadá, onde tiveram a família como centro das atenções das ações em saúde, sendo copiada não somente pelo Brasil, mas por vários países europeus e sul-americanos. Organiza-se como porta de entrada do sistema os serviços de Atenção Básica à saúde, sendo reflexo de uma reforma mais ampla instituída pelo SUS. (OLIVEIRA, 2008).

Para o PSF, a família deve ser compreendida de forma integral, respeitando seu espaço social, conhecendo cada pessoa em seu contexto socioeconômico-cultural, reconhecendo que é na família que ocorrem interações com a sociedade e principalmente conflitos que assim, podem influenciar diretamente na saúde das pessoas. Sendo assim, o programa prevê que o profissional de saúde tenha conhecimento dos aspectos e peculiaridades de cada família, relacionado a sua dinâmica, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. (OLIVEIRA, 2007).

Rocha (2008) explica que participação social é a garantia constitucional de que a comunidade poderá participar da elaboração de políticas públicas em saúde e tendo o direito de acompanhar sua funcionabilidade, em todas as instâncias governamentais (municipal à federal). Essa participação deve acontecer em nível de conselhos de saúde, com representantes de usuários, profissionais da saúde e governantes, com poder deliberativo.

Em relação à regionalização e hierarquização, a prestação dos serviços de saúde é organizada conforme a prioridade do atendimento, onde os municípios organizam-se para estabelecer um fluxo ordenado dos usuários no sistema de saúde, equipando-se de arsenal tecnológico diferenciado, de acordo com o nível de atendimento a ser prestado, garantido e assegurando o acesso aos diferentes níveis de atenção por consequência resolvendo problemas de saúde de distintas complexidades. (OHARA, 2008).

5.3 O ENFERMEIRO TRABALHANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1994 a Organização das Nações Unidas (ONU) elegeu este período como o Ano Internacional da Família, assim, o Ministério da Saúde elabora no Brasil o PSF, baseados nas diretrizes norteadoras do SUS, tendo a família como o eixo principal nos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população observada. (MARQUI, 2010).

Como programa, a ESF teve início pela necessidade de reformulação das prioridades do Ministério da Saúde em relação às ações da Atenção Primária, sendo proposta principalmente para a reformulação da atenção à saúde no Brasil, visando a efetivação do SUS. Dessa forma, as ações de prevenção e promoção da saúde visam prestar uma atenção de forma integral, contínuo, equitativo e com resolutividade, por meio da prática humanizada. (MORETTI-PIRES, 2009).

A ESF visa à reorientação do modelo assistencial em saúde e é um projeto dinâmico e importante para o SUS. Além de uma nova idéia estrutural da atenção em saúde, os modos de trabalho da equipe multidisciplinar devem favorecer o estabelecimento de relações entre profissionais da saúde e usuários. A ESF tem como objetivo trabalhar com uma clientela específica, com foco na família, fortalecendo os vínculos de profissional-usuário. Assim, os profissionais precisam planejar suas ações pautadas na vivência de cada indivíduo e de sua comunidade, implementando novos referenciais e a organização de processo de trabalho. (MARQUI, 2010).

A enfermagem vem ampliando cada vez mais seu campo de atuação, tanto no âmbito nacional como internacional, assumindo um papel importante nas decisões de saúde, identificando as dificuldades vivenciadas pela população, principalmente na atenção primária em saúde, na promoção e proteção da saúde dos indivíduos e da comunidade em seu contexto social. (BACKES, 2012).

Sabe-se que o enfermeiro gerente de uma Unidade de Saúde da Família (USF) tem seu papel cada vez mais ampliado, aumentando suas responsabilidades sobre as múltiplas ações desenvolvidas na USF, onde podem sobrecarregá-lo e associando às dificuldades que surgem no dia-a-dia, pode tornar o processo de trabalho algo estressante. (VILLAS BÔAS, 2008).

Salienta-se que as ações educativas estão inseridas no trabalho dos profissionais da saúde, principalmente no do enfermeiro, cuja essência é o cuidado, o qual envolve um conjunto de ações, e a educação em saúde é um dos elementos centrais. (ROECKER, 2011).

O grande desafio que os trabalhadores em saúde possuem, principalmente os de enfermagem, diz respeito a necessidade de rever suas condutas frente aos novos paradigmas para desenvolver saúde, sendo crucial que o enfermeiro possa adotar novos métodos, instrumentos e metodologias para realizar suas ações em saúde. No PSF, a enfermagem possui papel importante na produção serviços de saúde a nível coletivo. Dessa forma, o enfermeiro precisa ser capaz de identificar os problemas que emergem em meio a comunidade pelo qual é responsável, trabalhando sempre suas ações numa relação de interdependência com outros profissionais da área. (VILLAS BÔAS, 2008).

Considera que a educação em saúde precisa ser desenvolvida e executada em todos os momentos e espaços numa sociedade, elaborando ações para a integralidade na assistência e criando atividades que sejam capazes de proporcionar a interação entre profissional-comunidade. (CERVERA, 2011).

Desta forma, a educação em saúde trabalhada pelo enfermeiro da ESF precisa estimular os indivíduos de sua comunidade a ter uma reflexão crítica, ética e problematizadora, despertando curiosidades, escutar e a dialogarem,

compartilhando informações para a construção de conhecimentos. (ROECKER, 2011).

É importante fortalecer a promoção de saúde através da educação em saúde, visando sempre o desenvolvimento de um olhar crítico dos indivíduos sobre o mundo, mesmo quando a realidade indica que o ritmo da vida ditado pela sociedade, que aparentemente é impossível de reverter, torna utópicas as diretrizes estabelecidas pelos conceitos de promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de doenças. (BACKES, 2008).

É indispensável relevar o aprendizado empírico do conhecimento sobre saúde do educando, provindo de sua vivência, de sua experiência estabelecidas em suas relações com a natureza e com os semelhantes, ou seja, apreensão das situações vivenciadas coletivamente, onde a partir desse conhecimento da realidade ele passa a desenvolver uma aprendizagem significativa. (BACKES, 2008).

A meta do modelo educativo tradicional em saúde vigente atualmente é transformar algumas condutas e comportamentos ditos como nocivos a saúde da população em comportamentos saudáveis pela transmissão de informações do profissional de saúde ao indivíduo, embasados na concepção de que a prevenção é melhor do que a cura, considerando as condutas individuais cruciais para seu adoecimento. (ROECKER, 2011).

Sobre a idéia de que a Educação pode ser um instrumento de dominação, Lefevre e Lefevre se colocam frente ao termo Educação para a Saúde, preferindo Informação para a Saúde, pois partem do princípio que o termo educar vem do latim *educare*, que significa conduzir, compreendendo que, através da Educação os indivíduos são conduzidos pelo profissional de saúde a adotarem comportamentos ditos como saudáveis, subsidiados pelas informações prescritas pelos profissionais, sendo que estas prescrições fortalecem e ajuda a reprodução do terreno sanitário como campo de poder. Em contra partida, a terminologia Educação em Saúde pode ser definida como instrumento de libertação, onde promove o *empowerment*, ou seja, o fortalecimento das populações para a tomada autônoma de decisões. (CHAGAS, 2007).

5.4 ESTRATÉGIAS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Considerando a saúde como produção social de vários condicionantes, a participação social de todos os sujeitos nas decisões em saúde é extremamente importante para obter melhorias na qualidade de vida da comunidade. Assim, para uma assistência humanizada, exige-se a criação de uma rede de diálogos entre o profissional e usuário, onde ambos tenham condições de atuar para decidir em saúde. (HORTA, 2009).

A saúde e a educação estão intimamente articuladas, pois são vistas como complementares e essenciais para a execução das ações na ESF. Saúde e educação não podem ser trabalhadas separadamente, necessitam caminhar juntas, atuando como práticas sociais. (FERNANDES, 2010).

Como estratégias de promoção à saúde, a práxis de Educação em Saúde, para a conscientização das responsabilidades individual e coletiva, deve-se utilizar metodologias de ensino que sejam efetivas, capazes de realizarem transformações no contexto social dos indivíduos, aumentando a capacidade de compreensão da complexidade dos fatores que determinam sua saúde. (MONTEIRO, 2010).

A articulação entre educação e saúde sob o ponto de vista da relação interpessoal, cuidado e respeito, se constitui como uma das mais ricas fontes de interdisciplinaridade. (FERNANDES, 2010).

Para realmente mudar determinada idéia ou conduta dos indivíduos, não basta apenas dar informações, mas sim é preciso garantir que a comunicação exista e seja eficiente. Porém, ressalta-se que a informação é importantíssima para o exercício da cidadania e sua ausência pode favorecer o surgimento de problemas sociais, principalmente no âmbito da saúde. (ROCHA, 2008).

Oliveira (2007) afirma que os profissionais de saúde necessitam de atitudes nas ações de saúde pautadas em respeito, ética e no compromisso em relação as famílias que são de sua responsabilidade, através da criação de vínculo de confiança e afeto, atuando de forma decisiva e importante na construção de hábitos e condutas saudáveis em ambiente familiar.

Dessa forma, a comunicação é produzir significados, conseguido pela troca de vivência e experiências, tanto individualmente como coletivamente. As técnicas de comunicação têm como objetivo estimular, sensibilizar e envolver o maior número de pessoas possível. Esses objetivos devem ser compreendidos e trabalhados da mesma maneira por todos os participantes de um mesmo grupo. (ROCHA, 2008).

Um dos grandes desafios que deve ser enfrentado pelos trabalhadores da ESF é de rever as práticas de educação em saúde mediante aos novos padrões, adotando novas visões e principalmente repensar a metodologia de trabalho para a educação em saúde. (CERVERA, 2011).

Outra questão extremamente importante quando trabalha-se educação em saúde é que para ensinar exige-se pesquisa para diagnosticar a situação educativa, conhecendo a realidade vivida e o déficit de conhecimento dos sujeitos de ação. Além disso, deve-se respeitar o conhecimento e saberes do educando, pois educação em saúde é o campo das relações interpessoais e sociais, onde se realizam práticas educativas que facilitem a adesão, compromisso e a autonomia dos sujeitos envolvidos nas ações educativas. (MALAGUTTI, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de educação não pode ser considerado sinônimo de transferência de conhecimento pela razão de que não existe um conhecimento feito e terminado, pois é suscetível de ser adquirido e transformado pelos educadores e em seguida, repassado aos educandos. Freire afirma que a educação a partir da simples transmissão de informações pode ser considerada como uma educação bancária, pois “quanto mais se exercitem os educandos no armazenamento dos depósitos de informações que lhe são feitos, tanto menos desenvolverão sua consciência crítica e assim, diminuirão a chance de serem novos transformadores de conhecimento e atuando como sujeitos ativos no processo de educação. (BACKES, 2008).

O enfermeiro precisa desenvolver competências, adquirindo conhecimentos, habilidades e atitudes em situações de trabalho, levando-o a articular a prática pedagógica de caráter emancipatório e dinâmico com a gerencia orientada pela situação social em que vive, na busca de um atendimento integral e de qualidade. (VILLAS BÔAS, 2008).

As ações educativas visam sempre capacitar a comunidade a serem autônomas em suas decisões de saúde e de terem o conhecimento das formas de enfrentamento do processo saúde-doença, sendo utilizada como articulação entre o conhecimento científico com os saberes populares, tendo o objetivo de traduzir a forma técnica dominada pelos profissionais de saúde para a forma popular, facilitando a compreensão da comunidade e estreitando a relação de confiança entre educador – educando. (CERVERA, 2011).

Mediante ao conhecimento dos trabalhadores e das práticas educativas elaboradas pelas equipes de ESF, a produção de saberes e ações devem atender ao indivíduo de forma integral, indo contra ao modelo hegemônico que atende ao indivíduo de forma esporádica e reducionista, devendo assim considerar o usuário como um todo, sendo este um sujeito biopsicossocial, dando-lhe autonomia em suas escolhas e ator principal para a construção da assistência à saúde. (PINAFO, 2012).

Para que os serviços de saúde possam promover a saúde, é necessário que possam desenvolver um trabalho com equipe multidisciplinar, onde os profissionais compreendam e ampliem cada vez mais sua visão de promoção à saúde, incluindo-se como autores críticos e sempre participantes do processo de construção das ações em saúde. (AGUIAR, 2012).

7. REFERÊNCIAS

SILVA, Cristina Maria da Costa. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Piracicaba SP: **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2539-2550, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500028&script=sci_arttext . Acesso em: 25 abril de 2012.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Brasília: **Rev. Bras. Enferm**, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000400011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 abril de 2012.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Uberaba MG: **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1547-1554, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700090&script=sci_arttext. Acesso em: 15 de março de 2012.

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. Maringá-PR: **Esc Anna Nery**, 15 (4):701-709, 2011 out-dez. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 de abril de 2012.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**; 25(7):1611-1613, jul. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700019. Acesso em: 08 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Brasília - DF, 2007; 160 p.

ALVES, Gehysa Guimarães, AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Canoas-RS: **Ciência & Saúde Coletiva**; 16(1):319-325, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034. Acesso em: 15 de março de 2012.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. Florianópolis, SC: **Interface - Comunic., Saude, Educ.**; v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=529197&indexSearch=ID>. Acesso em: 27 de abril de 2012.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; ALGEBAILLE, Eveline Bertino; VALLA, Victor Vicent. Victor Vincent Valla: pioneiro da pesquisa e formação acadêmica no campo da educação popular em saúde. Juiz de Fora – MG: **Rev. APS**; v.11, n. 3, p. 326-333, jul./set. 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=564409&indexSearch=ID>. Acesso em: 07 de abril de 2012.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. Brasília: **Rev. Bras Enferm.**; 63(3): 397-403, maio-junho 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=552865&indexSearch=ID>. Acesso em: 06 de junho de 2012.

ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão. **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

BACKES, Dirce Stein. et al. O papel Profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Rio de Janeiro, Brasil **Ciência & Saúde Coletiva**,; vol. 17(1): 223-230, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100024&script=sci_arttext. Acesso em: 08 de agosto de 2012.

HORTA, Natália de Cássia. et al. A Prática das equipes de Saúde da Família: desafios para a promoção de saúde. Brasília: **Rev. Bras. Enferm.**; 62(4): 524-9, julho , 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000400005&script=sci_arttext. Acesso em: 23 de julho de 2012.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de. et al. Caracterização das equipes de Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 44(4):956-61, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014. Acesso em: 21 de agosto de 2012.

OHARA, Elizabeth Calbuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

VILLAS BÔAS, Lygia Maria de Figueiredo Melo; ARAÚJO, Marize Barros de Souza; TIMÓTEO, Rosalba Pessoa de Souza. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. Natal –RN. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4):1355-1360, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400033. Acesso em: 15 de abril de 2012.

SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara da. A enfermagem como parceira solidária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Esc. Enferm, USP**, 45(Esp. 2):1792-6, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800027&script=sci_arttext. Acesso em: 14 de setembro de 2012.

MALAGUTTI, Willian; MIRANDA, Sonia Maria Rezende de. **Educação em Saúde**. São Paulo – SP. Phorte, 2010.

BACKES, Dirce Stein. et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1151-1157, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500009&script=sci_arttext. Acesso em: 15 de março de 2012.

PINAFO, Elisangela; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; GONZÁLEZ, Alberto Durán. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1825-1832, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700021&script=sci_arttext. Acesso em: 20 de setembro de 2012.

BACKES, Vania Marli Schubert. Et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. Brasília – DF. **Rev. Bras. Enferm.** 61 (6): 858-65, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=512134&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 de setembro de 2012.

CHAGAS, Maristela Inês Osawa; XIMENES, Lorena Barbosa; JORGE, Maria Salete Bessa. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. Brasília – DF. **Rev. Bras. Enferm.**; 60 (6): 645-50, Nov-dez 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600006. Acesso em: 13 de agosto de 2012.

VIEIRA, Fabíola Supino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1): 1565-1577, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800030&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 de setembro de 2012.

OLIVEIRA, Suenny Fonseca de; ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia & Sociedade**; 20 (2): 237-246, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=496133&indexSearch=ID>. Acesso em: 24 de setembro de 2012.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sônia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**; 41(1):65-72, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100009. Acesso em: 05 de outubro de 2012.

MEIS, Carla de. Cultura e empowerment: promoção à saúde e prevenção da Aids entre prostitutas no Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1437-1444, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700079. Acesso em: 06 de maio de 2012.

AGUIAR, Adriana Sousa Carvalho de; et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**; 46(2):428-35, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200022&script=sci_arttext. Acesso em: Acesso em: 25 de abril de 2012.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1521-1531, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064. Acesso em: Acesso em: 15 de março de 2012.