

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

NURSES' PERFORMANCE IN SOCIAL PARTICIPATION: STRATEGIES FOR HEALTH EDUCATION

Rafael Alves Pereira¹

Silvia Michelly Rossetto²

Rosani Aparecida Alves Souza³

Jessica de Sousa Vale⁴

RESUMO

A Promoção de Saúde é vista, atualmente, 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 é compreendida como principal artifício para a conscientização da população, surgida no início do século XX e 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. O presente estudo objetivou destacar a importância do enfermeiro da equipe de Estratégia de Saúde da Família no processo de participação social. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada através das bases de dados em plataforma eletrônicas (BVS, Scielo, LILACS) e acervo bibliográfico da Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA. Pode-se considerar o enfermeiro como peça fundamental para o empoderamento da população, sobretudo pela possibilidade de formação de vínculos estreitos para que sejam trabalhadas as informações pertinentes a saúde,

¹ Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Docente do Programa Tutoria e Nivelamento da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. E-mail: rafaelalves648@gmail.com.

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Paranaense – UNIPAR, Especialista em Terapia Comunitária pela Universidade Federal do Ceará – UFC e Especialista em Epidemiologia pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

³ Graduada em Odontologia pela Universidade do Oeste Paulista, Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Docente da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

⁴ Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Docente do Programa Tutoria e Nivelamento da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

mediante metodologia correspondente, de modo que a população seja capaz de decidir sobre sua saúde.

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

ABSTRACT

Health promotion is seen currently as an important tool to reduce the population of the risks of illness, where the multidisciplinary team should develop prevention and health protection measures, from the need of each community. Health Education is understood as the main device for public awareness, which emerged in the early twentieth century and improved over time, aiming to impart the knowledge of health professionals to the community, enabling them to make decisions about their own health. This study aimed to highlight the importance of nurses of the Family Health Strategy team in the process of social participation. This is a literature review, conducted through the databases in electronic platform (BVS, SciELO, LILACS) and bibliographic collection of Julius Library Bordignon - FAEMA. It can be considered the nurse as a key to the empowerment of the population, particularly for the possibility of forming close bonds to be worked relevant information to health by corresponding methodology, so that the public be able to decide on their health.

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

1. 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 as populações mediante o princípio da integralidade, prestando uma assistência 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⁽¹⁾.

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 evitar qualquer tipo de contaminação, a exemplo, 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⁽²⁾.

A Promoção de Saúde (PS) vem sendo entendida nos últimos vinte e cinco anos como um novo modelo de identificação e solução de 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⁽³⁾.

Conceitua-se Educação em Saúde como um conjunto de práticas pedagógicas participativas, construtivas e transversais a vários campos de atuação, sendo construída e executada por vários atores da sociedade, com o objetivo de sensibilizar a população na adesão de informações e projetos referentes à métodos que foram propostos⁽⁴⁾.

Quando este conjunto, 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 no cotidiano das pessoas⁽⁵⁾.

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⁽⁶⁾.

Segundo Meis⁽⁷⁾ 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.

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 a realidade 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⁽³⁾.

O objetivo geral deste estudo é destacar a importância do enfermeiro na equipe de Estratégia de Saúde da Família no processo de participação social, apontando seu papel no incentivo e estimulação à inclusão da comunidade nas decisões em saúde, resgatando os aspectos históricos das primeiras ações de educação em saúde, reforçando a participação social dentro da criação do SUS, princípios e diretrizes organizativas, bem como destacar a importância do enfermeiro no gerenciamento das ações educativas e algumas estratégias e metodologias para a Educação em Saúde no trabalho junto à comunidade.

Ao pesquisar sobre o assunto, percebeu-se que foram encontradas poucas literaturas que abordassem a importância do enfermeiro em trabalhar o empoderamento com sua comunidade, não apenas numa assistência direcionada e específica para um grupo, indivíduo ou condição patológica, mas sim num contexto geral com sua população, principalmente aos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, visto que sua essência está baseada no cuidado ao próximo e que deve possuir em seu processo de trabalho a capacidade de estimular a autonomia de todos.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de revisão bibliográfica realizado no período de março à outubro de 2012 através de 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, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) : Educação em Saúde, Promoção em Saúde, Empoderamento. A pesquisa teve como critérios de inclusão de referências publicadas de 2007 a 2012, disponibilizadas na íntegra, em língua portuguesa, e que abordassem a temática proposta. Já os critérios de exclusão consistiam em referências que não obedeciam ao delineamento temporal de publicação, que estivessem incompletas, em outro idioma e não fossem coerentes com o tema pesquisado. Foram selecionadas 75 publicações sobre a temática, conforme os critérios de inclusão e exclusão e destas foram utilizadas 28 referências, sendo 25 (89%) artigos, 2 (7%) livros disponíveis na Biblioteca Júlio Bordignon e 1(4%) cartilha do Ministério da Saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ITEM DE ALIANÇA NO DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE 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 orientou 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⁽⁸⁾.

Segundo Silva⁽⁹⁾ 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 ideia, além de dividir o conhecimento, não era eficiente para solucionar os problemas vividos pela população⁽⁸⁾.

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⁽⁹⁾.

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⁽²⁾.

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⁽¹⁰⁾.

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 ideia de promoção de saúde. Nesta conferência, as ações comunitárias tiveram destaque, no tocante à 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 ideia 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⁽¹¹⁾.

Segundo Cervera⁽³⁾, “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 puramente biológica, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário para a valorização da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais”.

3.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO ESPAÇO DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

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⁽¹²⁾.

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⁽¹³⁾.

Segundo Sena⁽¹⁴⁾, 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 à concessão pelo governo de um órgão que fosse capaz de assegurar saúde para a população, de forma gratuita e com qualidade.

O surgimento do SUS foi construído sob o regime democrático, sendo inovação para as políticas sociais, com a ideia de garantir a toda a população o direito a saúde. Na Constituição Federal (CF), promulgada em 1988, a construção das diretrizes e conceitos do SUS foi baseada na ideia 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 a garantia do acesso igualitário dos usuários ao serviço de saúde, sendo os serviços organizados e oferecidos de forma hierarquizada, mantendo uma gestão descentralizada, cuidando de cada indivíduo no seu contexto social⁽¹⁵⁾.

Com a promulgação da CF, a qual 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⁽¹⁶⁾.

Com o MRS 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 CF, 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⁽⁸⁾.

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⁽¹⁷⁾.

Dos princípios doutrinários do SUS, a universalidade tem por função a liberdade de acesso à saúde, garantida pelo governo, para qualquer cidadão, independente de idade, etnia, condição socioeconômico ou risco epidemiológico. Já a integralidade, assegura à 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, sendo que esta instância vem se expandindo cada vez mais, por meio de 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⁽¹⁴⁾.

Quanto 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. Dentro dessa perspectiva, os serviços de saúde precisam trabalhar as necessidades peculiares de cada grupo, oferecendo mais a quem precisa e diminuindo as desigualdades⁽⁴⁾.

Conforme Ohara⁽¹²⁾, tida como uma das 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, levando em consideração o perfil epidemiológico, sanitário, político e cultural.

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 (PSF). Tal mudança se deu no ano de 2006, por meio da Portaria nº 648/06, cujo objetivo foi fortalecer a ideia da Saúde da Família como eixo principal e estrutural da atenção básica⁽¹⁸⁾.

Assim, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991, a ESF norteou a atenção básica, contribuindo para a organização e operacionalização do SUS, tendo estabelecido assim, uma nova dinâmica em oferecer serviços de saúde à população⁽¹³⁾.

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, técnicos e auxiliares em saúde bucal 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⁽¹⁷⁾.

A ESF elaborada no Brasil teve como base o sucesso das experiências de países, tais como Cuba e Canadá, onde tiveram a família como centro da programação e atenção das ações em saúde, sendo replicadas não somente pelo Brasil, mas por vários países europeus e sul-americanos. Tal condição teve por finalidade organizar a porta de entrada do sistema de serviços de Atenção Básica à saúde, sendo reflexo de uma reforma mais ampla instituída pelo SUS⁽¹⁹⁾.

Nessa dimensão, a família deve ser compreendida de forma integral, respeitando seu espaço social, conhecendo cada pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural, reconhecendo que é na família que ocorrem interações com a sociedade e principalmente conflitos que assim, podem influenciar diretamente na saúde das pessoas. Nesse sentido, a estratégia prevê que o profissional de saúde tenha conhecimento dos aspectos e peculiaridades de cada família, relacionado à sua dinâmica, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas⁽²⁰⁾.

Rocha⁽⁴⁾ 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 resolubilidade, em todas as instâncias governamentais (municipal à federal). Essa participação deve acontecer em nível de conferências e 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, garantindo e assegurando o acesso aos diferentes níveis de atenção por consequência resolvendo problemas de saúde de distintas complexidades⁽¹²⁾.

3.3 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. Seguindo essa tendência o Ministério da Saúde do Brasil elaborou a ESF, baseada nas diretrizes norteadoras do SUS, tendo a família como o eixo principal nos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população observada⁽²¹⁾.

A ESF visa à reorientação do modelo assistencial em saúde e é um projeto dinâmico e importante para o SUS. Além de uma nova ideia 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⁽²¹⁾, prestando uma atenção de forma integral, contínua, equitativa e com resolutividade, por meio da prática humanizada⁽²²⁾

Segundo Backes⁽²³⁾, “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”.

No discurso de Roecker⁽²⁾, “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”.

O grande desafio que os trabalhadores em saúde possuem, principalmente, os de enfermagem, diz respeito à 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. 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 e serviços desenvolvidos na área de abrangência da USF, podendo sobrecarregá-lo frente às necessidades que surgem no dia-a-dia⁽²⁴⁾.

Na ESF, a enfermagem possui papel importante na produção de serviços de saúde destinados à comunidade. Assim, 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 integração com outros profissionais da área⁽²⁴⁾.

Considera-se 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⁽³⁾.

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, a escuta e o diálogo, de maneira a compartilhar informações para a construção de conhecimentos⁽²⁾.

É importante fortalecer a promoção de saúde através de práticas de educação em saúde, visando ao 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⁽²⁵⁾.

A meta do modelo educativo tradicional em saúde vigente 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⁽²⁾

É indispensável relevar o aprendizado empírico do conhecimento sobre saúde do educando, provindo de sua vivência, de suas experiências 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⁽²⁵⁾..

Sobre a ideia 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 ajudam a reprodução do terreno sanitário como campo de poder. Em contrapartida, 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⁽⁶⁾.

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⁽¹³⁾.

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⁽¹⁾.

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⁽¹¹⁾.

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⁽¹⁾.

Para, realmente mudar determinada ideia 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⁽⁴⁾.

Oliveira⁽²⁰⁾ afirma que os profissionais de saúde necessitam de atitudes nas ações de saúde pautadas em respeito, ética e no compromisso em relação às 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, conseguidos pela troca de vivências e experiências, tanto individualmente como coletivamente. As técnicas de comunicação têm como objetivo estimular, sensibilizar e envolver o maior número possível de pessoas. Esses objetivos devem ser compreendidos e trabalhados da mesma maneira por todos os participantes de um mesmo grupo⁽⁴⁾.

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 no exercício das práticas de educação em saúde⁽³⁾.

Outra questão extremamente relevante diz respeito ao diagnóstico da situação educativa, de forma conhecer a realidade vivida e o déficit de conhecimento dos sujeitos da ação. Assim, a Educação em Saúde é o campo das relações interpessoais e sociais, onde se realizam práticas educativas visando facilidades à adesão, compromisso e à autonomia dos sujeitos envolvidos nas ações inerentes⁽²⁶⁾.

4. CONSIDERAÇÕES

Entende-se que o SUS trouxe uma nova forma de pensar e fazer saúde, condição essa, que pode ser observada no processo de desenvolvimento da ESF, uma vez que esta dita novas possibilidades de atuação dos profissionais de modo muito mais competente e humanizado, nesse sentido, o enfermeiro em sua esfera de atuação não deve limitar-se apenas em trabalhar suas ações direcionadas a prevenção, tratamento e algum outro cuidado específico e direcionado à comunidade, mas sim estimular a população a decidir sobre sua própria saúde, dando-lhes liberdade e condições para que possam expressar suas dúvidas, dificuldades e ter papel incisivo na tomada de decisões em saúde.

Torna-se necessário a esse profissional 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 gerência orientada pela situação social em que vive, na busca de um atendimento integral e de qualidade⁽²⁴⁾.

As ações educativas visam sempre capacitar a comunidade a ser autônoma em suas decisões de saúde e de ter o conhecimento das formas de enfrentamento do processo saúde-doença, sendo utilizada como articuladoras entre o conhecimento científico e 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⁽³⁾.

Para que os serviços de saúde possam promover a saúde, é necessário que desenvolvam um trabalho com equipe multidisciplinar, onde os profissionais compreendam e ampliem cada vez mais sua visão de promoção à saúde, incluindo-se como atores críticos e participantes do processo de construção das ações e serviços em saúde⁽²⁸⁾.

Mediante ao conhecimento dos trabalhadores e das práticas educativas elaboradas pelas equipes de ESF, a produção de saberes e ações deve atender ao indivíduo de forma integral, indo contrária ao modelo hegemônico que atende ao indivíduo de forma esporádica e reducionista, devendo assim, considerá-lo como um todo, como um sujeito biopsicossocial, dando-lhe autonomia em suas escolhas e sendo ator principal na construção da assistência à saúde⁽²⁷⁾.

Considera-se que o processo de educação não pode ser tido como 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⁽²⁵⁾”.

REFERÊNCIAS

- 1- Fernandes, MCP; Backes, VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Brasília: Rev. Bras. Enferm, ;63(4): 567-73, 2010. Acesso em: 25 abril de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000400011&script=sci_abstract&tlng=p t.

- 2- Roecker, S; Marcon, SS. Educação em Saúde: uma Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. Maringá-PR: Esc Anna Nery, 15 (4):701-709, 2011 out-dez. Acesso em: 07 de abril de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400007&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 3- Cervera, DPP; Parreira, BDM; Goulart, BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Uberaba MG: Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1547-1554, 2011. Acesso em: 15 de março de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700090&script=sci_arttext.
- 4- Rocha, AA; Cesar, CLG. Saúde Pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.
- 5- Ministério da Saúde (BR). 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.
- 6- Chagas, MIO; Ximenes, LB; Jorge, MS. 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. Acesso em: 13 de agosto de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600006.
- 7- Meis, C. 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. Acesso em: 06 de maio de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700079.
- 8- Alves, GG, Aerts, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Canoas-RS: Ciência & Saúde Coletiva; 16(1):319-325, 2011. Acesso em: 15 de março de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034.
- 9- Silva, CMC; Meneghim, MC; Pereira, AC; Mialhe, FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Piracicaba SP: Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2539-2550, 2010. Acesso em: 25 abril de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500028&script=sci_arttext.
- 10- Vasconcelos, EM; Algebaile, EB; Valla, VV. 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. Acesso em: 07 de abril de 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=564409&indexSearch=ID>.
- 11- Monteiro, EMLM; Vieira, NFC. Educação em Saúde a partir de círculos de cultura. Brasília: Rev. Bras Enferm.; 63(3): 397-403, maio-junho 2010. Acesso em: 06 de junho de 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=552865&indexSearch=ID>.

12- Ohara, ECC; Saito, RXS. Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

13- Horta, NC; Sena, RR; Silva, MEO; Oliveira, SR; Rezende, VA. A Prática das equipes de Saúde da Família: desafios para a promoção de saúde. Brasília: Rev. Bras. Enferm.; 62(4): 524-9, jul-ago, 2009. Acesso em: 23 de julho de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000400005&script=sci_arttext.

14- Sena, RR; Silva, KL. A enfermagem como parceira solidária do Sistema Único de Saúde. Rev. Esc. Enferm, USP, 45(Esp. 2):1792-6, 2011. Acesso em: 14 de setembro de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800027&script=sci_arttext.

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

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

17- Backes, DS; Backes, MTS; Erdmann, AL; Büscher, A; Marchiori, MT; Koerich, MS. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. Ciência & Saúde Coletiva, 17(5):1151-1157, 2012. Acesso em: 15 de março de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500009&script=sci_arttext.

18- Medeiros, CRG; Junqueira, AGW; Schwingel, G; Carreno, I; Jungles, LAP; Saldanha, OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1521-1531, 2010. Acesso em: 15 de março de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064.

19- Oliveira, SF; Albuquerque, FJB. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Psicologia & Sociedade; 20 (2): 237-246, 2008. Acesso em: 24 de setembro de 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=496133&indexSearch=ID>.

20- Oliveira, RG; Marcon, SS. 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. Acesso em: 05 de outubro de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100009.

21- Marqui, ABT; Jahn, AC; Resta, DG; Colomé, ICS, Rosa, N; Zanon, T. Caracterização das equipes de Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev. Esc. Enferm. USP;

44(4):956-61, 2010. Acesso em: 21 de agosto de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014.

22- Moretti-pires, RO. 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. Acesso em: 27 de abril de 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nex tAction=lnk&exprSearch=529197&indexSearch=ID>.

23- Backes, DS; Backes, MS; Erdmann, AL; Büscher, A. 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. Acesso em: 08 de agosto de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100024&script=sci_arttext.

24- Villas boas, LMFM; Araújo, MBS; Timóteo, RPS. 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. Acesso em: 15 de abril de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400033.

25- Backes, VMS; Lino, MM; Prado, ML; Reibnitz, KS; Canaver, BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. Brasília – DF. Rev. Bras. Enferm. 61 (6): 858-65, 2008. Acesso em: 20 de setembro de 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nex tAction=lnk&exprSearch=512134&indexSearch=ID>.

26- Malagutti, W; Miranda, SMR. Educação em Saúde. São Paulo – SP. Phorte, 2010.

27- Pinafo, E; Nunes, EFPA; González, AD. A Educação em Saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1825-1832, 2012. Acesso em: 20 de setembro de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700021&script=sci_arttext.

28- Aguiar, ASC; Mariano, MR; Almeida, LS; Cardoso, MVLML; Pagliuca, LMF; Rebouças, CBA. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP; 46(2):428-35, 2012. Acesso em: 25 de abril de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200022&script=sci_arttext.