



EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DE ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

HEALTH EDUCATION AS PRACTICE OF NURSES IN FAMILY HEALTH STRATEGY

EDUCACIÓN EN SALUD COMO PRÁCTICA DE ENFERMEROS EN LA ESTRATÉGIA SALUD FAMILIAR

Mariana de Brito Oliveira¹, Edilma Gomes Rocha Cavalcante², Dayanne Rakelly de Oliveira³, Cícero Emanuel Alves Leite⁴, Maria de Fátima Antero Sousa Machado⁵

Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, que objetivou identificar os saberes e práticas de educação em saúde de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, entre novembro e dezembro de 2009. As entrevistas, realizadas com quinze enfermeiros em Crato, Ceará, Brasil, foram submetidas à análise de conteúdo. Identificaram-se quatro categorias: Concepção sobre educação em saúde; Planejamento das ações; Trabalho em parcerias; Limites e potencialidade na execução das ações educativas. As concepções de educação em saúde ainda refletem uma visão conservadora, mas a prática se mostrou positiva, pois prioriza diversos temas, utilizando recursos e espaços locais e envolvendo outros setores. As dificuldades foram relacionadas ao excesso de atribuições, a interação com determinados grupos e a descontinuidade das ações. Há necessidade de melhor articulação e organização do serviço de saúde na busca de parcerias com ênfase para interdisciplinaridade e intersectorialidade dirigidas a atividades de promoção da saúde.

Descritores: Enfermagem; Educação em Saúde; Programa Saúde da Família; Promoção da Saúde.

Descriptive, exploratory study, with a qualitative approach, which aimed at identifying knowledge and practice of health education of nurses from the Family Health Strategy, in November and December, 2009. The interviews, conducted with fifteen nurses in Crato, Ceará, Brazil, were subjected to content analysis. Four categories were identified: Conception on health education, Action planning, working in partnerships; limits and capability in implementing educational actions. The conceptions of health education still reflect a conservative view, but the practice was positive because it prioritizes several topics, using local resources and venues and involving other sectors. The difficulties were related to excessive assignments, interaction with certain groups and discontinuity of actions. There is the need for better coordination and organization of the health service in the pursuit of partnerships with emphasis on interdisciplinary and intersectoral activities aimed at health promotion.

Descriptors: Nursing; Health Education; Family Health Program; Health Promotion.

Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo, con objetivo de identificar los saberes e las prácticas educativas de enfermeros en la Estrategia Salud Familiar entre noviembre y diciembre de 2009. Las entrevistas, realizadas con quince enfermeras en Crato, Ceará, Brasil, fueron sometidas a análisis de contenido, identificándose cuatro categorías: Concepción de la educación en salud; Planificación de educación para la salud; Trabajo en sociedad; Límites y potencialidad en la ejecución de las acciones educativas. Las concepciones de educación en la salud aún refleja una visión conservadora, sin embargo, en la práctica educativa se buscó articular diferentes temas, utilizándose los recursos y espacios de la localidad e involucrándose diferentes sectores. Fueron dificultades de las actividades de promoción: sobrecarga de trabajo asistencial, interacción con ciertos grupos y discontinuidad de las acciones. Es necesario mejorar la coordinación y organización del servicio de salud, buscando alianzas, principalmente, interdisciplinarias e intersectoriales dirigidas a promover la salud.

Descritores: Enfermería; Educación en Salud; Programa de Salud Familiar; Promoción de la Salud.

*Extraído da monografia de conclusão do curso: Educação em saúde como ferramenta para a promoção da saúde: ações desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, 2010.

¹Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Independência. Independência, CE, Brasil. E-mail: mariana_debrito@yahoo.com.br

²Enfermeira, Doutora em Ciências, Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri. Crato, CE, Brasil. E-mail: edilma.rocha@yahoo.com.br

³Enfermeira, Mestre em Bioprospeção Molecular, Professora Assistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri. Crato, CE, Brasil. E-mail: ccb@urca.br, dayanne_rakelly@yahoo.com.br

⁴Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família. Salgueiro, PE, Brasil. E-mail: emanoelleite_ceal@yahoo.com.br

⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE, Brasil. E-mail: fatimaantero@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Em resposta às crescentes expectativas para um redirecionamento da saúde pública, aconteceu a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no ano de 1986, em Ottawa, Canadá, que a define como o processo de capacitação do sujeito para atuar na melhoria da qualidade de vida⁽¹⁾. Desde esta formulação inicial, o conceito de promoção da saúde ampliou-se e se constituiu em um modo de ver a saúde e a doença, dependentes de ações intersetoriais para reduzir as desigualdades sociais e iniquidades em saúde⁽²⁾.

Nesta direção, entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, destaca-se a relevância da educação em saúde como estratégia de promoção da saúde. Trata-se de um recurso que oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas em saúde⁽³⁾.

Considerando a educação em saúde uma prática a ser desenvolvida em vários níveis de assistência, mostra-se um importante recurso na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois compreende atribuição de todos os profissionais que integram esta equipe. Estudos reforçam que entre os membros da equipe, o enfermeiro tem desenvolvido ações de educação em saúde voltadas para o indivíduo, a família e a comunidade baseadas no conceito de promoção da saúde⁽⁴⁻⁶⁾.

Nesta perspectiva, a incorporação da educação em saúde às práticas da ESF, como processo de trabalho, representa o empenho da equipe de saúde que busca reconhecer a realidade da população, dar a devida atenção às suas necessidades sociais em saúde, em sua área de abrangência, além de atentar para a discussão entre si e a gestão. Esta prática social de construção de conhecimento em saúde pode contribuir para a autonomia das pessoas no seu cuidado, desde que estabeleça troca de conhecimentos e se configure como ato de criar e transformar a realidade, importante referência para possibilitar as mudanças das condições de vida e de saúde⁽⁷⁾.

Dessa forma, torna-se imprescindível despertar para uma nova prática na proposta da promoção da saúde. Para tanto, é fundamental que o setor saúde, especialmente a Enfermagem na ESF, embase a educação na transmissão de conhecimentos, porém que enfatize a perspectiva da construção de conhecimentos e de qualidade de vida por todos aqueles que a integram⁽⁵⁾.

Destaca-se que as concepções de educação em saúde que norteiam as práticas de saúde têm evoluído a partir dos saberes incorporados pelos profissionais. Assim, duas vertentes sinalizam o conceito de educação em saúde, a saber: o Modelo Hegemônico, que tem como enfoque o controle do processo saúde-doença realizado através da transferência de conhecimento em saúde para a comunidade, cujas mudanças comportamentais são normativas e prescritivas. Diferente deste, tem-se o Modelo Dialógico, em que as práticas de saúde buscam uma abordagem mais dialógica e emancipatória⁽⁸⁾. Nesta percepção, além da doença, outras dimensões da vida do indivíduo e seu contexto social, e a "emancipação social ocorre inerente ao processo de melhoria da qualidade de vida através da promoção da saúde individual e coletiva"^(5:322).

Com base no exposto, este artigo objetivou identificar os saberes e práticas de educação em saúde de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, entre novembro e dezembro de 2009.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado no município do Crato, pertencente à região metropolitana do Cariri, do Estado do Ceará, Brasil. Teve como cenário as Unidades Básicas de Saúde com ESF. No período da coleta compreendido entre os meses de novembro e dezembro de 2009, o município contava com 27 equipes de ESF, das quais 17 estavam situadas na zona urbana e dez na zona rural.

A pesquisa foi realizada com os enfermeiros das equipes da ESF, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar na ESF da zona urbana, devido à facilidade de acesso; se encontrar nesta atividade há no mínimo seis meses. Foram excluídos dois profissionais que estavam de férias no período da pesquisa.

A coleta de dados foi concretizada por meio de entrevista semiestruturada junto aos enfermeiros, após agendamento prévio. Essas foram gravadas, transcritas na íntegra e os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo. Esta técnica incide na explicação e sistematização do conteúdo das mensagens e na expressão destes, na qual os dados são arranjados de acordo com três etapas: a pré-análise; a exploração do conteúdo; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação⁽⁹⁾.

Após transcrições das entrevistas, realizou-se a leitura exaustiva, identificando os códigos semelhantes que foram agrupados em quatro categorias: Concepção sobre educação em saúde; Planejamento das ações; Trabalho em parcerias; Limites e potencialidades na execução das ações educativas e 14 subcategorias. Posteriormente, procedeu-se análise dos dados de acordo com a literatura consultada.

Os participantes foram identificados pela letra E correspondente à palavra enfermeiro, seguida do número de ordem de entrevista (ex. E1, E2...). A pesquisa respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre investigações envolvendo seres humanos, e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ) sob o número 2009_0236 FR 24713.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 15 enfermeiros da ESF, a maioria do sexo feminino (14), com idade entre 24 e 47 anos (média de 32,6 anos), com tempo de conclusão do

curso de graduação de três a 24 anos (média de 10,2 anos). Entre os 14 enfermeiros com especialização, 10 eram especialistas em saúde da família, todos na área de saúde coletiva. Em relação ao tempo de atuação, na ESF, variou entre 1,9 e 8 anos, com média de 2,6 anos. Treze enfermeiros receberam treinamentos específicos para educação em saúde em alguns dos programas que compõe a ESF e dois não realizaram nenhum tipo de treinamento.

Na análise dos resultados das entrevistas, ao desvendar imagens, sentimentos e significados dos entrevistados, emergiram aspectos comuns que favoreceram a elaboração de quatro categorias simbólicas e 14 subcategorias, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição das categorias e subcategorias empíricas dos saberes e práticas de educação em saúde de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Crato, Ceará, Brasil, 2009

Categorias	Subcategorias
Concepção sobre educação em saúde	Prevenção; Orientação para mudanças de comportamento; Capacitação da comunidade.
Planejamento das ações de educação em saúde	Priorização dos temas; Grupos e temas; Recursos utilizados; Espaços das ações educativas; Resultados das ações educativas.
Trabalhando em parcerias para promover a educação em saúde	Participação da comunidade; Participação de outros setores sociais.
Limites e potencialidades na execução das ações educativas	Interação da equipe de saúde; Excesso de atribuições do enfermeiro; Dificuldade de interação com determinados grupos; Descontinuidade das ações.

DISCUSSÃO

Concepção sobre educação em saúde

Nesta categoria, os participantes expõem suas concepções acerca da educação em saúde. A mesma foi composta por três subcategorias: prevenção, orientações para a mudança de comportamento e capacitação da comunidade.

Quanto ao entendimento de educação em saúde com enfoque na prevenção, os enfermeiros discorreram sobre os fatores de risco, as ações preventivas antes da instalação da doença, ao considerar que *educação em saúde é mostrar os fatores de risco e poder prevenir esses fatores* (E4). *Eu desenvolvo, porque acredito que só haverá promoção, a partir do momento em que a gente conseguir educar a população no sentido de prevenir, para que não seja acometido pela doença* (E12).

Tais concepções também foram evidenciadas em outros estudos, em que os enfermeiros da atenção básica relacionam educação em saúde ao processo de promoção e de prevenção de doenças, além de se reportarem ao modelo biomédico, em que a visão de saúde se encontra arraigada à ausência de doença⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Na subcategoria orientações para a mudança de comportamento, revela-se outra concepção da educação em saúde, que tem como ênfase a mudança de comportamento, alicerçada em orientações e transmissão de informações, mas, também, dirige para conscientização do autocuidado. Segundo as justificativas: *Eu acredito que seja toda e qualquer ação que a gente desenvolva, que desperte no indivíduo a conscientização do autocuidado, então é o conhecimento que ele ganha* (E9). *Promover saúde é tudo que você explica, para orientar tem que tentar fazer mudanças de comportamento* (E6).

Nos discursos dos enfermeiros, o conceito reforça o modelo hegemônico ao dar ênfase à transmissão do conhecimento, no qual o profissional de saúde detém o saber⁽¹²⁾ e acabam, posteriormente, responsabilizando os indivíduos pelo processo saúde-doença, partindo do pressuposto de que foram educados para se prevenir. No entanto, a educação em saúde deve ser um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais de seus problemas e, ao mesmo tempo, criar prontidão para atuar no sentido da mudança⁽¹³⁾.

Desta forma, é necessário que os enfermeiros ampliem a compreensão sobre educação em saúde, e se utilizem de estratégias que visem desenvolver uma visão crítica no indivíduo, de modo que estes possam ser participativos no processo de mudança, para que estas sejam significativas em seu cotidiano.

Na subcategoria capacitação da comunidade, os participantes se utilizam do discurso condizente com o conceito contemporâneo de promoção da saúde, o qual significa capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, a partir da educação em saúde. Nesse aspecto, tiveram destaque os condicionantes e determinantes sociais, bem como, a necessidade de inserir a população nessa participação mais ativa, segundo as falas a seguir: *... São essas trocas de informações e esse empoderamento da população em cima da saúde* (E5). *... Não envolve só a gente saber e passar para as pessoas como prevenir doença, mas também abrange o todo, saneamento básico, qualidade de vida, tudo, bem-estar familiar e renda. É uma soma social até você chegar à saúde* (E10).

Percebe-se que existe a compreensão, por parte dos enfermeiros, da necessidade de capacitação e autonomia do indivíduo e da comunidade, mas estas podem ser limitadas ou ampliadas a partir das práticas educativas instituídas e do modelo de educação em saúde utilizado. Reconhece-se este como um importante instrumento facilitador para a formação da comunidade e elemento favorável às ações de promoção da saúde. Logo, tem-se registrado a necessidade de se estabelecer uma relação dialógica, que permita interagir e reconstruir saberes e práticas cotidianas⁽¹¹⁾.

Acredita-se, pois na necessidade de melhor formação dos profissionais de saúde, para que valorizem as práticas educativas e participação da capacitação comunitária no processo de trabalho em saúde⁽¹⁴⁾. Assim, o enfermeiro deve compreender a participação popular como fundamento para o exercício da cidadania, que tem como elemento essencial o empoderamento da população, uma vez que o processo de capacitação habilitadora da comunidade busca fortalecer a construção da autonomia e cidadania no controle dos condicionantes e determinantes de saúde.

Planejamento das ações de educação em saúde

Esta categoria agrupa cinco subcategorias que versam sobre como os enfermeiros realizam as ações de

educação em saúde, desde a escolha dos temas, aos grupos assistidos, os locais em que acontecem, até os resultados dessas ações.

Na subcategoria priorização dos temas, os enfermeiros revelaram os critérios utilizados para selecionar os temas abordados nas atividades de educação em saúde. Estes são priorizados, levando-se em conta os indicadores epidemiológicos, o diagnóstico situacional, as sugestões dos agentes de saúde, a demanda do serviço ou a livre escolha dos usuários. São aspectos de relevância, pois visam ofertar práticas educativas condizentes com as reais necessidades da comunidade adscrita. *Pelos indicadores da área, a gente observa um número maior de gravidez na adolescência (E1). Pela demanda e pelo diagnóstico situacional da área a gente vê os principais acometimentos da área (E7). Os temas são de acordo com a necessidade que se percebe nas consultas e de acordo com a necessidade que a própria comunidade vem pedir para a gente (E11). Junto com os agentes de saúde a gente vê a necessidade. Eles sugerem o tema (E13)*

Em revisão de literatura, identificou-se que as atividades educativas foram agendadas de acordo a disponibilidade da comunidade. Os autores perceberam que as atividades educativas tiveram maior impacto e participação, quando executadas a partir de estratégias correspondentes às demandas e aos interesses específicos da cultura local⁽¹⁵⁾. Deste modo, percebe-se nas entrevistas, que os enfermeiros realizam suas práticas educativas em acordo com as necessidades locais e conseqüente demanda da comunidade, mantendo uma correlação com o disposto na literatura. Vê-se, portanto, a possibilidade de que as ações destes profissionais possam favorecer a melhoria dos indicadores de saúde.

A subcategoria grupos e temas trabalhados baliza que as ações de educação em saúde estiveram direcionadas para adolescentes, idosos e gestantes, também sendo incluídos os profissionais do sexo. Entre os temas mais abordados estiveram: DST/Aids, gravidez na adolescência, hipertensão, diabetes e pré-natal.

Ademais, outros assuntos, como direitos humanos, sexuais, reprodutivos e de cidadania foram abordados nos contextos locais. *A gente trabalha, com os adolescentes, esclarecendo o que são as DST/Aids, modos de prevenção, gravidez na adolescência e suas conseqüências (E14). Com o idoso eu trabalho hipertensão, diabetes e os cuidados (E3). Tenho grupos mensais de gestantes com palestras voltadas ao pré-natal, à criança e à mulher (E10). As que assumem ser (profissional do sexo) a gente faz um trabalho de sensibilização para virem ao posto, foram quatro meses e trabalhamos temas como direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos (E2). Esse ano a gente já trabalhou os direitos da mulher: direitos no trabalho, direito à saúde, de ter assistência médica, o direito de votar, de pleitear um cargo político focando a capacidade dela ser atuante (E8).*

Alguns dos achados apontam que os temas mais desenvolvidos nas práticas educativas foram definidos a partir dos grupos que são assistidos pela ESF. Neste sentido, a escolha do tema foi decorrente da escuta atenta às demandas. Assim, na atenção primária, os trabalhos com grupos direcionados têm representado uma alternativa para as práticas assistenciais, pois favorece a maior participação de todos e pode se constituir em vínculo. Assumir esta conformação requer dos profissionais de saúde maior envolvimento e utilização de referenciais, conhecimentos, habilidade de planejamento e atitudes com os grupos de atenção primária em saúde⁽¹⁶⁾.

Neste estudo, percebe-se que os enfermeiros têm direcionado suas ações educativas envolvendo grupos compostos por profissionais do sexo, além dos mais comumente trabalhados, na ESF, como os grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos. Assim, em uma perspectiva mais abrangente, também vale ressaltar que desenvolveram com os grupos formados por profissionais do sexo temas voltados para o exercício da cidadania.

Os enfermeiros revelaram que os recursos utilizados são os mais participativos para educar em saúde. Realizam a educação em saúde através de palestras, oficinas, rodas de conversa e abordagem individual. Utilizam recursos audiovisuais e

demonstrativos para enriquecê-las. As rodas de conversa, também citadas por alguns, valorizam as vivências dos usuários. *A gente trabalha com oficina e a construção do conhecimento, distribui papel madeira, eles escrevem o que sabem acerca do tema. No final, eu faço uma exposição teórica* (E4). *São mais palestras, mas tem oficinas* (E7). *Primeiro a gente faz a roda de conversa, para o grupo se conhecer e as deficiências, também, faço alguma dinâmica, exibição de vídeo, mas isso vai se construindo no grupo* (E11). *Trabalho de forma individual, onde dentro do consultório, após a consulta médica, a gente faz uma orientação sobre o autocuidado do paciente, quanto ao uso correto da medicação* (E5).

A utilização da educação popular em saúde rompe com a verticalidade da relação profissional-usuário. Ao valorizar as trocas interpessoais contrapondo-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais, o usuário se torna reconhecido como detentor de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado e capaz de desenvolver análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento⁽¹²⁾.

Nessa perspectiva, a subcategoria: espaços das ações educativas referem-se aqueles utilizados pelos enfermeiros para a realização das atividades educativas. Diante da ausência de um espaço na unidade de atendimento, os enfermeiros se utilizam dos diversos espaços disponíveis na comunidade, como escolas, igreja e outros. *No posto nós temos uma sala de reunião, e finalmente nós conseguimos as cadeiras* (E9). *Eu faço palestras nas escolas, na APAE...* (E6). *Falta a estrutura física, a gente não tem uma sala de educação em saúde que é importante, mas não é porque falta a estrutura física que você não vai fazer a promoção à saúde* (E14).

A utilização de outros espaços para realizar atividades educativas é uma forma de otimizar os espaços comunitários e garantir maior participação e troca de experiência entre os envolvidos. Isto tem ocorrido principalmente nas escolas, com a participação do enfermeiro, o que reforça seu papel educador para saúde⁽¹⁷⁾.

Na subcategoria resultados das ações educativas, procedeu-se o registro sobre como os enfermeiros

percebem e valorizam a prática educativa, a partir dos significados e das respostas reproduzidas pelos usuários, durante e posterior a este momento de interação, isto reforça o uso desta prática, conforme os seguintes relatos: *Eu noto que eles acabam absorvendo. Às vezes a gente acha que é besteira ficar falando e que eles não escutam, mas acabam prestando atenção, a gente percebe que vale a pena, tem efeito* (E1). *Eles estão mais conscientes, detém mais conhecimento e podem optar pelo uso do preservativo e se cuidar, ter o autocuidado, eu acho que isso aí é a coisa mais válida que tem* (E13).

Estes resultados também foram comuns a um estudo que investigou o discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no PSF⁽¹³⁾, no qual se identificou que a educação em saúde representa um instrumento do cuidado, que oportuniza a adesão de práticas de saúde, formação de vínculos e é reestruturante da relação com a vida⁽¹⁸⁾.

Trabalhando em parcerias para promover a educação em saúde

Esta categoria versa sobre a intersetorialidade e busca de parcerias. É composta por duas subcategorias: participação da comunidade e outros setores sociais.

A participação da comunidade em todo o processo da educação em saúde é referenciada pelos enfermeiros. O envolvimento da comunidade na realização das ações educativas, ou seja, provendo o local, os instrumentos ou na ajuda da formação dos grupos, potencializam o cumprimento da participação popular, responde a uma das diretrizes do SUS, conforme os depoimentos: *Com a ajuda da comunidade aqui a gente desdobra, a ACS traz o microfone, tem um rapaz que me empresta a caixa de som, uma senhora que tem um barzinho me dá as cadeiras e as mesas* (E12). *As facilidades são as parcerias, que eu consigo resgatar o público alvo que eu quero trabalhar naquele determinado tempo* (E6).

Reconhece-se que a formação do vínculo com a comunidade amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação de serviço. Assim, a utilização de potenciais da comunidade representa uma estratégia importante no processo educativo⁽¹⁹⁾.

A participação de outros setores sociais no processo de educação em saúde é vista como resultado dos esforços dos enfermeiros que buscam se articular aos grupos de jovens, escolas, universidades, conselhos, centros de referência de assistência social, além de outros setores. *Amanhã nós estaremos reunidos no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para pensar nas estratégias para fazer uma oficina com os alunos da escola e os agentes de endemias (E10). Você pode envolver outros atores que a comunidade pode ofertar como um grupo de jovens (E5). Eu sempre convido outras pessoas do conselho da mulher (E8).*

A Estratégia Saúde da Família é facilitadora de ações intersetoriais, apesar das dificuldades e desafios a serem conquistados, mas torna-se essencial para construir novos saberes, para o estabelecimento de uma nova visão frente aos problemas e ações de promoção de saúde⁽²⁰⁾. No presente estudo, percebe-se a interação intersetorial e de mobilização da comunidade realizada pelos enfermeiros, para responder à educação e à promoção da saúde, sendo estas condições sustentáveis para as práticas a serem desenvolvidas junto ao coletivo. Esta conduta intensifica a participação, estimula a autonomia dos sujeitos com vistas à transformação da realidade, favorecendo, portanto, o empoderamento da comunidade.

Limites e potencialidades na execução das ações educativas

Nesta categoria, aponta-se a operacionalidade das ações de educação em saúde, assim, como os problemas e os desafios enfrentados pelos enfermeiros. Foi construída a partir de quatro subcategorias: interação da equipe de saúde, excesso de atribuições do enfermeiro, dificuldade de interação com determinados grupos e descontinuidade das ações.

A subcategoria interação da equipe de saúde detém apenas as facilidades nas atividades educativas, sendo descrita pela boa interação entre os membros, principalmente, pelo engajamento dos ACS e técnicos de enfermagem nos trabalhos cotidianos da ESF. Além do apoio recebido pela Secretaria de Saúde, que

disponibiliza alguns recursos para a realização desta prática junto aos grupos ou à comunidade. Segundo os relatos: *Facilidade só os ACS que são muito interessados, quando a gente vai fazer uma ação de educação em saúde, eles participam demais (E11). Temos o apoio por parte da Secretaria de Saúde, em questão de panfletos, de materiais didáticos, pastas (E1). Eu tenho uma boa equipe, bons agentes de saúde que conseguem realmente trabalhar comigo (E7).*

A responsabilidade da concretização das práticas educativas nos serviços de saúde tem como componente indispensável, a participação de todos os membros da ESF. Isto demanda grande esforço dos profissionais no planejamento das atividades, para que sejam atrativas e atendam às necessidades dos usuários⁽¹⁹⁾. Desta forma, o enfermeiro necessita se instrumentalizar a partir de uma reflexão crítica das ações de educação em saúde e buscar mecanismos para ampliar e fortalecer a participação dos outros trabalhadores de saúde.

O excesso de atribuições do enfermeiro também foi apontado como empecilho para o desenvolvimento das ações educativas, justificada por falta de tempo, excesso de atribuições ou divergência entre as ações educativas e a produtividade. *Devido à grande demanda e a gente estar sempre em uma localidade diferente (E2). A gente tem muita burocracia para fazer, a enfermeira de PSF é o chefe do programa, é chefe de unidade, então fica complicado a gente ter mais essa responsabilidade de educação em saúde (E9). A maior dificuldade que eu acho é a integração da equipe, porque sozinha é muito difícil (E10).*

Quanto às limitações desta prática, as mesmas estão relacionadas à carência de planejamento, inadequado espaço físico, material educativo e insuficiente capacitação dos profissionais de saúde, uma vez que a educação para a promoção da saúde e da cidadania requer compromisso e apoio político local⁽²⁰⁾.

Desta forma, percebe-se que a atuação dos profissionais na saúde da família se torna fragmentada devido sobrecarga de atividades principalmente, para os enfermeiros. Isto corrobora para que os profissionais deixem de realizar atividades educativas e atuem exclusivamente de forma curativa. Entretanto, merece

ressaltar que a educação em saúde é uma atividade indispensável a ESF, e, portanto deve ser priorizada mesmo que implique na reorganização das atividades entre os componentes da equipe.

Na subcategoria dificuldade de interagir com determinados grupos, foram identificados os desafios para interagir e garantir a participação de alguns grupos da sociedade nas ações de educação em saúde, como por exemplo: grupos estigmatizados (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas). Outros motivos foram: resistência às atividades educativas pela comunidade, horários não compatíveis e a necessidade de ter atrativo/incentivo.

Percebe-se o esforço de alguns enfermeiros em incluir esses grupos, ao buscar realizar as atividades em outros espaços sociais, mas se deparam, também, com situações que despertam medo ou falta de habilidade em conduzir as ações, quando assistem aos usuários de drogas, conforme mostram as falas: *As dificuldades: as pessoas ainda são muito resistentes, você marca o dia, o local, elas não aparecem, ou seja, não há engajamento da população. Ao chegar à localidade, o pessoal quer chegar, ter uma consulta e ir pra casa* (E3). *Aqui tem o comércio de drogas e os vendedores podem entender que eu estou tentando acabar com o consumo e vou prejudicar o comércio deles* (E7). *Eu tive que me adaptar ao horário delas (profissionais do sexo), vinha para o posto fora do meu horário de trabalho* (E5). *A gente diz que vai ter sorteio, porque se não eles não vêm, principalmente adolescente, por isso eu prefiro ir à escola* (E13).

Os recursos disponíveis para atrair os usuários nas atividades de educação em saúde reforçam o clientelismo e o assistencialismo e, difere do atual modelo de educação em saúde que está pautado na participação habilitadora caracterizada por ser consciente e de espontânea vontade. Assim, a escolha de participar deve ser por opção de vivenciar a atividade educativa e não estimulada por qualquer mecanismo de barganha⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem ter habilidade para estimular a participação de grupos vulneráveis em atividades educativas devido às dificuldades que apresentam no acesso aos cuidados de saúde. Também, vale salientar a necessidade do

profissional de saúde ter apoio e segurança garantida pelos órgãos estatais, para trabalhar com temas que apresentem conflitos de interesse, a exemplo, o consumo de drogas ilícitas.

A subcategoria descontinuidade das ações refere-se à dificuldade que os enfermeiros têm para dar continuidade às ações de educação em saúde, tais como: ausência de organização, falta de apoio dos gestores, dificuldades operacionais para execução das ações sejam por falta de recursos necessários (materiais didáticos, cadeira, espaço físico) ou de incentivo e capacitação. Além da dificuldade em contar com a participação da equipe multidisciplinar na realização de tais atividades, segundo as falas a seguir: *As dificuldades: falta de apoio da Secretaria de Saúde, você às vezes quer fazer diferente, mas não tem apoio. Falta material didático, falta cadeira ...* (E6). *A maior dificuldade que eu acho é não integração da equipe, porque sozinha é muito difícil* (E11). *Eu acho difícil dar continuidade aos grupos e fazer educação em saúde* (E8). *Porque como eu tive uma formação totalmente voltada para hospital, eu tenho muita dificuldade fazer educação em saúde* (E12).

Estas são reconhecidas como barreiras de organização de processos de trabalho, seja pela grande demanda do serviço e, ainda, pela ausência de recursos técnicos para aperfeiçoar a comunicação entre ESF e usuários, como material didático e recursos audiovisuais⁽²¹⁾.

Sabe-se que a consolidação de um trabalho coletivo que agregue as especificidades de cada membro constitui, ainda, um grande desafio. No entanto, os profissionais devem considerar essenciais as responsabilidades no desenvolvimento de todas as atividades. Vale ressaltar que as demandas atuais de atenção à saúde exigem competências profissionais para a realização de ações de promoção da saúde⁽²²⁾.

Nesse sentido, acredita-se que deve haver um planejamento das atividades de educação em saúde que envolva a participação dos gestores locais e das ESF para o redirecionamento das práticas, de modo a promover a responsabilização de todos os profissionais

implicados no contexto da promoção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como base os saberes e as práticas da educação em saúde elaborados pelos enfermeiros, que atuam na ESF. Constatou-se que estes profissionais de saúde valorizam as práticas de educação em saúde e as incorporam em suas atividades cotidianas. Buscaram, ainda, por meio deste instrumento de cuidado, responder às necessidades subjetivas dos grupos e da demanda da área adstrita, mesmo diante das limitações presentes na equipe de saúde e no espaço local.

No entanto, segundo os relatos, identificou-se que na visão destes profissionais, a compreensão de educação em saúde está pautada no modelo tradicional, ao considerá-la como medida preventiva, com ações prescritivas, na transmissão de conhecimento e orientações para mudança de comportamento. O que expressa a necessidade de ampliarem a compreensão sobre educação em saúde como estratégia que valorize a participação do indivíduo e, que este processo seja significativo para fortalecer a construção de autonomia e cidadania.

Destaca-se o esforço dos enfermeiros ao priorizarem temas de interesses da ESF, da demanda do serviço e da livre escolha pelos usuários. E, ainda, que são condizentes com as linhas de cuidados recomendados na Atenção Primária à Saúde. Também, identificou-se a valorização e a otimização dos espaços públicos presentes, na comunidade local, para realizarem suas atividades educativas. Contudo, as atividades foram desenvolvidas, principalmente, por meio de palestras, com pouco enfoque na dinâmica de oficinas e rodas de conversa.

Ressalta-se, ainda, que os enfermeiros da ESF levantaram questões relacionadas ao processo de trabalho, referente à necessidade de envolver mais a equipe de saúde da família, a comunidade e a esfera

municipal de saúde nas ações de educação em saúde, para que essas ações se tornem interdisciplinares, participativas e atendam às propostas da promoção da saúde.

Identificou-se que os enfermeiros buscam trabalhar ações interdisciplinares e intersetoriais. No entanto, há um caminho a ser percorrido para efetivação do modelo de saúde aceito pela Atenção Primária à Saúde e nas práticas de promoção da saúde. Assim, ressalta-se a importância de toda equipe participar do planejamento, execução e avaliação das ações educativas, assim como, de outros setores além da saúde. Necessita-se de maior incentivo e direcionamento para que a educação em saúde emancipatória e dialógica torne-se efetiva.

O estudo assinalou obstáculos operacionais para oferta de atividades educativas, devido ao excesso de atribuições, falta de interação com alguns grupos, de materiais educativos, descontinuidade das ações e de apoio dos gestores. Nesta perspectiva, para o desenvolvimento de atividades educativas no cotidiano da ESF, se fazem necessárias a educação permanente da equipe de saúde e a reorganização dos processos de trabalho quanto à participação e responsabilizações de todos os envolvidos.

COLABORAÇÕES

Oliveira MB e Leite CEA contribuíram para a concepção, leitura, interpretação dos dados e leitura final para aprovação do artigo, realizaram a pesquisa de campo. Cavalcante EGR, Oliveira DR e Machado MFAS contribuíram para a concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de

Sundsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

2. Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(3):461-8.

3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

4. Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(3):341-7.

5. Rodrigues D, Santos VE. Health education in family health strategy: a review of scientific publications in Brazil. *J Health Sci Inst.* 2010; 28(4):321-4.

6. Colomé JS, Oliveira DLLC. Educação em Saúde: Por quem e para quem? Uma visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(1):177-84.

7. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(1):319-25.

8. Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface.* 2006; 10(19):131-47.

9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

10. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rêgo RM, Passos MLL. Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(3):610-5.

11. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(Supl. 1):1547-54.

12. Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilar KSM. O Discurso do Enfermeiro sobre a Prática Educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev APS.* 2008; 11(1):54-61.

13. Vila CD, Vila VSC. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15(6):1177-83.

14. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS* 2009; 12(2):221-7.

15. Siston AN, Vargas LA. O enfermeiro na escola: práticas educativas na promoção da saúde de escolares. *Enfermería Global.* 2007;11:1-14.

16. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(2):257-63.

17. Machado MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(4):2133-43.

18. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Coletiva,* 2010; 15(sup.1):1827-1834.

19. Rumor PCF, Berns I, Heidemann ITSB, Mattos LHL, Wosny AM. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(4):674-80.

20. Trigueiro JVS, Silva ACO, Gois GAS, Almeida SA, Nogueira JÁ, Sá LD. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. *Cienc Cuid Saúde.* 2009; 8(4):660-6.

21. Machado MFAS, Vieira NFC. Health education: the family health teams' perspective and clients' participation. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(2):174-9.

22. Higarashi IH, Roecker S, Baratieri T, Marcon SS. Ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto aos adolescentes no Programa Saúde da Família em Maringá/Paraná. *Rev Rene.* 2011; 12(1):127-35.