

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

JÉSSICA CARLA FELIZARDO THEOTÔNIO

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO BREJO
PARAIBANO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Cuité/PB

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

JÉSSICA CARLA FELIZARDO THEOTÔNIO

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO BREJO
PARAIBANO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Cuité/PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

T397p Theotônio, Jéssica Carla Felizardo.

Percepção de profissionais da estratégia saúde da família de um município do Brejo Paraibano sobre educação em saúde. / Jéssica Carla Felizardo Theotônio. – Cuité: CES, 2015.

71 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso.

1. Estratégia saúde da família. 2. Educação em saúde. 3. Percepção profissional. I. Título.

CDU 614

JÉSSICA CARLA FELIZARDO THEOTÔNIO

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM
MUNICÍPIO DO BREJO PARAIBANO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Saúde Coletiva.

Orientadora: Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso

Cuité/PB

2015

JÉSSICA CARLA FELIZARDO THEOTÔNIO

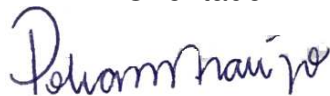
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM
MUNICÍPIO DO BREJO PARAIBANO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
obrigatório para obtenção de título de Bacharel em
Nutrição, com linha específica em Saúde Coletiva.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Msc. Vanille V. B. P. Cardoso
Universidade Federal de Campina Grande
Orientador



Prof. Msc. Poliana de Araújo Palmeira
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Esp. Márcia Gabriela Messias Borges Pimentel
Prefeitura Municipal de Cabedelo
Examinador

Cuité/PB
2015

Dedico este trabalho especialmente,

Aos meus pais, Jorge e Mirian,
a minha irmã Clara,
aos meu avós maternos Estela e Antônio Felizardo,
e a minha avó paterna Maria Rodrigues (*in memoria*)!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela sopro divino da vida e pela sabedoria em todos os momentos.

A minha *família*, especialmente aos meus pais e minha irmã, pelo amor e incentivo incontestável.

Ao meu namorado, Matheus Meira, pelo carinho imensurável e parceria.

Aos *meus professores*, especialmente, a minha orientadora, Vanille Cardoso, por toda dedicação e zelo junto à mim, durante a construção desse trabalho.

A *Equipe de Saúde da Família*, pela cordialidade e disponibilidade em participar da pesquisa.

A *Prefeitura Municipal de Areia*, na figura da Secretaria Municipal de Saúde, pelo alva à realização da pesquisa.

As minhas *amigas de turma*, especialmente, Layse Araújo, Laysa Nobrêga, Danielle Dias e Luiza Azevedo, pelo companheirismo durante esses cinco anos de curso.

A todos os *funcionários do Centro de Educação em Saúde*, que de algum modo contribuíram para minha formação acadêmica.

RESUMO

THEOTÔNIO, J.C.F. **Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família de um Município do Brejo Paraibano sobre Educação em Saúde.** 2015. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

A educação em saúde pode ser entendida como um campo de prática do setor saúde, relacionado diretamente com a criação de vínculos e construção coletiva de saberes entre a equipe multiprofissional e a comunidade, considerando os contextos sociais, econômicos e culturais de cada território. Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um redesenho de modelo assistencial, ressaltando a importância do vínculo com a lógica de linhas de cuidado em que todo cidadão tem o direito de ser cuidado integralmente por uma equipe multiprofissional, sendo também produtor de corresponsabilidades com o serviço. Diante disso, o objetivo central desta pesquisa foi de analisar a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família a respeito da educação em saúde e sua efetivação na prática cotidiana, em Areia (PB). A pesquisa apresentou caráter transversal observacional de abordagem qualitativa descritiva, utilizando-se o método de Análise de Conteúdo, como procedimento específico para interpretação dos dados. Desse modo, para materializar as informações, foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas individuais com áudio gravado, com os profissionais atuantes em uma ESF específica do referido município. A partir dos dados obtidos, abstraiu-se quatro eixos para discussão e análise: caracterização dos profissionais; sentimentos relacionados ao trabalho e atuação profissional; percepções sobre educação em saúde e processo de trabalho em saúde. Verificou-se que os sujeitos estão convictos e satisfeitos com suas atuações profissionais, compreendendo a educação em saúde, como um instrumento transformador e emancipador para a promoção da saúde na comunidade e no município como um todo, além de a considerarem, ferramenta crucial de engajamento e crescimento conjunto da equipe, contudo, sua efetivação prática no serviço, ainda é dificultada por uma soma de fatores, desde de tarefas burocráticas, a própria aceitabilidade e participação da população nas ações até o comprometimento de todos os membros da equipe e dos gestores de saúde municipais, porém é válido destacar que os sujeitos também

consideram o vínculo e proximidade com a comunidade, como elementos potencializadores do processo educativo em saúde. Destarte, espera-se que esta pesquisa propicie uma reflexão crítica a respeito do temática dentro dos processos de trabalho observados nos serviços de Atenção Básica, possibilitando que profissionais, enxergue-a por diferentes ângulos, e baseados em relações dialógicas e na valorização do saber popular, reformulem práticas e ações, tornando-as universais, integrais e equânimes diante da realidade de cada comunidade assistida.

Palavras-chaves: Educação em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Percepção Profissional.

ABSTRACT

THEOTÔNIO, J.C.F. **Health Strategy Professionals Perception family of a city of Paraíba Health of Health Education** . 2015. 70f . Work Completion of course (Undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande , Cuité , 2015 .

Health education can be understood as a health sector practice field, directly related to the creation of links and collective construction of knowledge in the multidisciplinary team and the community, considering the social, economic and cultural needs of each territory. In this perspective, the Family Health Strategy (FHS) is presented as a redesign of care model, emphasizing the importance of the link with care lines of logic in which every citizen has the right to be fully cared for by a multidisciplinary team, with also co-responsibilities producer with the service. Thus, the main objective of this research was to analyze the perception of professionals of the Family Health Strategy regarding health education and its implementation in everyday practice in Sand (PB). The research was observational transversal descriptive qualitative approach, using the content analysis method, such as specific procedure for data interpretation. Thus, to materialize the information, there were ten individual semi-structured interviews with recorded audio, with professionals working in a specific ESF that municipality. From the data obtained, abstracted-four axes for discussion and analysis: characterization of professionals; feelings related to work and professional practice; perceptions of health education and health work process. It was found that the subjects are convinced and satisfied with their professional performances, including health education, as a transformer and emancipatory tool for health promotion in the community and the city as a whole, and to consider crucial tool of engagement and set the team growth, however, its practical effectiveness in service, is still hampered by a sum of factors ranging from bureaucratic tasks, the very acceptance and participation of people in actions to the commitment of all members of staff and managers municipal health, but it is valuable to note that the subjects also consider the bond and closeness to the community, as improvers elements of health education process. Thus, it is expected that this research triggers a critical reflection on the theme within the work processes observed in the primary care services, enabling professional,

sees it from different angles, and based on dialogic relations and promotion of popular knowledge, reformulate practices and actions, making them universal, comprehensive and equitable on the reality of each community attended.

Keywords: Health Education. Health Strategy for the Family. Professional Perception.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Nível de escolaridade dos profissionais da ESF Juvenal Espínola, Areia - PB.....	30
Quadro 2 – Tempo Transcorrido entre o término dos estudos e a atualidade dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família, Juvenal Espínola, Areia-PB.....	32

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica a Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	17
3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
3.3 ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	24
4 METODOLOGIA	27
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	27
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	27
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	27
4.5 COLETA DOS DADOS	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE	68
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO NORTEADOR DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	69
APÊNDICE B - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	71

1 INTRODUÇÃO

A educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem, cuja finalidade maior é a promoção da saúde e qualidade de vida, tendo como interlocutores participativos desse processo, os profissionais de saúde e a comunidade assistida (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007). Desse modo, todos os saberes, sejam populares ou científicos, devem ser considerados, para que efetivamente haja a construção de um conhecimento crítico e passível de execução por ambas as partes, na busca pela saúde.

Machado et al (2010) reafirma esse conceito, explanando que ao se fazer uso da comunicação, são conferidos às pessoas saberes e aptidões, para que as mesmas façam melhores escolhas para sua própria saúde, gerando uma consciência crítica, e tomadas de decisão coerentes com suas realidades, reconhecendo os elementos que influenciam o processo saúde-doença, baseados na interação harmoniosa com a cultura popular.

Desde sua consolidação e implementação, o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe no seu arcabouço normativo apontamentos sobre a importância da inserção da educação em saúde, como ferramenta profilática e promotora de saúde, devendo ser efetivamente utilizada pelos serviços de saúde, em conjunto com a comunidade. Mediante a amplitude de ações, práticas e intervenções oriundas da educação em saúde, o Ministério da Saúde (MS) a elencou, como uma das atribuições básicas e essenciais da Equipe de Saúde da Família. Portanto, é prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe o desenvolvimento direto ou indireto de ações educativas dentro da rede de serviços de saúde, independentemente da complexidade desses (BRASIL, 2007).

Assim, a educação em saúde necessita ultrapassar o domínio técnico-científico, e estender-se pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas que contribuam à elevação da qualidade de saúde de todos os envolvidos. E através da incorporação da educação de modo permanente torna-se imprescindível a adoção de um projeto de atenção integral para e com a população, possibilitando dessa forma, sua participação ativa no processo educativo em saúde. Dentro dessa perspectiva, as ações de saúde são percebidas como processos de “simbiose”, de construção de saberes em

que, tanto profissionais como usuários aprendem e ensinam, por meio de um diálogo aberto do conhecimento (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dentro desse enfoque, a educação em saúde, emerge como um instrumento prático e capaz de propiciar melhorias à saúde e ao autocuidado dos indivíduos, por ultrapassar os limites da assistência curativa e priorizar intervenções preventivas e promocionais, sendo fundamental para isto, a construção de um modelo assistencial alternativo e dialógico, capaz de acumular “experiências contra-hegemônicas”, tendo como alicerce o princípio do SUS, da integralidade, que defende o reconhecimento dos usuários como sujeitos plenos de saberes. Neste sentido tal modelo colabora para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos indivíduos e na humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis e eficazes (ALVES, 2005).

Contudo, para que os profissionais componentes das equipes de saúde estruturem as ações educativas, atuando como mediadoras do processo, os mesmos necessitam compreender e estar preparadas para tal ação. Deste modo, as concepções sobre educação em saúde dos profissionais, especialmente daqueles atuantes na Atenção Básica a Saúde (ABS), a qual é considerada porta de entrada principal do SUS, precisam ser refletidas e analisadas, a fim de se apreender o olhar de como esses se relacionam com os seus instrumentos de trabalho e com o território de atuação, possibilitando o entendimento a respeito do seu pensamento sobre a produção do cuidado com base no processo educativo em saúde (PINAFO et al., 2011).

É a partir desse modelo crítico e dialógico sobre o papel da educação em saúde, para a melhoria da qualidade de vida da população, que justificou-se a necessidade de desenvolvimento desse trabalho. Como futura profissional de saúde consciente da postura de educador inerente a profissão, foi feita a opção de analisar a percepção a respeito da educação em saúde dos profissionais já atuantes na rede básica de saúde de um município do brejo paraibano, na tentativa de também entender como esses enxergam a efetivação prática do trabalho educativo e multiprofissional para o bem da comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família, do município de Areia, Estado da Paraíba, atuantes na Unidade de Saúde da Família Juvenal Espínola Filho, a respeito da educação em saúde e sua efetivação na prática cotidiana.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o olhar dos profissionais, a respeito de práticas educativas na área da saúde;
- Identificar as ações e/ou práticas educativas desenvolvidas no serviço;
- Relacionar a formação e/ou capacitação profissional com as práticas educativas executadas;
- Analisar a compreensão dos profissionais sobre a constituição de equipe e sua relevância para o trabalho educativo.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde foi criado e consolidado a partir de negociações expressivas entre órgãos civis e políticos, apoiados pelo movimento da reforma sanitária. Todavia, o período antecedente a sua criação, foi marcado por uma longa fase de discussões sobre politização da saúde, articulando debates entre movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e parte do Parlamento. Assim, essa batalha travada por este conjunto de atores possibilitou que na Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 – Título VIII, da Ordem Social; Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da Saúde, artigos 196 a 200, o SUS fosse de fato legitimado, e tendo as Leis n. 8.080 e n. 8.142, de 1990, como suas bases jurídicas, constitucional e infraconstitucionais, respectivamente. Nessa configuração, foi incorporada uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência (BRASIL, 2011; PAIM, 2013).

O processo inicial de implementação do SUS foi repleto de ambiguidades, avanços e dificuldades. As transformações estruturais vivenciadas, ao longo do processo evolutivo, são notórias e relevantes, cada qual situada em fases distintas de modernização dos setores produtivos do Brasil. A inclusão tornou-se o carro chefe na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, mediante a reformulação do arcabouço constitucional, onde ficaram inscritos como princípios doutrinários desse novo sistema: a universalidade, equidade e integralidade das ações, a fim de garantir a qualquer cidadão, em território nacional, atendimento na rede de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2003).

Cada serviço componente desse complexo sistema foi sendo moldado e reestruturado diante das necessidades de adequação aos princípios e diretrizes norteadores. Desse modo, o desenvolvimento e fortalecimento da Atenção Básica a Saúde, tornou-se mais evidente, sendo caracterizada como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, acoplado a

sua estrutura os conceitos de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo central de desenvolver uma atenção integral aos usuários, com impacto direto na situação de saúde e autonomia dos mesmos. Sendo desenvolvida através de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, direcionado a populações de territórios definidos, assumindo-se a responsabilidade sanitária e considerando a dinamicidade existente no território. É necessária a utilização de novas tecnologias de cuidado variadas, como auxílio ao manejo das demandas e necessidades de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de toda a comunidade (BRASIL, 2012).

E perante essa nova conjuntura, a qual preza oferecer atenção universal, integral e equânime aos usuários, emergiu a importância da educação em saúde, como elemento produtor de saber coletivo, comportando-se como instrumento determinante para autonomia do indivíduo, possibilitando que cuide de si e da sua família de modo consciente e crítico, pautado no diálogo educativo com os serviços de saúde.

De tal modo, na estrutura normativa do Sistema Único de Saúde, o conceito de educação em saúde encontra-se atrelado, especialmente, ao conceito de promoção da saúde, pois ressalta a importância da participação de toda a população, e não apenas dos indivíduos mais vulneráveis a doenças. Essa visão propicia o entendimento da saúde, como sendo um estado positivo e dinâmico de bem-estar, levando-se em conta aspectos físicos, mentais, ambientais, pessoais, culturais, econômicos e sociais. (MACHADO et al., 2007).

Somente identificando-se as necessidades básicas de cada território é que a população alcançará um nível adequado de saúde, e é justamente esse o enfoque que o SUS traz sobre educação em saúde. Ressaltando que a efetivação de ações educativas é considerada potencializadora de mudanças comportamentais, de práticas e atitudes da comunidade (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Assim, a educação em saúde atua com grupos populacionais ou individualmente, com ênfase na troca de experiências e olhares sobre determinada realidade. A partir dessa lógica, é totalmente viável a construção crítica e coletiva dos participantes, obtendo-se como resultado desse processo, a “promoção da autonomia de cada pessoa via educação” (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007)

3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sabe-se que nos anos subsequentes a institucionalização do SUS, sentiu-se a necessidade de que tanto os centros de ensino, formadores de profissionais de saúde, como a Atenção Básica à Saúde, se adequassem ao novo modelo de saúde vigente no país, e a fim de fortalecer o progresso da implantação do SUS e promover uma nova experiência de trabalho aos profissionais, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde, em 1994, tendo como objetivo priorizar ações pautadas nos princípios da territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade, para comunidades e grupos populacionais com maior risco de adoecimento ou morte (BRASIL, 2006).

Todavia, diante do entendimento de que a Atenção Básica é a principal porta de entrada à Rede de Atenção à Saúde, devendo ser o contato preferencial dos usuários, em 2006 o PSF foi reformulado, tornando-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois apresenta características distintas a um programa, sendo considerado um espaço permanente e dinâmico de reorganização do processo de trabalho em saúde no nível da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

A reformulação em ESF pretendeu extinguir o comportamento passivo das Unidades de Saúde da Família (USF), elegendo como o foco das ações de promoção e prevenção, na tentativa de minimizar práticas reducionistas sobre a saúde da família brasileira. Ressalva-se que desde da sua formulação original, atua com equipes multidisciplinares, compostas a priori, por minimamente, um médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Com responsabilização sobre um território demarcado, tendo em média mil famílias. E justamente essas

definições de responsabilidade territorial e de adscrição de famílias atribuíram a Estratégia sua característica distinta: a potencialidade para resgatar os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população, compreendidos como estratégias indispensáveis e estimuladoras dentro do processo de ampliação e consolidação das redes de cuidado em saúde, à medida que possibilita práticas de intervenção inovadoras e comunitárias, as quais geram a valorização do ser humano em seu contexto singular, e conseqüentemente proporcionam melhoria da assistência à saúde (BRASIL, 2003; BACKES et al., 2012; LENTSCK et al., 2010; MONTEIRO et al., 2009).

Deste modo, o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, segundo o documento oficial que a instituiu e mais recentemente pela atual Política da Atenção Básica, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, orientada substancialmente pelos mesmos princípios regentes do SUS, da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, procura considerar o sujeito (usuário) em sua singularidade social e cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2003; SILVA et al., 2013).

Perante seu caráter municipalista, a ESF busca estimular a organização dos sistemas de saúde locais, proporcionando para este fim, a aproximação das atividades desenvolvidas nos serviços, a sua própria realidade, permitindo então envolvimento direto dos atores sociais destas mesmas realidades. Sinteticamente, os objetivos da Estratégia, incluem: humanização das práticas de saúde através do vínculo estabelecido entre os profissionais e a população; a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; o desenvolvimento da cidadania, permitindo a população a reconhecer a saúde como direito; a estimulação da organização comunitária para o exercício do controle social (BRASIL, 2003).

Ante o já exposto acerca da ESF, vale salientar também seu caráter enquanto espaço educativo, visto que a educação em saúde é visualizada

nesse novo modelo como elemento precedente às práticas de Promoção da Saúde, sendo compreendida como parte integrante das Políticas Públicas na área da Atenção Básica em Saúde, já que o Poder Público, em todas as suas instâncias (Federal, Estadual e Municipal), preconiza a utilização de ações educativas em saúde, como facilitadoras da promoção da Saúde (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

A incorporação da educação em saúde pela Equipe de Saúde da Família vem se mostrando precisa e eficaz, principalmente quando ocorre através da troca de conhecimentos, permitindo a construção compartilhada de saberes entre os atores envolvidos no processo educativo, sejam esses os profissionais ou os usuários, estabelecendo assim, mais do que uma relação de ensino e aprendizagem, mas um vínculo onde são construídos e transformados novos olhares acerca da saúde. E essa articulação entre educação e saúde, sob o enfoque da relação interpessoal respeitosa, que constitui-se uma das formas mais eficientes e benéficas de interdisciplinaridade e ação conjunta (FERNANDES; BACKES, 2010).

As práticas educativas quando utilizadas de modo dialógico servem para minimizar a “dominação exercida pelos serviços de saúde”, limitados algumas vezes, na mera transmissão de informações sobre determinados procedimentos ou patologias. Enfatizando, que a comunicação participativa é fator indispensável para assistência à saúde, enquanto recurso para estabelecer a confiança e a vínculo do usuário ao profissional e, conseqüentemente ao serviço de saúde (CHIESA; VERISSIMO, 2001).

Merhy (2005) traz que a educação em saúde e trabalho em saúde, são dissociáveis, pois “um produz o outro”, determinando efeitos essenciais tanto para a construção da competência e visão diferenciada do trabalhador em saúde, quanto para a sua visão enquanto “sujeito ético-político produtor de cuidado”, o que influencia incontestavelmente o modo de cuidar e se relacionar com os indivíduos, sejam pacientes ou não.

3.3 ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A atuação profissional dentro da ESF encontra-se intrinsecamente relacionada à compreensão do contexto social e singular de cada usuário, e como tal comporta-se como ferramenta crucial no processo de cuidado

gradual da comunidade, envolto nos hábitos culturais e nos modelos de referência de cada território. Reconhece-se que a equipe exerce grande influência na transformação das famílias e comunidades, por intervir direta e amplamente na complexidade dos seus problemas interpessoais. É no âmbito familiar que os profissionais, encontram as maiores possibilidades de intervenção, pela capacidade interiorana de potencializar as relações e as associações, articuladas por meio do cuidado compartilhado pela própria família (BACKES et al., 2012).

Contudo, a motivação e o envolvimento com o trabalho são fatores indispensáveis para uma atuação profissional que gere satisfação. E no âmbito da Atenção Básica a Saúde, o compromisso e empenho do profissional são capazes de consolidar práticas de saúde que tem como consequência a qualidade do atendimento prestado à comunidade (ROSENSTOCK; SANTOS; GUERRA, 2011).

Aliado aos fatores motivacionais para a melhor atuação é preciso que haja preparação e a capacitação profissional. Para isto, o Ministério da Saúde reconhece a importância do processo de capacitação e educação dos profissionais da ESF, considerando que deve ser contínuo e atender às necessidades que o dinamismo cotidiano dos serviços traz às equipes. Assim, além do aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um importante mecanismo de desenvolvimento da própria concepção da equipe e da vinculação dos profissionais com a população (SILVA et al., 2010).

Garcia (2006) traz o cotidiano junto a população como elemento importante na dinâmica profissional da ESF, mencionando que “no convívio entre pessoas, criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social”. Assim, como Alves (2005) afirma que o modelo de educação em saúde planejado para a Estratégia Saúde da Família, para a reorganização da atenção básica, pressupõe a reorientação das práticas, com a necessidade visível de renovação dos vínculos de compromisso entre serviços e população assistida.

Nessa lógica, o vínculo pode ser entendido como uma relação interpessoal entre usuário e profissional de saúde alcançado gradativamente, e alicerçado na confiança e responsabilidade mútua. Reforçando o ideário

inicial do ESF, de redesenho do modelo assistencial, tendo o vínculo afetivo e recíproco entre sistema e paciente, como artifício preponderante das linhas de cuidado, em que todos são atendidos integralmente por uma equipe multiprofissional, a qual por uso de metodologias de cuidado integral, como projetos terapêuticos, cuidadores solidários e/ou grupos de educação em saúde, tornando os usuários, produtores de corresponsabilidades independentes (BRITO, 2005; SCHWARTZ et al., 2010).

Entretanto, o vínculo mesmo considerado diretriz excepcional à concretização da integralidade em saúde ao favorecer a participação do usuário como sujeito autônomo na produção da sua saúde, sofre interferência de fatores temporais, como a alta rotatividade dos profissionais no ESF, provocando prejuízo em toda a dinâmica de construção do vínculo com as famílias, e a precariedade deste componente pode ser empregado como instrumento de controle político, além de implicar diretamente na atuação e consolidação do programa na região. Suscitando a discussão de que o vínculo deve ser uma prática coletiva, firmada entre equipes e população na busca pela a integralidade do cuidado à saúde (MEDEIROS et al., 2010; VIEGAS; PENNA, 2012).

A Equipe de Saúde da Família, necessita possuir diversas qualificações para atuar de modo eficiente na comunidade, o vínculo, a escuta ativa, a comunicação participativa, o acolhimento, a responsabilidade, dentre outros. Porém, essa equipe também é constituída de indivíduos repletos de visões e princípios morais distintos, que devem ser considerados no processo educativo, para que a construção de saberes seja emancipadora. Deste modo, é relevante analisar as visões que esses atores têm sobre o processo educativo em saúde, visto que ora comportam-se como profissionais e/ou gestores e ora também são usuários do sistema. A comparação dessas percepções com as propostas fundamentalista da ESF são um instrumento real e promotor de modificação das ações e intervenções na Atenção Básica à Saúde (RONZANI; SILVA, 2008; CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Lima et al (2000) explana que os relatos de experiências em educação em saúde nos serviços públicos de saúde ainda são raros, muito embora esta

abordagem venha merecendo o reconhecimento dos técnicos e do próprio governo como forma de intervenção na saúde da população em geral.

Fernandes e Backes (2010) também reconhecem que as concepções dos profissionais de saúde podem ampliar as fronteiras de atuação das equipes, promovendo maior resolutividade das ações e, conseqüentemente originando melhores indicadores de saúde e de qualidade de vida da população atendida. Considera-se que conhecer o olhar dos profissionais sobre a dimensão educativa da promoção saúde é de fundamental importância na produção de cuidados integrais a todos os usuários dos serviços de saúde.

3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Com a evolução das práticas de saúde do modelo “sanitarismo campanhista” para a configuração da medicina de grupo, a educação em saúde no país começou a ser revisada quanto a sua execução cotidiana nos serviços de saúde. Na Lei Orgânica da Saúde não há explicitamente referência ao termo, educação em saúde, destaca-se, apenas alusão as ações de promoção, proteção e atividades preventivas. Tal falta de referência clara à educação em saúde, remete a dificuldade desta em ser considerada como um instrumento eficaz para garantia de melhores condições de saúde. Reflete, ainda, o caráter marginal, das ações educativas e o fato de a educação e saúde ainda não constituir um campo de atuação do SUS (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Pinafo et al (2011), reflete que os modelos curativos e a forma pela qual ocorre a transmissão do conhecimento não deve enraizar-se no paradigma de educação em saúde, mediante a relação vertical, impositiva e superior, na qual o profissional é único detentor do saber científico. A equipe de saúde deve assumir postura de educadores, considerando o processo de trabalho educativo, como meio norteador para o aprendizado mútuo, respeitando a cultura e os saberes da sua comunidade. O autor suscita que a reestruturação dos serviços deve ser enxergada como uma das estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde, portanto a educação em saúde torna-se uma ação fundamental nesse processo de consolidação de um novo modelo de saúde, tendo como intuito central promover na sociedade a

inclusão social e a promoção da autonomia das populações na participação em saúde.

O modelo emergente de educação em saúde, pode ser referido como dialógico por ser o diálogo seu instrumento prático. Nesse modelo o usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora divergente do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços. A finalidade da educação dialógica não é de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. Essa prática educativa é emancipatória, pois visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, não pela imposição de um saber científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. A comunicação é estratégia mais valorizada por este modelo, na tentativa de construir um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais úteis para promover, manter e recuperar sua saúde (ALVES, 2005).

Para Câmara et al (2012) a educação surge como estratégia para promover saúde, assim como a prevenção primária e secundária, devendo ser vislumbrada como uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência dos indivíduos e grupos, tendo como referência a realidade na qual eles estão inseridos.

Essa concepção de educação em saúde é similar a projeto pedagógico proposto pelo educador, Paulo Freire, denominado de educação popular, no qual se deve buscar uma educação que seja capaz de mudar a sociedade, ao favorecer o diálogo permanente através de ensinamentos e práticas de um 'ouvir o outro' para educá-lo e para educar-se com ele, levando em consideração as representações dos sujeitos, sua trajetória de vida, experiências, saberes e culturas (BRANDÃO, 2001).

Para efetivação de um modelo de atuação profissional, pautado na educação em saúde, é necessária que a formação acadêmica dos profissionais inseridos na ESF, seja direcionada para educação permanente no SUS e em saúde. Estudos apontam a deficiência do aparelho formador profissional, como principal entrave dentro do sistema de saúde, especialmente no nível local, na perspectiva da aprendizagem do processo de trabalho, produzindo perfis profissionais incompatíveis com a dinâmica

operacional proposta pela ESF. Ficando a cargo dos órgãos do governo (MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) orientar caminhos para a formação de novos profissionais, além do aperfeiçoamento das equipes já atuantes no SUS (EZEQUIEL et al., 2012; SILVA et al., 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal observacional de abordagem qualitativa e descritiva. Esse tipo de abordagem qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre indivíduos só são passíveis a análise, a partir da descrição da experiência humana, tal como é vivenciada e definida por seus próprios autores (POLIT; HUNGLER, 2004).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

O cenário de atuação da pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família Juvenal Espínola Filho, Centro IV, localizada na cidade de Areia, estado da Paraíba, microrregião do Brejo Paraibano. Os sujeitos participantes da pesquisa foram os profissionais da ESF, que na equipe em estudo são: dentista, auxiliar de saúde bucal, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médico, totalizando treze profissionais.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão à participação na pesquisa é a existência de vínculo empregatício com a Estratégia de Saúde da Família, na referente Unidade.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão à participação na pesquisa baseiam-se na ausência de vínculos empregatícios dos profissionais com a Estratégia de Saúde da Família. Contudo, profissionais como Auxiliar de Limpeza e Recepcionista, foram excluídos da pesquisa, visto que suas atuações profissionais na Unidade não apresentam relações com os objetivos desse estudo.

4.5 COLETA DOS DADOS

A metodologia utilizada para a coleta de dados foi a utilização de entrevista semiestruturada com áudio gravado e realizada individualmente. Os questionamentos norteadores (Apêndice A) para entrevista foram adaptados do estudo de Cervera, Parreira e Goulart (2011), sendo dividida em duas partes, a primeira destinada a identificação do profissional (ex: nome, idade, sexo) e período de atuação na ESF e na segunda parte foram abordadas questões como: (1) O que o profissional entendia sobre educação em saúde; (2) Como se dava a prática da educação em saúde no local de trabalho; (3) Percepção sobre a relação entre a prática profissional e a educação em saúde; (4) Como acontecia as ações de educação em saúde, caso elas ocorressem no espaço de trabalho.

Os procedimentos para coleta de dados, ocorreram em duas etapas distintas: na primeira etapa, foram contatados individualmente, todos os profissionais de saúde atuantes na USF, para explanação dos objetivos da pesquisa, critérios de inclusão e metodologia adotada para coleta de dados, e nesse momento foi marcado a data e local à realização da entrevista. A segunda etapa se concretizou no ato da entrevista semiestruturada, a qual foi realizada individualmente em local e horários pré-definidos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise e interpretação dos dados obtidos, utilizou-se a técnica analítica denominada Análise de Conteúdo, sendo entendida por muitos autores como uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. O texto é um meio de expressão do sujeito, de modo que busca-se categorizar as unidades (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Laurence Bardin (1977), principal referencial desta metodologia a define como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a

inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 1977 apud CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Na utilização da técnica de Análise de Conteúdo o processo analítico foi dividido em três etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa foi considerada, como a fase de organização dos dados, utilizando-se de procedimentos, como: leitura flutuante, elaboração de indicadores na tentativa de abstrair ao máximo as impressões e orientações dos sujeitos, para prévia categorização dos dados. Na segunda etapa os dados foram codificados a partir das unidades de registro adotados (categorias) na etapa anterior. E na última etapa se fez a classificação dos elementos segundo suas semelhanças, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Sendo a codificação e categorização partes elementares dessa técnica de análise.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes da pesquisa anteriormente ao início da entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), após os esclarecimentos da garantia de preservação da sua identidade, a partir da referência à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, efetivando dessa forma, sua participação na pesquisa, e confirmando a permissão de gravação do áudio da entrevista como forma de materialização dos dados para posterior análise.

O posicionamento ético dos pesquisadores foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba, do Centro de Ciências da Saúde, em 17 de dezembro de 2014, mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, sob o código do CAAE 35331814.4.0000.5188.

O financiamento da pesquisa foi provido pelas pesquisadoras, não havendo patrocinadores ou envolvimento de agentes externos, todo o custeio para execução da pesquisa foi efetivado pelas mesmas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão, optou-se por apresentar os resultados obtidos após as etapas de pré-análise e exploração do material, juntamente com a discussão dos mesmos, separados em quatro tópicos que seguem: caracterização dos profissionais, sentimentos relacionados ao trabalho e atuação profissional, percepções sobre educação em saúde e processo de trabalho em saúde. Para cumprir com os requisitos éticos da pesquisa, os profissionais serão nomeados por letras e números (por exemplo: P1, P2 ...) mantendo-se, assim, o sigilo dos entrevistados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Dos treze profissionais que compunham a Equipe, dez participaram da pesquisa, sendo nove do sexo feminino com faixa etária variando entre 28 e 63 anos de idade. Os sujeitos participantes da pesquisa foram: um profissional da enfermagem, um odontólogo, um técnico em enfermagem, um auxiliar de saúde bucal (ASB) e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Em relação a escolaridade dos participantes foram encontrados os resultados descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Nível de escolaridade dos profissionais da ESF Juvenal Espínola, Areia - PB

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS
Ensino Fundamental Completo	2
Ensino Médio Completo	3
Curso Técnico em Enfermagem	2
Ensino Superior Incompleto	1
Ensino Superior Completo	2

Fonte: Própria

Destaca-se que os dois profissionais que possuem nível superior completo, tratam-se, por questões óbvias, dos profissionais da enfermagem e odontologia participantes da pesquisa. Os demais profissionais possuíam entre ensino fundamental incompleto até o superior incompleto.

A maior parte dos profissionais ingressaram na ESF, através de processo seletivo (concurso público), somente dois sujeitos relataram atuar mediante contratos temporários, renovados anual ou semestralmente.

Mota e David (2010) discutem sobre a escolaridade dos trabalhadores de saúde, vinculados a ESF, refletindo que na maioria das vezes, pela inexistência de concursos públicos locais, a atuação profissional na rede de ABS, ocorre mediada por apadrinhado político, privilegiando a indicação de membros da comunidade com um perfil de liderança ou mobilização comunitária, fato que possibilita a inserção de pessoas com nível de escolaridade mínimo (ensino fundamental) nos serviços de saúde.

Porém, os mesmos autores (MOTA e DAVID, 2010) discutem que são oferecidos cursos em aproximadamente 36 escolas da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) a fim de preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Destacam ainda, que a RET-SUS é entendida como uma estratégia de articulação, troca de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde. Comportando-se como uma rede governamental designada para fortalecer a formação dos profissionais de nível médio que atuam na área da saúde.

Todavia, a procura por capacitações profissionais não devem substituir ou desvalorizar o ingresso em cursos superiores, por parte dos membros da equipe que apresentam nível de escolaridade médio, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde.

Neste enfoque, Nunes et al (2002) promove a reflexão que ao mesmo tempo que os ACS sentem-se orgulhosos por seu papel social e conhecimento popular diante da comunidade, o saber médico e científico ainda é considerado superior na hierarquia de saber da sociedade. De tal modo que esse profissional ao comparar o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe, pode por vezes, sentir-se insatisfeito e menosprezado quanto à irregularidade ou insuficiência da educação que recebeu. Assim, o ingresso de ACS em instituições de níveis superiores deve

ser estimulado, a fim de propiciar melhor nível de escolaridade também a este profissional.

A partir da coleta de dados foi possível se obter o intervalo de tempo transcorrido, em anos, entre o término dos estudos formais, isto é, ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior de cada profissional, em relação aos dias atuais (Quadro 2). Destaca-se que independentemente do tempo decorrido entre essa conclusão e a atualidade, é de fundamental importância a constante capacitação e atualização desses profissionais, a fim de mantê-los atualizados com as práticas de promoção de saúde atuais, além do conhecimento sobre as constantes mudanças e atualizações ocorridas em legislações, normas e direcionamentos das políticas de saúde.

Destarte, os dados encontrados reafirmam resultados trazidos por estudos quanto ao nível de escolaridade e capacitação e/ou atualização dos profissionais da ESF. Visto que os relatos dos sujeitos com níveis de ensino superior e técnico indicam que sua formação baseou-se essencialmente para a prática profissional dentro do contexto hospitalar, tendo pouco aparato científico sobre a ABS, e o modo como se estruturam as equipes multiprofissionais no cotidiano profissional desses serviços, gerando inicialmente desconhecimento e receio à execução das atribuições elencadas no arcabouço normativo da ESF. Os profissionais demonstraram insatisfação com a formação, mesmo essa tendo sido citada como a fonte principal de aprendizado sobre o SUS. Enquanto os profissionais com ensino fundamental e médio, relataram o total desconhecimento sobre quaisquer leis, normas, resoluções, ou demais materiais didáticos acerca do SUS, com ênfase para as ações da Atenção Básica anteriormente a sua contratação.

Quadro 2 – Tempo Transcorrido entre o término dos estudos e a atualidade dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família, Juvenal Espínola, Areia-PB.

Sujeitos da Pesquisa	Tempo Transcorrido entre o Término dos Estudos (Fundamental, Médio Ou Superior) e os Dias Atuais
P1	5 anos
P2	7 anos
P3	12 anos

P4	11 anos
P5	11 anos
P6	23 anos
P7	20 anos
P8	6 anos
P9	3 anos
P10	14 anos

Fonte: Própria

Foi possível observar que o período de atuação nessa ESF estudada, foi diversificado entre os profissionais, variando entre um profissional atuante na USF há apenas duas semanas e outros atuando acerca de 19 anos. Além disso, apenas três dos sujeitos afirmaram possuir experiências anteriores em outras ESF. Diante desse cenário, se por um lado visualiza-se a inexperiência com a estrutura funcional da Estratégia, por determinado profissional, por outro lado têm-se o acúmulo de experiência por outros.

Analogicamente a experiência profissional, observou-se a rotatividade, como elemento também crucial para o desenvolvimento pleno da ESF, visto que a mesma compromete diretamente a vinculação dos profissionais com as famílias e comunidades (ZANETTI et al., 2010). Contudo esse efeito prejudicial da rotatividade profissional não é visto no serviço estudado, dado comprovado pela atuação da maioria dos profissionais superior a três anos.

O vínculo dos profissionais com o território pôde ser observado por meio de suas falas, a maioria dos sujeitos expuseram que a receptividade de grande parte das famílias é evidente, principalmente nas visitas domiciliares, onde conversam com os usuários sobre diversas temáticas, construindo-se uma relação de confiança. Foi também observado que apenas dois profissionais não residem na cidade de Areia, apresentando residência fixa em Campina Grande e na capital do Estado, as quais apresentam distância de 49 quilômetros e 129 quilômetros, respectivamente.

A percepção a respeito do contato com a comunidade e o vínculo estabelecido podem ser observados nas falas seguintes:

“[...] o ACS que tá lá mensalmente, as vezes, diariamente, semanalmente na comunidade, nas residências, conversando com as pessoas, então se criou um vínculo da comunidade com o PSF

que não havia quando não existia PSF, tinha só hospital, não tinha esse vínculo” (P5).

“[...] você passa, por exemplo dois meses pra fazer uma visita quando você volta você tem que ter tempo, que é duas, três horas com aquela conversa, contando a vida todinha, né uma conversa de psicólogo né? Aí eu sento, eu converso com eles, eu dou atenção sabe?” (P1).

“Eu, tenho eles todos assim, como se fosse minha família mesmo sabe? E essas pessoas idosinhas, mulher, que a gente chega lá aí a pessoa começa a conversar, toda vez que eu vou na casa deles fazer visita, eu sempre deixo por último pra ter um tempo a mais pra eles sabe?” (P8).

Jacob (2006 apud OLIVEIRA et al., 2010) reflete acerca da importância da relação interpessoal entre comunidade e equipe multiprofissional, ressaltando o vínculo como elemento crucial desse diálogo, construído através de um processo complexo, que inclui diversas pessoas e a representação mútua entre elas, isto é, como uma compreende e percebe a outra, pelos processos de comunicação e aprendizagem. De modo que para a existência desse vínculo são necessárias as presenças de um emissor, um receptor, uma codificação e uma decodificação da mensagem. Tornando, esse diálogo bicorporal, pela participação de dois corpos diferentes, tripessoal, por haver uma presença interna, que pode ser positiva ou negativa e que acompanha todas as vinculações. Assim, os autores elucidam que o vínculo é um fenômeno existente nas pessoas envolvidas em cada relação e influenciado pelas vinculações vivenciadas anteriormente por estas.

A relevância do vínculo é reforçada por pesquisadores que trazem a ideia de que a ESF tem como um de seus objetivos o estabelecimento de vínculos e mais que isso, a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais da saúde e a população, buscando por meio da identificação das necessidades das famílias adstritas, organizar a demanda para oferecer de maneira integral a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e possibilitando a manutenção da saúde no território (ZANETTI et al., 2010).

Procurou-se identificar junto aos sujeitos da pesquisa, as possíveis capacitações oferecidas pela gestão municipal da saúde, e encontrou-se que sete profissionais declararam que são oferecidas capacitações, porém não há regularidade de frequência. Quando questionados sobre quando teria

ocorrido a última capacitação e qual teria sido sua temática, sete profissionais relataram ter ocorrido há um mês e com temática na área da Saúde Mental, ainda afirmaram que esta capacitação foi oferecida pela gestão municipal. Um profissional afirmou concluir sua última capacitação a um ano, tendo como tema, Saúde do Idoso e outro que a última capacitação profissional ocorreu a três anos com temática sobre Ortodontia. Pode-se observar diante dos dados encontrados, que os profissionais estudados, realizaram capacitações/atualizações profissionais, mesmo que não havendo uma política local firmada que assegure o oferecimento regular de cursos de atualização profissional para o setor saúde. Todavia, mesmo perante os dados que demonstram a recente capacitação profissional dos sujeitos, salienta-se que apenas três dos participantes dessa pesquisa, relataram procurar por conta própria capacitações, independentemente das oferecidas pela gestão municipal de saúde.

Fato similar foi encontrado no estudo de Thiago e Tesser (2011) sobre a percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares, que encontraram como resultados da pesquisa, que a pouca motivação de alguns profissionais em realizar capacitações relaciona-se com a falta de incentivo da Secretaria Municipal de Saúde, aliada a inexistência de uma política municipal ou apoio institucional para que essas práticas aconteçam de modo constante.

Destaca-se, no entanto, que a capacitação dos profissionais nos cursos da área da saúde tem demonstrado limitações quanto à formação básica desses sujeitos, seja nas graduações, pós-graduações, cursos técnicos ou especializações. A atual formação técnica oferecida pelas Universidades e Institutos estão gerando na maioria dos casos, um modelo de trabalho na saúde que contempla atividades curativas e reabilitadoras, em detrimento de ações que estimulem a integralidade da atenção, as quais devem incorporar as práticas educativas promotoras de saúde (BESEN et al., 2007).

Perante, essa conjuntura formativa dos profissionais, com a busca quase que constante e majoritária por atualizações de cunho técnico, é necessária a reflexão quanto ao real interesse desses sujeitos em capacitar-se em cursos com propostas metodológicas, que enfatizam a importância da

Educação em Saúde como ferramenta não somente informativa e profilática sobre doenças, mas como elemento emancipador de ações individuais e/ou coletivas promotoras de saúde.

Os profissionais atuantes no SUS só conseguiram oferecer atenção integral, equânime e universal aos usuários dos serviços, se estiverem preparados para isto. Os saberes científicos e técnicos são fundamentais para uma adequada atuação profissional em serviços de saúde, mas não são somente eles que garantirão ao profissional a desenvoltura suficiente para lidar com a comunidade, enfrentando com ela seus desafios diários. Nessa perspectiva a realização de capacitações com focos diferenciados, enfatizando-se a educação em saúde, a partir da utilização de metodologias dialógicas, que promovem a construção coletiva de saberes, com o emprego de recursos lúdicos e valorização do saber popular são alternativas viáveis para efetivação prática e eficaz dos princípios norteadores do SUS.

5.2 SENTIMENTOS RELACIONADOS AO TRABALHO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Ao serem questionados sobre seus sentimentos com relação as suas profissões, os sujeitos participantes citaram palavras como: gratificante, satisfação, doação, compreensão, felicidade, paciência, realização, ajudar, amor, apoio, carinho, orgulho, troca de experiências, útil, amizade, devotamento, realização e prazer.

A expressão do sentimento relacionado ao trabalho pode ser observada nas falas a seguir:

“É bom, é uma troca de experiência ne? Às vezes você tá com um problema até pessoal, você chega na casa dos outros, ai você começa a conhecer, você sabe que a pessoa tem um problema mais forte que o seu. E a sua própria vida ela fica pequena, seus problemas diminui, por isso que eu digo que é uma troca de conhecimentos, de experiência, de amizade” (P1).

“Ah eu gosto (sorriso nos lábios) ne? Já faz 15 anos que eu estou, eu não me vejo como não, assim, só o prazer que a gente tem ne? Em ajudar as pessoas, principalmente as carentes ne?” (P2).

A atitude de empatia frente aos problemas pessoais dos usuários, é considerada como um fator determinante na prática profissional da maioria dos entrevistados. O sentimento de colocar-se a disposição do próximo, de

ajudar os outros, de ser “útil” a comunidade, foi bastante percebido durante as entrevistas. A linguagem corporal dos participantes expressou seus sentimentos e colocações, os sorrisos espontâneos, as vozes afáveis, e os olhares afetuosos demonstraram a satisfação e vocação de muitos em relação a profissão desempenhada.

Cervera e colaboradores (2011) elucidam que no cenário do cuidar/educando, o sujeito que cuida/educa precisa possuir não apenas habilidades técnicas, mas também competências emocionais nas relações interpessoais entre profissional e paciente.

Ronzani e Silva (2008) ressaltaram que as equipes de saúde da família carecem identificar-se e envolver-se com o modelo de trabalho, que exige criatividade, iniciativa, e vocação para o trabalho em grupo e com a comunidade, pois entendem que somente dessa forma serão satisfeitos com suas profissões e alcançarão êxito no processo educativo. Destaca-se ainda, que a ESF requer dos profissionais características como atenção, empenho e sensibilidade. Entretanto, as práticas educativas, com olhares humanizados e afáveis capazes de produzir impacto na saúde e na qualidade de vida da população ainda são pouco valorizadas pela sociedade e até mesmo por alguns profissionais do setor.

No que diz respeito aos próprios olhares acerca das suas atuações profissionais foram encontradas percepções distintas. Alguns profissionais ao falarem sobre sua atuação cotidiana demonstraram compreender como sendo a limpeza e manutenção do ambiente de trabalho e a organização de fichas dos pacientes, não observando outras ações como elementos componentes do seu dia a dia profissional. Outros argumentaram como sendo a execução das atribuições do seu cargo elencadas pelo edital normativo da ESF, citando por exemplo, a realização de consultas e até mesmo o atendimento de urgência (o qual não faz parte das ações preconizadas da ESF), como elementos componentes da sua atuação diária.

Enquanto, outros, demonstraram ainda entender que sua atuação profissional, estava relacionada ao contato direto com a comunidade, seja pela realização de visitas domiciliares, encaminhamentos ao serviço, acompanhamento do pré-natal de gestantes, de hipertensos, diabéticos, apoio espiritual através da escuta ativa e aconselhamentos, repasse de

informações, considerando a atitude de “educar” a comunidade como tarefa profissional.

Contudo, foi possível observar a existência de profissionais que elencaram como atividades pertencentes a sua atuação apenas a execução de palestras educativas em escolas, ou mesmo na Unidade, de modo isolado ou eventualmente em conjunto com a equipe. Por mais que os sentimentos apresentados sejam semelhantes, a percepção sobre a atuação profissional diária é particular e subjetiva, como pode ser observado nas falas a seguir:

“As ações desenvolvidas são: atendimento no posto, atendimento de urgência, toda urgência que chega e atendimento de palestras, tanto palestra pra adultos quanto pra crianças. A gente vai também nas escolas [...] dá palestra [...] E os adultos a gente faz palestra pra gestante, pra hipertensos, tem bastante atividades de palestra! Fora do posto!” (P4).

“Meu dia a dia é visitas domiciliares de conscientização, de prevenção certo? Saber dos problemas da comunidade, das pessoas, no domicílio, puder ajudar, encaminhar essas pessoas quando tem algum problema pra o PSF que muitas [...] tem uma certa [...] uma certa teimosia em não querer procurar o serviço de saúde certo? E a gente tem que tá lá pra conscientizar que o melhor é se deslocarem da sua residência pra o atendimento básico da saúde.” (P5).

“E uma coisa assim que eu trabalho muito com eles também, como eu sou cristã, aí eu oriento sempre eles assim, por que nem tudo tá ligado a parte de saúde, tá entendendo? Sempre algumas coisas que a gente encontra, que a gente ver, que é a parte espiritual da pessoa precisa ser trabalhada” (P6).

As falas demonstraram o envolvimento e relevância que estes profissionais conferiram a suas profissões, muitos ultrapassando atribuições regulamentadas, atuando de modo afetivo e presente na comunidade, outros por vezes, restringe-se ao cotidiano definido e fundamentado no atendimento clínico, pautado no modelo médico hegemônico, onde há repasse de informações, sem necessariamente considerar-se o contexto social, econômico, cultural e familiar dos pacientes.

Igualmente, a outros estudos, a análise das falas dos sujeitos demonstraram que sua prática profissional diária tem-lhes possibilitado desfrutar de sentimentos de prazer intenso, que contribuem para a consolidação da realização profissional, advinda da satisfação, motivação,

orgulho, entre outros sentimentos positivos relacionados ao seu trabalho (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Na prática profissional, nota-se que a organização do trabalho multiprofissional na ESF está arrolada diretamente com a “qualidade da relação” vincular da equipe entre si e desta com o território assistido (MARTINES; CHAVES, 2007).

Ressalva-se ainda, que a satisfação com o trabalho na área de saúde depende de vários aspectos tanto subjetivos quanto objetivos. De tal modo, considera-se que existem dois tipos de satisfação no trabalho: concreta e simbólica. A satisfação concreta relaciona-se à proteção da vida, ao bem-estar físico, biológico e nervoso. Enquanto a simbólica refere-se à “vivência qualitativa da tarefa”. E somente profissionais satisfeitos com seu trabalho proporcionarão à melhoria dos serviços de saúde (TEÓFILO et al., 2013).

De tal modo, para que a reorientação dos cuidados de saúde aconteça de modo efetivo na prática cotidiana dos serviços de saúde, é de fundamental importância a presença, o olhar e o afeto dos profissionais de saúde. Esses elementos são valiosos, no que diz respeito, a dimensão racional e lógica da palavra. Pois, a palavra parece repercutir muito mais quando expressa sentimentos e valores do que como elemento de transmissão de conhecimentos (VASCONCELOS, 2009).

Assim, o papel da crença religiosa também pode fazer parte da cultura tanto de profissionais de saúde, quanto de membros da comunidade moldando a concepção do processo saúde-doença-cuidado que independe das ações da equipe de saúde e possibilita que o cuidado seja feito de uns aos outros (IMBRIZI et al., 2012).

Vasconcelos (2009) ilustra que a força da espiritualidade atua como um instrumento de promoção da saúde, na medida em que lida com as dimensões pouco conscientes do ser em que se assentam os valores, motivações profundas e sentidos últimos da existência individual e coletiva. Nessa perspectiva, indivíduos acometidos por determinadas patologias, estão vulneráveis a vivenciar “crises subjetivas intensas” e mergulhar com profundidade em dimensões inconscientes da subjetividade.

O mesmo autor ainda ressalva, que a tradição do uso da espiritualidade no enfrentamento dos problemas de saúde pode ser

resgatada, mas que necessita ser atualizada para as atuais características da sociedade.

De tal modo, a espiritualidade, as crenças religiosas e a fé de cada sujeito, podem ser consideradas opções alternativas e subjetivas de cuidados com a saúde, cabendo então ao profissional respeitar e saber lidar com essa visão humana acerca do processo de saúde e doença.

Lara Junior e Ribeiro (2009) enfatizam há diferença entre atuar “sobre” a comunidade e atuar “com” a comunidade. Tal atuação deve estar relacionada ao compartilhamento das dificuldades na construção de estratégias de superação junto da comunidade, respeitando-se nesse processo a cultura e mística de cada população.

5.3 PERCEPÇÕES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A segunda fase da entrevista tinha como foco central investigar a percepção dos sujeitos acerca da temática de educação em saúde no âmbito da Atenção Básica.

Ao serem indagados sobre educação em saúde, a maioria dos sujeitos em suas falas relacionou a área de educação a da saúde, relatando que ambas são interdependentes, observaram uma relação de simbiose real. Entretanto, alguns sujeitos atrelaram o nível de escolaridade dos pacientes, como o principal diferencial das suas condições de saúde, destacando que os que possuem maior grau de escolaridade, são os mais saudáveis, por procurarem os serviços de saúde, com maior frequência e de modo profilático, porém não ressaltaram a educação em saúde, como sendo um instrumento transformador ou prático para que tais condições sejam alcançadas por toda a comunidade, escolarizados e analfabetos.

Todavia, foi percebido que alguns profissionais compreenderam a educação em saúde, como sendo, uma forma de atualização profissional, de capacitação contínua da equipe. Outros a enxergam como o repasse de informação, compreendendo a educação em saúde como a mera transmissão de conhecimentos científicos a população.

Algumas percepções dos profissionais acerca da educação em saúde podem ser observadas nos fragmentos de falas a seguir:

“Por que assim, educação em saúde, é duas pecinhas que era pra viver juntinha uma com a outra [...]Por que, a educação não anda sem a saúde, e nem a saúde anda sem a educação ne isso?” (P8).

“Educação em saúde pra mim é a gente tá sempre atualizado a saúde, com realmente as mudanças que ocorrem ne? [...] Repassar os conhecimentos! [...]Educação em saúde é essa continuidade de conhecimentos ne? Que é importante e imprescindível num profissional, seja de que área for. (P9).

“Educação em saúde é [...] por exemplo eu levo meu neto pra o dentista eu to educando, eu sei que ele não vai ser atendido agora, nem vai fazer nada entendeu? Mas no futuro ele vai aprender a gostar de ir pra dentista ne? A cuidar da própria boca ne? A gestante a fazer o pré natal em dia por que ela vai ter uma criança saudável ne? O hipertenso fazer uma dieta legal por que ele vai tomar menos remédio vai ter uma qualidade de vida melhor. Enquanto a gente tá cuidando da saúde, a gente tá educando também num é?” (P1).

Ribeiro et al (2006) em estudo sobre o perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do sistema de saúde vigente no país, observou que as características da clientela atendida pelo SUS, eram de indivíduos adultos de 15 a 49 anos, de ambos os sexos, de cor preta ou parda, com escolaridade inferior a 11 anos, renda familiar *per capita* inferior a R\$ 440,00 mensais (aproximadamente 2 salários mínimos) e com estado de saúde regular ou ruim. O mesmo estudo apontou que pessoas com maiores níveis de escolaridade e renda utilizam mais procedimentos preventivos e de promoção da saúde, principalmente tratamentos odontológicos.

Costa (2004) ao analisar a escolaridade como elemento influenciável de comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, encontrou dados que corroboram para a importância da escolaridade em prol da promoção da saúde. Ao utilizar a escolaridade também como indicador da situação socioeconômica e de saúde, observou que os idosos e jovens com baixos níveis de escolaridade, eram mais sedentários e ingeriam menos frutas, verduras ou legumes frescos. Tornando-os mais propícios a deficiências nutricionais, desenvolvimento de desnutrição e/ou obesidade, além do agravamento de quadros clínicos diagnosticados, pelo estilo de vida sedentário aliado a má alimentação.

Todavia, mesmo considerando-se o nível de escolaridade da população como fator determinante para a procura ou não por serviços de saúde, como é feito nos estudos supracitados, é preciso cautela na análise desse indicador como determinante da situação de saúde de uma comunidade, pois indivíduos com menos escolaridade, não obrigatoriamente são “totalmente ignorantes” quanto aos cuidados com saúde, porém por receberem menores salários, apresentam um estilo de vida compatível com suas possibilidades financeiras, desse modo o consumo de frutas, por exemplo, mesmo sendo visualizados por esses como importante, é inviabilizado por sua situação financeira.

Outra reflexão quanto a baixa escolaridade da população, apresenta relação com a atuação da Equipe de Saúde da Família, visto que sujeitos com baixo nível de escolaridade, por vezes, podem não compreender a real importância da procura por serviços de saúde, como meio de prevenir doenças e promover saúde, cabendo então a equipe dialogar de modo eficaz e coerente com esses indivíduos, construindo coletivamente, esse pensamento crítico sobre os serviços, e transformando tais espaços em ambientes educativos e salubres.

Destarte, a integração dos processos de educação permanente em saúde à ESF devem servir como apoio institucional potencializador do desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, ao modo que ofereça novas alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano, dando maior suporte a população, principalmente a parcela mais carente (BRASIL, 2012).

Machado et al (2007) esclarece que as atribuições dos profissionais de saúde devem ser direcionadas como sendo de “agentes de mudança no contexto de atenção à família” a fim de facilitar o processo educativo em saúde, sendo necessária a formação continuada destes profissionais, buscando constantemente atualizações sobre metodologias dialógicas, que permitam ao profissional articular e efetivar ações educativas com a comunidade coerentes com sua realidade, ou seja, essa formação continuada deve propiciar aos profissionais o contato com novos recursos de trabalho que os permitam de modo prático dialogar com a população, oferecendo a mesma atenção integral.

É importante enfatizar que a percepção de alguns dos profissionais estudados nessa pesquisa, no sentido de também entender a educação em saúde como um modo de conscientizar a população, do ponto de vista profilático e de promoção a saúde, utilizando exemplos reais como instrumento educativo, isto é, admitem que para “educar uma pessoa” é preciso que a equipe tenha atitudes que a incentivam a cuidar de si, e da sua família. Para isto é necessário que a equipe de fato, esteja presente na comunidade, o que efetivamente não ocorre na prática do serviço, como eles mesmo afirmaram.

Nesta perspectiva é preciso cautela para que a educação em saúde, não torne-se um “ato de depositar”, onde o educador (profissional da saúde) é aquele que educa, e por isso seleciona todo o conteúdo programático, sendo ele mesmo o sujeito do processo, enquanto os educandos (usuários) são meros “objetos a serem educados”, havendo casos de negação da dialogicidade (ALVES et al., 2012).

Franco (2007) afirma que a educação serve como uma proposta de mudança dos serviços de saúde, contínua, válida e atual, motivando a ação de milhares de trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Seguindo essa ideia, é indiscutível a necessidade de inserção da educação em saúde, na rede de ABS, visto que para muitos trabalhadores do setor, ela é a “esperança” para reestruturação do sistema e possibilidade de melhor qualidade de vida para a população.

Quando os sujeitos foram questionados sobre a efetivação de práticas educativas em saúde na USF, a grande maioria afirmou que não estão sendo realizadas ações no serviço, por motivos diversos, destacando-se: sobrecarga dos profissionais, especialmente, por atividades burocráticas, falta de planejamento das ações, falta de apoio matricial advindo da gestão, falta de material didático de qualidade, e por vezes, desinteresse da própria equipe.

Contudo, quando eventualmente ocorrem atividades educativas, percebeu-se que estas eram apenas, palestras expositivas em datas comemorativas, realizadas na maioria das vezes, por profissionais isolados. Não houveram relatos de outros tipos de ações, como salas de espera, rodas de conversa, caminhadas entre outros.

“Olhe, a gente até tenta fazer, tá entendendo? Mas, é muito difícil, basta lhe dizer que agora no mês de outubro, agora a gente teve o outubro rosa, e teve só dois eventos” (P6).

“Mulher, a única pratica, assim, essa parte que a gente faz é as palestras, de vez enquanto, só essa parte que tem! (P8).
Infelizmente não! [...] acho que é mais assim esse motivo, falta de tempo dos profissionais de saúde, por que hoje em dia se tá preconizando muito o trabalho burocrático e esquecendo mais do acolhimento, da humanização, das pessoas!” (P5).

“Eu vou só com a auxiliar [...] A gente faz a palestra [...] e ver as necessidades das crianças pra poder marcar pra elas virem pra o posto de saúde” (P4).

A percepção de que a educação em saúde é o repasse de informações, por meio de palestras expositivas sem a participação direta da comunidade, foi apresentada por determinados profissionais. Percebendo-se a educação em saúde como uma obrigação dos profissionais de informar e explicar quais as atitudes corretas em relação à saúde.

“A gente vai educar as pessoas, pra tomar todos aqueles cuidado que se requer que se tome [...] a gente vai educar pra que as pessoas tomem mais cuidado, pra se cuidar mais” (P3).

“Fazemos tanto palestra pra adultos quanto pra crianças [...] a gente dá palestra, ensina as crianças [...] faz palestra pra gestante, pra hipertensos, tem bastante atividades de palestra!” (P4).

Atuar coletivamente com os atores envolvidos utilizando metodologias não coercitivas são ações participativas e que promovem empoderamento dos sujeitos. É importante desfrutar do vínculo existente entre a equipe e a comunidade, como uma relação interpessoal caracterizada por confiança e responsabilidade, reavaliando sempre os ambientes socioeconômicos nos quais os usuários estão inseridos, pois as atividades educativas em saúde, direcionam-se mais notadamente para os modelos de prevenção de fatores de riscos, então devem considerar a realidade do território, sendo passível à efetivação prática das ações e orientações (ALVES et al., 2012; VIEGAS; PENNA, 2012).

A dinâmica do processo de empoderamento pauta-se em “desvendar as relações de poder”, tentando transformá-las em relações mais equânimes. Isso exige a construção de uma nova subjetividade, onde haja criticidade e

liberdade, possibilitando questionar o que já é instituído (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

O entendimento sobre o empoderamento é dinâmico e relativamente complexo, visto que trata-se de um processo, no qual não existem interlocutores e locutores definidos, mas todos estão envolvidos, empoderando uns aos outros, e empoderando-se dentro da construção dialógica por direitos equânimes e bem estar coletivo.

[...] profissionais ou agentes externos podem catalizar ações ou auxiliar na criação de espaços que favoreçam e sustentem processos de empoderamento, os quais refletem situações de ruptura e de mudança do curso de vida. Através desse processo, pessoas renunciam ao estado de tutela, de dependência, de impotência, e transformam-se em sujeitos ativos, que lutam para si, com e para os outros por mais autonomia e autodeterminação, tomando a direção da vida nas próprias mãos (HERRIGER, 2006a, p.16 apud KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

A fim, de aprofundar ainda mais a discussão, perguntou-se aos profissionais, o quanto percebiam como importante e necessária a inserção de práticas educativas no seu cotidiano profissional. Todos unanimemente consideraram tais ações relevantes, precisas e transformadoras, contudo, a maior dificuldade relatada, de fato é, efetivá-las.

Alguns profissionais, relataram que por vezes, a pouca participação da comunidade, é um fator desestimulante e estressante, aliado ao insuficiente apoio gestorial. Os sujeitos expuseram em seu ideário sobre educação em saúde, como sendo um meio de prevenção e de repasse de orientações a população assistida, sendo sua competência “educar” as pessoas para que se cuidem.

Costa et al (2012) traz a reflexão sobre a pouca participação da comunidade como resultante de outros fatores, por vezes desconsiderados pela gestão de saúde, e que dificultam diretamente a aceitação de ações educativas no território. O fator elencado pelos autores baseia-se na “falta de atenção quanto à singularidade dessa população atendida, comprometendo a priorização de suas verdadeiras necessidades”, em síntese, a falta de um diagnóstico preciso sobre a realidade da comunidade, com verificação dos principais agravos, faz com que a atuação em problemas que não condizem com o local, “reproduzindo inconscientemente”

campanhas ou ações de outras regiões, o que conseqüentemente pode gerar desconforto e desmotivação da população em participar dessas práticas, além de criar conflitos dentro da própria equipe, na existência de profissionais com olhares diferenciados sobre essas atividades.

A gestão deficiente em saúde, ocasionada muitas vezes, pela falta de gestores que tenham uma visão matricial diferenciada sobre ESF, detendo conhecimentos suficientes sobre esse modelo de atenção, e planejando em conjunto com as equipes planos estruturantes para a Estratégia a nível local, torna-se um fator desestimulante para os profissionais atuantes, levando-os a desmotivação frente a execução de ações. A nomeação de indivíduos para cargos administrativos por motivações políticas, sem apresentarem a capacidade de gerenciar, ocupando apenas um cargo comissionado”, é um dos principais problemas enfrentados pela ESF (COSTA et al., 2012).

Todavia, a procura por um serviço de saúde e sua permanência na rede de atenção dependem diretamente da maneira como os usuários são recebidos e da capacidade desses serviços na resolução dos seus problemas de saúde. Este processo requer uma relação de interdependência entre o serviço e a comunidade, considerando-se os fatores sociais, culturais e clínicos. Estes aspectos, somados às peculiaridades da oferta podem influenciar a decisão pela busca ou não de um determinado serviço. (NOGUEIRA et al., 2012).

Mas, vale ressaltar que profissionais atuantes nesse modelo de atenção à saúde ficam expostos à realidades complexas nas quais os recursos disponíveis são escassos para atender as diversas demandas, levando-os ao esgotamento e estresse profissional, tendo como consequência final em alguns casos o adoecimento (MELQUÍADES; LEITE, 2014).

Determinados profissionais mesmo considerando a educação em saúde necessária e importante, permitiram a interpretação de que seu olhar acerca da realização de atividades educativas está mais relacionada ao julgamento das pessoas em relação a competência, ou não, da equipe, isto é, sua preocupação com a efetivação das ações, encontra-se diretamente relacionada com a reputação da equipe para sociedade, no sentido de sua

capacidade em orientar a comunidade. Essa percepção pode ser notada na primeira fala a seguir.

É muito importante, é muito importante e é necessário que sejam feito [...] Por que é muitas vezes, se acontecer algo, que diga que é com alguém, que diga respeito a equipe, se chegar lá fora, e forem perguntar “você não fez isso por que?” por que ninguém nunca teve uma orientação, aí o que é que vai se falar do posto? O posto não, vai se falar da equipe, a equipe não orientou, não educou e pra isso que se tem palestra, sempre se faz algum evento com as mães, com as gestantes, com os hipertensos (P3).

É necessário, é muito importante mesmo, por que quando a gente ver assim os idosos, eles não fazer atividade física ne? Aí quando a gente começa a ensinar a eles, que as dores que eles sentem no corpo, é tudo consequência [...] tarem acomodados ou de tarem fazendo uma mesma tarefa o tempo todinho [...] Aí quando a gente começa a orientar eles, as vezes, quando por que a gente não só orienta, a gente vai e faz com eles, pelo menos, minha parte eu vou e faço com eles (P6).

Eu acho que é necessário, por que do jeito, que uma vez eu não como profissional, eu vi e me toquei, e isso eu vou levar comigo pra o resto da vida, pode acontecer de se você for falar com 100 pessoas e conseguir que uma realmente acredite naquilo, é um feito ne? (P1)

A educação em saúde não possui características normativas e focadas na “culpabilização do educando” mas, busca estimular a adoção voluntária de mudanças comportamentais, sem para isso coagir ou manipular os atores envolvidos no processo educativo, ou seja, as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas individual e coletivamente com a comunidade assistida, para que a partir dessa reflexão, a escolha por um estilo de vida mais saudável seja feita de modo crítico e particular. De tal modo, essa “discussão educativa” necessita estar embasada na análise da realidade, mediante a identificação de problemas e agravos de saúde da população (ALVES; AERTS, 2011).

5.4 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Durante as entrevistas aspectos pessoais e trabalhistas foram considerados dentro do processo de trabalho em saúde dos sujeitos, sendo eles: motivação para ingresso na ESF, perfil profissional, estrutural e convívio em equipe, relação e influência observada entre educação em saúde e

trabalho em equipe, planejamento e execução de práticas educativas em saúde dentro do serviço e finalmente quais os elementos facilitadores e dificultadores para realização de práticas de educação em saúde na ESF.

Os comportamentos e percepções observados em cada profissional estão carregados de subjetividade e ideologias particulares. A partir desse pressuposto, sentiu-se a necessidade de conhecer a fonte motivacional de ingresso destes profissionais na ESF, a fim de melhor entender suas escolhas e atitudes práticas dentro do serviço, no enfoque da educação em saúde.

A motivação e o envolvimento com o trabalho são fatores imprescindíveis a uma prática profissional satisfatória, no âmbito da ABS, na busca pela consolidação de ações de saúde que tenham como efeito maior a qualidade do atendimento prestado à comunidade.

Foram diversas e significativas as motivações para atuar na ESF, pelo menos metade dos profissionais, reconheceram a situação de desemprego e/ou de más condições salariais da época, como seu principal estímulo. Outros declaram que o contato direto e diário com diferentes públicos e realidades, foram os incentivos cruciais para ingresso na Atenção Básica, somando-se a expectativa de que o ambiente da Estratégia de Saúde da Família fosse mais salubre que outras instituições de cuidado. Alguns ainda, referiram o desejo por atuar na área da saúde, quaisquer que fossem os locais, como sua fonte de motivação, tendo aliados políticos como facilitadores à entrada no serviço público. E por fim, alguns profissionais, expuseram a solidariedade, humanização e “doação” ao próximo como necessárias ao processo de trabalho em saúde, como tendo sido sua maior razão para admissão profissional na ESF.

“Assim, eu vou ser sincero, primeiro pela precisão ne? De trabalhar ne? Aí houve o processo seletivo, eu passei, aí comecei a trabalhar e comecei a gostar de trabalhar na saúde” (P5).

“Não, assim, minha vontade de trabalhar na área de saúde não importava o local, se era hospital ou se era PSF, pra mim não importava, eu tinha aquela vontade de trabalhar, aí no caso foi mais meio político, consegui esse emprego e vim pra aqui!”(P10).

“É difícil viu? É difícil por que a parte pública, da gente é muito precária [...] as vezes a gente não tem condições de fazer um atendimento como deveria, mas acaba que é bom por que você ver

a necessidade do pessoal, e acaba que no consultório particular é diferenciada né? Então assim, você ver uma outra área, um outro público, uma outra área da vida que você não ver dentro do seu consultório, então o que me motiva é isso é conhecer essa parte mais simples” (P4).

“[...] Eu me identifico muito com as pessoas, eu gosto de tá sabe? No corpo a corpo com eles ali de perto, acho o ambiente mais saudável, do que um ambiente hospitalar” (P9).

O processo de trabalho em saúde remete-se à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho na área de saúde, levando em conta, assim, à prática dos profissionais de saúde inseridos diariamente na produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

É importante lembrar que no âmbito da gestão do trabalho em saúde, deve ser analisado, aspectos que ultrapassam a dinâmica do processo de trabalho, a experiência subjetiva, os valores, crenças e culturas particulares devem ser considerados dentro da atuação profissional de cada indivíduo (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Assim, o investimento em recursos humanos influencia terminantemente na melhoria dos serviços de saúde, uma vez que assegura a satisfação com o processo de trabalho pelos profissionais, contribuindo para que seus resultados representem avanços concretos e sustentáveis na execução operacional do sistema. Além disso, a motivação e o comprometimento com o trabalho são estritamente necessários para firmar uma “prática de saúde efetiva e de excelência” (ROSENSTOCK; SANTOS; GUERRA, 2011).

Costa et al (2012) em estudo semelhante observou que entre os fatores estimulantes ao ingresso e permanência dos profissionais na ESF, a sensação de utilidade, e possibilidade de atuar como “agentes de transformação positiva” para os atores assistidos foi o estímulo propulsor desses profissionais.

A motivação para ingresso numa equipe de saúde da família, possibilita o estabelecimento de vínculos entre o paciente e o profissional de saúde, reforçando o acolhimento, a escuta ativa e a responsabilidade mútua (SILVA et al., 2010).

Questionou-se ainda aos sujeitos, sobre o perfil do profissional de saúde, atuante na ESF, quais características pessoais indispensáveis devem possuir para desempenhar de forma benéfica e produtiva seu papel na Atenção Básica. Elencaram inúmeros atributos imprescindíveis, como ser: paciente, humilde, amoroso, ativo, ético, saber lidar com a comunidade e com situações adversas, corajoso, autêntico, simpático, procurar atualiza-se constantemente, bom ouvinte, ter iniciativa e força de vontade.

As falas seguintes demonstram as percepções dos atores sobre o perfil do profissional atuante na ESF.

“Olhe, pra trabalhar na ESF a pessoa tem que ter paciência, tem que ter simpatia, e tem que ter assim um jeito todo especial de entrar na casa das pessoas, por que as vezes não é nem todo mundo que se agrada da cara da gente” (P3).

“Eu acho assim, entusiasmo, amor, assim ao trabalho, amor a saúde, que assim você trabalha com pessoas ne? De diversas patologias assim, doenças ne? E pra isso você tem que ter muita força de vontade, por que você, tem situações que você tem que encarar” (P5).

“Tem que ser uma pessoa muito simples pra trabalhar com o público por que é um público [...] muito carente, e um público que tem um nível diferente, então você tem que ser simples e humilde pra que passe aquela informação sem agredir, sem constranger” (P4).

“Ético, por que você termina se envolvendo no problema dos outros, você termina sabendo da vida dos outros. Tipo assim, se eu chegar na casa de A e comentar da casa de B, eu tenho que saber que só vou poder comentar na casa do B aquela coisa que pode [...] Então precisa de muita Ética ne?” (P1).

A identificação do perfil profissional contribui para a melhoria da qualidade dos serviços, assim como das instituições de formação e qualificação profissional. A determinação desse perfil é o alicerce à organização do processo de formação profissional e de avaliação do currículo, de tal modo, as instituições devem planejar de forma contínua os fluxogramas acadêmicos (GUARDA et al., 2012).

Junqueira (2011) ressalva que não basta se ter o conhecimento científico e a habilidade técnica se as atitudes não são coerentes com o contexto social-demográfico do território esperado por uma equipe de saúde da família.

Contudo, quando questionou-se os sujeitos sobre o convívio entre a equipe, todos o consideraram “bom”, “ótimo”, alguns enxergando-o como uma relação de parentesco, considerando a equipe unida, como uma família, “irmãos”, mesmo frente as irregularidades dos encontros de planejamento e discussão de casos clínicos ou demais problemas da comunidade.

Porém, quando acontecem reuniões de planejamento e discussão pela equipe, os sujeitos relataram haver momentos de diálogo e exposição das dificuldades da área, nessas reuniões destacaram organizar atividades e construir cronogramas de execução de ações, porém por motivos diversos, as últimas práticas educativas planejadas não foram executadas. Também discutem questões de produtividade da USF, elencando metas e as avaliando, porém no último semestre do ano de 2014, as reuniões não foram realizadas por motivos pessoais e operacionais da equipe.

As falas seguintes demonstram as discussões enunciadas anteriormente.

“Ah eu acho bom, um entrosamento bom ne? Sempre tem seus problemas, suas desavenças é claro que tem, ah como, a gente é uma família sabe? Chega todo mundo ali dia a dia aquela ne? A gente fica como se fosse o que? Irmão, todo dia ta mundo ali sabe?” (P2).

“Eu considero a gente, eu me considero que o posto da gente, é um posto muito unido, ta entendendo? [...] ninguém vai de má vontade não, vai todo mundo unido. Pra gente é um momento assim, descontraído, que a gente se encontra tudinho, pra gente fazer uma atividade coletiva, que a gente faz essa atividade no dia a dia cada um na sua comunidade, mas quando a gente se junta no nosso posto, em equipe pra trabalhar junto, é uma maravilha” (P6).

O modelo norteador de ações adotado pela equipe, apresenta similaridades com o Planejamento Estratégico (PE) para a gestão da saúde estimulado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), nos anos 80, como opção “político-pedagógica-gerencial” que propicia à melhoria na prestação de serviços integralmente, utilizando projetos de educação continuada como instrumento norteador das ações e capacitações (BRANCO et al., 2010).

A superação das deficiências dentro de um serviço de saúde requer cumplicidade e esforços compartilhados dos diferentes atores envolvidos no

sistema. O planejamento e a distribuição dos recursos disponíveis na Unidade direciona o processo organizacional para atender às demandas geradas no cotidiano de trabalho das ESF (MARCOLINO et al., 2009).

O trabalho de uma Equipe de Saúde da Família pode ser visualizado como uma rede de relações entre profissionais, arraigado de poderes, conhecimentos, afetos, interesses e anseios. Assim, os membros das equipes necessitam, problematizar suas ações e avaliar as relações internas, a fim de solucionar os agravos da comunidade e manter o convívio harmonioso entre si (FORTUNA et al., 2005).

Nesta perspectiva o significado de trabalhar coletivamente estar relacionado com ajuda mútua e apoio, onde a união é o instrumento norteador das ações. A maioria dos profissionais ao serem questionados sobre a significância de trabalhar em equipe, afirmaram que essa parceria é importante para evolução e crescimento da equipe, mas que também é difícil pela divergência de ideias e valores dos membros. Assim, “saber escutar” é primordial para o bem comum da equipe e da comunidade.

“Por que não existe EUquipe num canto desse, uma EUquipe não existe, tem que ser uma Equipe!” (P10).

“Eu acho que trabalhar em equipe é você não ver só você, só seu lado, você saber escutar as outras pessoas, pra o bem comum da equipe!” (P5).

“Oh pra mim assim trabalhar em equipe, é você desenvolver um trabalho aonde você encontra apoio naquelas partes, [...] eu penso assim, é como o corpo da gente, eu considero a gente trabalhar em equipe como o corpo da gente, um precisa do outro, ta entendendo? Trabalhar em equipe é isso, é que um precisa do outro, por que ninguém pode caminhar só, em parte alguma“(P6).

Entretanto, quando questionados sobre o planejamento e discussão de atividades relacionadas diretamente a educação em saúde, a maioria dos sujeitos relataram que a equipe ver a necessidade da execução dessas ações, mas que não consegue efetivá-las, por falta de apoio da gestorial, disponibilidade de todos os membros, falta de material didático e até mesmo motivação e presença da comunidade nas atividades.

‘Sempre discute, sempre bota em pauta, mas nem sempre dá tempo de realizar as tarefas que a gente coloca em pauta! [...] o motivo muitas vezes, é a falta de tempo, é a falta de material

didático também, a gente se programa vamos fazer isso, vamos fazer aquilo só que as atividades vai atropelando a gente. Aí a gente remarca, deixa pra o mês e termina nem fazendo!” (P1).

“A equipe ver essa necessidade, mas muitas vezes, as pessoas não colaboram [...] assim eles sempre botam obstáculo, se acomodam muito” (P3).

Os profissionais de saúde compreendem a relevância e complexidade da intersetorialidade, admitindo que o setor saúde isoladamente não dispõe de recursos materiais e humanos para a promoção integral da saúde da população. Entretanto, mesmo detendo tal entendimento, ficam frustrados e desanimados diante da fragmentação e ineficácia de determinadas políticas, aliadas a falta de diálogo e articulação entre os órgãos gestores da administração pública (SENA et al., 2012).

Ferreira et al (2009) elucida que em algumas situações os profissionais de saúde não reconhecem que o “cuidado e seus resultados são uma produção humana”, onde aspectos relacionados ao processo de trabalho, como a organização da equipe, vínculo com a comunidade e articulação com outros setores são elementos que se estruturam e dependem dos próprios sujeitos do sistema para manter-se operantes.

A utilização de ações e atividades de educação em saúde nas práticas de Promoção da Saúde pode ser observada como uma maneira eficaz a propícia de integrar as Políticas Públicas na área da Atenção Básica em Saúde, pois todas as esferas dos poderes públicos (federal, estadual e municipal), preconizam a educação em saúde e a Promoção da Saúde nos documentos e regulamentos pertinentes ao bem estar e saúde da população (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

As ações educativas na ESF, constituem parte fundamental da estratégia de reorganização do modelo assistencial, na tentativa de reestruturar e fortalecer a Atenção Básica à Saúde, priorizando-se a integralidade da assistência como foco central do serviço, desse modo todo o acompanhamento médico deve considerar aspectos pertinentes à família, ao domicílio e a comunidade, nessa lógica o aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção seria consequência da vinculação dos profissionais e serviços de saúde entre si e com a comunidade, produto de uma ação intersetorial (CHIESA; VERISSIMO, 2001).

Para melhor compreender a visão dos profissionais sobre a educação em saúde e sua efetivação na prática cotidiana, foi perguntando se observavam alguma relação e/ou influência entre educação em saúde e trabalho em equipe, a maior parte afirmou haver algum tipo de relação ou influencia entre ambas, devido a interdisciplinaridade existente no processo educativo, afirmaram visualizar uma relação de dependência, ressaltada pela necessidade de união da equipe, pois a troca de conhecimentos e orientações mútuas influencia na construção de um saber coletivo. Além de que a junção de experiências de vários profissionais é mais atraente para comunidade “eles escutam mais”.

“É importante o trabalho em equipe por que através da minha área eu posso melhorar a área de outro profissional, e o profissional atuando na sua área ele melhora a minha também, então a gente em equipe consegue os frutos que sozinho não consegue” (P4).

“Por que a educação em saúde ela só funciona, assim praticamente com o trabalho em equipe” (P5).

“Quando você faz a educação em saúde, você sente a importância de cada vez mais a gente ta unido, de cada um cada vez mais passar conhecimento pra o outro, e quando a gente troca conhecimentos, quando há essa interdisciplinaridade tudo funciona melhor ne?” (P9).

Fernandes e Backes (2010) destacam que as maiores contribuições dos profissionais de saúde para a comunidade, somente é alcançada quando o trabalho da equipe é organizado, e seu objetivo é o cuidado e a promoção da saúde da população.

No entanto, para que a relação entre educação e saúde e trabalho em equipe seja de fato eficaz e duradoura é imprescindível que ações de educação permanente desses trabalhadores da saúde ocorra de modo contínuo. Apenas dessa forma, a agregação de novos conhecimentos para, com e entre as equipes será viável, tornando-as protagonistas dos processos produtivos na saúde (FRANCO, 2007).

Com objetivo de encerrar a discussão, pediu-se aos sujeitos que elencassem os elementos facilitadores e dificultadores para realização de práticas de educação em saúde no âmbito da ESF. Como elementos facilitadores do processo de trabalho na ESF, o vínculo com a comunidade, foi exaltado, visto que o contato direto com as pessoas possibilita o diálogo

produtivo, aliado ao fato de que a próprio território identifica o serviço como sendo seu, especialmente através dos agentes comunitários de saúde, que são indivíduos naturais da comunidade, a união e empenho conjunto entre a equipe também foi considerada como um ponto positivo. E como elementos de obstáculos destacaram-se: a falta de material didático de qualidade, a obrigatoriedade no uso do cartão do SUS, dificultando a realização de práticas e tornando-se momentos “cronometrados e estáticos”, tendo a figura do cartão como de um ingresso para evento, a resistência por parte da população, a sobrecarga da equipe com atividades burocráticas e administrativas, a demanda exacerbada do serviço, devido à falta de âncoras para distribuir igualmente a população atendida, o foco de atuação do serviço no tratamento e não na promoção e prevenção, somado ao insuficiente apoio gestorial.

As falas seguintes demonstram de modo claro as afirmativas supracitadas.

“Eu acho que a facilidade é o acesso direto com a comunidade, por que os PSF hoje, queira que não queira, uma coisa que realmente é positiva dos PSF é o vínculo que ele tem com a comunidade. A comunidade ela se identifica com os PSF, ela se identifica com os profissionais de saúde, principalmente com os ACS que tá lá mensalmente, as vezes, diariamente, semanalmente na comunidade, nas residências, conversando com as pessoas, então se criou um vínculo da comunidade com o PSF” (P5).

“Facilidade que a gente tem é de quando a gente se junta pra fazer um trabalho a gente faz, quando dá pra fazer a gente faz mesmo, a gente começa e a gente termina” (P1).

“As dificuldades em falta de materiais, em faltas de panfletos, essas coisas né? [...]Que a gente pra dá uma palestra sobre uma atividade, fazer uma atividade sobre um assunto, sobre a gente precisa de muita coisa né?” (P2).

“Aqui a gente tem muita dificuldade com material didático pra palestra! A maior dificuldade que a gente sente é isso, e agora com esse problema que tudo tem o cartão SUS fica difícil também” (P9).

Os profissionais da saúde apresentaram dificuldades em expressar suas análises críticas em relação à gestão da saúde no município, demonstrando receio. Tal percepção foi comprovada, pois muitos profissionais apresentaram respostas confusas, com lacunas e nuances, diferentemente das respostas que apresentaram às demais questões. Isso pode sugerir, como alerta Dejours (2003

apud KRUG et al., 2010) uma dificuldade de tecer críticas aos cargos hierarquicamente superiores, como uma estratégia defensiva frente ao que aparente ser “ameaçador”.

Na reorganização dos serviços de saúde, é fundamental se ter como meta central do processo de trabalho, a produção do cuidado, centrada universal e integralmente no usuário do serviço, onde o acolhimento e o vínculo entre “cuidador e cuidado” seja realçado, adotando-se tecnologias relacionais para a assistência aos usuários, as baseiem-se na escuta ativa e sensível, em orientações preventivas e terapêuticas compartilhadas, na confiança, corresponsabilização e valorização da pessoa e não do seu problema de saúde (NOGUEIRA et al., 2012).

6 CONCLUSÃO

A educação em saúde pode ser abordada de inúmeras formas na Estratégia de Saúde da Família. A educação pode ser “libertadora”, como demonstrou Paulo Freire no seu ideário metodológico, através dos círculos de cultura, que possibilitam um diálogo horizontal e igual entre os sujeitos envolvidos, possibilitando a autonomia de todos os participantes.

Essa pesquisa demonstrou que a percepção dos profissionais de saúde sobre a educação em saúde, ainda é bastante restrita ao repasse informações como meio de transmissão de conhecimentos científicos à população a fim de reduzir o risco de patologias.

Pôde-se observar que os profissionais detêm conhecimentos atuais acerca do tema. Todavia, ao explanarem sua própria prática, reproduzem uma outra forma de assistência divergente da elucidada, alicerçada no repasse de informações, através quase sempre de palestras, com ênfase no saber técnico e não no popular, onde a participação da população nas atividades educativas ainda é muito tímida, o não contribui para a construção de sujeitos críticos e independentes.

Assim, como no estudo norteador dessa pesquisa foi possível constatar que, mesmo os profissionais compreendendo a educação em saúde como um elemento primordial no cuidado, observa-se ainda que vem sendo realizadas poucas práticas emancipatórias com a comunidade, e quando acontecem, comportam-se de modo vertical, com um “sentido único profissional-usuário e como responsabilidade individual”, onde as atribuições de cada sujeito dentro do processo são restritas, delimitando “quem é o educador e quem é o educando”.

Nas falas sobre a relação e influência do trabalho em equipe nas ações educativas, percebe-se que há um desejo real na efetivação das práticas, e que a maioria dos profissionais estar feliz com sua atuação profissional, entretanto, o comprometimento de todos os membros, ainda não é suficiente para estruturar uma rede de educação permanente no território, visto que no momento de planejamento e execução das atividades, outras pautas são priorizadas pela equipe.

Para isso o empoderamento da comunidade, com a finalidade de permitir que seus membros decidam qual a melhor forma de conduzir suas vidas, deve ser o objetivo maior de uma equipe de saúde da família. Mediante, a construção de um pensamento crítico sobre a realidade, exaltando-se as potencialidades do território e refletindo as melhores formas de superar as fragilidades da comunidade, através da exigibilidade de políticas públicas que assegurem os direitos constitucionais, violados muitas vezes, pelo desentendimento dos sujeitos.

A educação em saúde deve ser vista como prática emancipadora para que indivíduos e grupos se organizem e desenvolvam ações a partir de suas próprias prioridades, respeitando suas culturas, aspectos sociais, econômicos e biológicos, estimulados sempre a promover a participação de todos os sujeitos nas ações para melhoria de suas condições de vida e saúde.

Contudo, não obstante, a noção de que o processo educativo em saúde, não pode ser observado apenas por essa ótica, mas deve e necessita ser enxergado e utilizado como um instrumento prático, eficaz, viável e transformador das condições de vida da população, permitindo que a partir de discussões e reflexões conjuntas, a autonomia dos sujeitos seja alcançada. Esses profissionais já vislumbram a adoção de novas metodologias e práticas educativas como alternativas potencializadoras de seus trabalhos em saúde.

Espera-se então, que esta pesquisa propicie uma reflexão crítica a respeito do temática dentro dos processos de trabalho observados nos serviços de Atenção Básica, possibilitando que profissionais e interessados pela área, enxergue-a por diferentes ângulos, e dessa forma baseados em relações dialógicas e na valorização do saber popular, reformulem práticas e ações, tornando-as universais, integrais e equânimes diante da realidade de cada comunidade assistida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materna infantil [online]**, Recife, PE, 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=345708&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** (Série I. História da Saúde no Brasil). Brasília, DF, 300 p, 2006. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/monicarochag/a-constru-do-sus-histria-da-reforma-sanitria>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 199 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – **Cadernos de Atenção Básica**, n. 21), 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_vigilancia_saude.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** (Coleção Para Entender a Gestão do SUS vol.3). Brasília, DF, 2011. 197 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. 110 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, ago. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832004000200006&script=sci_abstract&tIng=pt>. Acesso em: 19 nov. 2014.

ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, vol.16, n.1, pp. 319-325. ISSN 1413-8123, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

ALVES, L. H. S; BOEHS, A. E; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de Saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 401-408p. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200019&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 dez. 2014.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação** [online], vol.9, n.16, 39-52 p, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a05.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

BACKES, D. S; BACKES, M. T. S; ERDMANN, A. L; BÜSCHER, A; MARCHIORI, M. T; KOERICH, M. S. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1151-1157 p. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a09v17n5.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

BESEN, C. B; NETTO, M. D. S; DA ROS, M. A; SILVA, F. D; SILVA, C. D; PIRES, M. F. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

BRANCO, J. P; SIMIONI, F. J; SIQUEIRA, E. STRADIOTTO; BINOTTO, ERLAINE. Planejamento estratégico e a Saúde Pública: um estudo do Programa Saúde da Família. XXX ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2010, São Paulo. **Anais eletrônicos ...** São Paulo: **ENEGEP**, 10-22p. 2010. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_tn_sto_119_775_15234.pdf f >. Acesso em: 13 jan. 2015.

BRANDÃO, C. R. A educação popular na área da Saúde. **Interface - Comunic, Saúde**, Educ 8, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/10.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

BRITO, J. C. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1612-1614, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500039&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 14 fev. 2015.

CÂMARA, A. M. C. S; MELO, V. L. C; GOMES, M. G. P; PENA, B. C; SILVA, A. P; OLIVEIRA, K. M; MORAES, A. P. S; COELHO, G. R; VICTORINO, L. R. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** 36 (1 Supl. 1): 40 – 50p. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a06.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

CAMPOS, E. P; CHAVES, A. N; PEREIRA, C. M; FONTAINE, J. A. L; SANTOS, L. J; CARDOSO, L. M. F; NASCIMENTO, L. G. P. N; SILVA, V. C. F. Equipes do Programa Saúde da Família: Estresse Profissional e Dinâmica de Trabalho. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 46-54, jan./mar. 2010. Disponível em:

<<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/issue/view/30>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, n 15(4): 679-84 Florianópolis, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/19.pdf> >. Acesso em: 15 dez. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>.

CERVERA, D. P. P; PARREIRA, B. D. M; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1), 1547-1554p. 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a90v16s1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

CHIESA, A. M; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. A Educação em Saúde na Prática do PSF. Manual de Enfermagem – Temas de Caráter Introdutório [online], 2001. Disponível em: < www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 16 jan. 2015.

COSTA, M. P; MARQUES, L. F. S; OLIVEIRA, M. G; ROCHA, A. A; PEREIRA, A. P. S; OLIVEIRA, C. L; SIQUEIRA, G. S; SOUSA, M. D; PAULINO, V. V. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na estratégia saúde da família. **Convibra saúde**, v. 6, p. 7, Campos, 2012. Disponível em: < http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/66/2012_66_4274.pdf >. Acesso em: 29 dez. 2014.

COSTA, L. M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? - Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 201-208, 2004. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742004000400002&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 17 fev. 2015.

EZEQUIEL, M. C. D. G; NOEL, B. K; LEMOS, P. P; PAIVA, A. C; BORGES, L. P; FERREIRA, G. M; SANZOVO, P. S. Estudantes e Usuários Avaliam Ferramenta de Educação Permanente em Saúde – Sieps. **Revista Brasileira de Educação Médica** 36 (1, Supl. 2), 112-130p. 2012.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a17v36n1s2.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

FERNANDES, M. C. P; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63(4): 567-73, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

FERREIRA, V. S. C; ANDRADE, C. S; FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4):898-906, 2009. Disponível em: < <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/processo-trabalho-ac-s-reestruturacao-produtiva.pdf> >. Acesso em: 19 jan. 2015.

FORTUNA, C. M; MISHIMA, S. M; MATUMOTO, S; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, 13(2): 262-268p, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020 >. Acesso em: 05 jan. 2015.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Rio de Janeiro, v.11, n.23, p.427-38, 2007. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000300003&script=sci_arttext >. Acesso em: 13 jan. 2015.

GARCIA, M. A. A; YAGI, G. H; SOUZA, C. S; ODONI, A. P. C; FRIGÉRIO, R. M; MERLIN, S. S. Atenção à Saúde em Grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 175-82 p. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a05.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2014.

GUARDA, F. R. B; SILVA, R. N; TAVARES, R. A. S. W. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 3, n. 2, p. 17-24, 2012. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232012000200003&script=sci_arttext >. Acesso em: 18 jan. 2015.

IMBRIZI, J. M; AGUIAR, F. B. T; FAJARDO, A; HIRATA, J. H. B; KAWAGOE, K; MIYAURA, A. K. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 15, n. 1, p. 153-169, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-37172012000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 dez 2014.

JUNQUEIRA, S. R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. 2011. (Desenvolvimento de material

didático ou instrucional - Apostila). Disponível em: <
http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

KLEBA, M. E; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29498/31358>>. Acesso em: 28 dez 2014.

KRUG, S. B. F; LENZ, F. L; WEIGELT, L. D; ASSUNÇÃO, A. N. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77 - 88, 2010. Disponível em: <>. Acesso em: 16 dez. 2014.

LARA JUNIOR, N; RIBEIRO, C. T. Intervenções psicossociais em comunidades: contribuições da psicanálise. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 91-99, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/11.pdf>>. Acesso em: 24 dez 2014.

LENTSCK, M. H; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, suppl.3, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000900020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 dez. 2014.

LIMA, R. T; BARROS, J. C; MELO, M. R. A; SOUSA, M. G. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Rev. Nutr. [online]**, vol.13, n.1, pp. 29-36, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732000000100004>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

MACHADO, M. F. A; VIEIRA, N. F. C; SILVA, R. M. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol 15, 2133-2143 p. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400027>. Acesso em: 15 jan. 2015.

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M; QUEIROZ, D. T; VIEIRA, N. F. C; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007. Disponível em: <
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

MALFITANO, A. P. S; LOPES, R. E. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cad. Cedes**, Campinas, vol. 29, n. 79, 361-372p. 2009. Disponível

em: < <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/06>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

MARCOLINO, A. B. L; NOGUEIRA, J. A; RUFFINO-NETTO, A; MORAES, R. M; SÁ, L. D; VILLA, T. C. S; ROLIM, F. J. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. **Rev Bras Epidemiol**, v. 12, n. 2, p. 144-57, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf> >. Acesso em: 17 jan. 2015.

MARTINES, W. R. V; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, vol.41, n.3, pp. 426-433. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300012>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

MEDEIROS, C. R. G; JUNQUEIRA, A. G. W; SCHWINGEL, G; CARRENO, I; JUNGLES, L. A. P; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, supl. 1, 1521-1531p. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

MELQUÍADES, D. D; LEITE, M. C. A. O estresse ocupacional em equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.gvaa.org.br/revista/index.php/REBES/article/view/3051>>. Acesso em: 03 jan. 2015.

MERHY, E. E; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B; BUENO, W. S (Org.) O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. Resenha de: BRITO, J. C. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1612-1619 p. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500039>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MONTEIRO, M. M; FIGUEIREDO, V. P; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista Esc. Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP**, 354-364 p. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015>. Acesso em: 19 nov. 2014.

MOTA, R. R. A; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trab. educ. saúde**, v. 8, n. 2, 2010. Disponível em: < <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r297.pdf> >. Acesso em: 17 fev. 2015.

- NOGUEIRA, J.A; OLIVEIRA, L.C.S; SÁ, L.D; SILVA, C.A; SILVA, D.M; VILLA, T.C.S. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. **Rev Rene [online]**. 13(4):784-93, 2012. Disponível em; < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1073/pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- NUNES, M. O; TRAD, L. B; ALMEIDA, B. A; HOMEM, C. R; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública [online]**, vol.18, n.6, pp. 1639-1646, 2002. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600018>>. Acesso em: 20 fev. 2015.
- OLIVEIRA, H. M; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 761-763, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28>>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- OLIVEIRA, L. M. C. D; JUNIOR, B. R; TEIXEIRA, R. B; AROUCHA, B. N. D; JORGE, R. R; CALDAS, D. M. A importância do vínculo entre profissional e paciente na Estratégia de Saúde da Família: um relato de caso. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 4, n. 2, 2010. Disponível em: < <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/1143> >. Acesso em: 15 fev. 2015.
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013001000003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 28 out. 2014.
- PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional de Saúde [online]**, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2015.
- PINAFO, E; NUNES, E. F. P. A; GONZÁLEZ, A. D; GARANHANI, M. L. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2, 201-221p. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/03.pdf> >. Acesso em: 01 nov. 2014.
- POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. Disponível em: < <http://br.librosintinta.in/fundamentos-de-pesquisa-em-enfermagem-polit-pdf.html>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

RIBEIRO, M. C. S. A; BARATA, R. B; ALMEIDA, M. F; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. Saúde coletiva [online]**, vol.11, n.4, pp. 1011-1022, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400022&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 29 jan. 2015.

SENA, L. A; CAVALCANTI, R. P; PEREIRA, I. L; LEITE, S. R. R. Intersetorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, Paraíba, 16(3):337-342, 2012. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/download/12803/7873> >. Acesso em: 13 jan. 2015.

SCHWARTZ, T. D; FERREIRA, J. T. B; MACIEL, E. L. N; LIMA, R. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, n.4. 2145-2154 p. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000400028&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 15 jan. 2015.

SHIMIZU, H. E; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n9/a21v17n9.pdf> >. Acesso em: 23 dez 2014.

SILVA, L. A; CASOTTI, C. A; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol 18, 221-232 p. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013000100023&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 jan. 2015.

SILVA, A. C. M. A; VILLAR, M. A. M; CARDOSO, M. H. C. A; WUILLAUME, S. M. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.1, p.159-169, 2010. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1729> >. Acesso em: 28 dez. 2014.

SOUZA, L. M; WEGNER, W; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 15, n. 2, p. 337-343, 2007. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/65585> >. Acesso em: 13 fev. 2015.

TEÓFILO, T.J.S; GUBERT, F.A; NEPOMUCENO, L.B; TEÓFILO, F.K.S. Satisfação e os fatores de satisfação relacionados ao trabalho: perspectiva de trabalhadores na estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE [online]**. Recife, n. 7, ago. 2013. Disponível em: < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfe> >

rmagem/index.php/revista/article/download/4571/6955>. Acesso em: 20 dez. 2014.

THIAGO, S. C. S; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev saúde pública**, v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2243.pdf> >. Acesso em: 18 fev. 2015.

RODRIGUES, D; SANTOS, V. E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J Health Sci Inst**, 28(4):324-4, 2010. Disponível em: < http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04_out-dez/V28_n4_2010_p321-324.pdf >. Acesso em: 18 dez. 2014.

ROSENSTOCK, K. I. V; SANTOS, S. R; GUERRA, C. S. Motivação e envolvimento com o trabalho na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2011. Disponível em: < <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/280>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cad. Cedec**, v. 29, n. 79, p. 323-333, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/03.pdf> >. Acesso em; 13 fev. 2015.

RONZANI, T. M; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, vol.13, n.1, pp. 23-34, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100007>>. Aceso em: 14 fev. 2015.

VIEGAS, S. M. F; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 375-385 p. 2012. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/221/pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

ZANETTI, T. G; SAND, I. C. P. V; PERLINI, N. M. O. G; KOPF, Á. W; ABREU, P. B. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2011. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7664> >. Acesso em: 20 fev. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO NORTEADOR DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

MÓDULO 1

D. Dados de Identificação

D1. Idade: _____

D2. Sexo: () Feminino () Masculino

D3. Profissão: _____

D4. Escolaridade: () ensino fundamental () ensino médio incompleto

() ensino médio completo () ensino técnico () ensino superior completo

D5. No caso de possuir ensino superior completo, possui alguma pós-graduação?

() sim () não **D6.** Se sim, especifique: _____

D7a. Se, há quanto tempo concluiu o curso superior? _____ (profissionais de nível superior)

D7b. Se, há quanto tempo concluiu o ensino médio? _____ (profissionais de nível médio)

D8. Há quanto tempo atua na ESF em Areia? _____

D9. Já trabalhou em outra ESF? () sim () não **D10.** Se sim, por quanto tempo? _____

D11. Você mora em Areia? () sim () não **D12.** Se não, onde? _____

D13. Quais dias você passa em Areia? () segunda-feira () terça-feira () quarta-feira

() quinta-feira () sexta-feira () sábado () domingo

D14. São oferecidas capacitações profissionais pela gestão para a equipe?

() sim () não **D15.** Se sim, com que frequência? () mensal () bimestral () trimestral () semestral () anual () não há regularidade

D16. Você procura capacitações por conta própria, independente das oferecidas pela gestão?

() sim () não

D17. Você recorda quando foi a última capacitação que você participou? () sim () não

D18. Se sim, quando e qual foi a temática? _____

MÓDULO 2

Educação em Saúde

1. Como você se sente trabalhando na ESF? Como é ser um profissional de saúde da ESF?
2. Se pudesse escolher uma palavra para definir seu sentimento em relação ao seu trabalho, que palavra você escolheria? Quando pensa no seu trabalho, qual sentimento vem à tona?
3. Você poderia descrever como é a sua atuação profissional nesta Unidade? O que você faz no seu dia a dia profissional? Que ações desenvolve?

4. Quando você escuta o termo educação em saúde, o que vem a sua mente? Qual sua opinião sobre isso?
5. E práticas educativas em saúde? O que você acha que são? Qual sua opinião sobre atividades educativas na área de saúde?
6. Você observa práticas de educação em saúde no seu local de trabalho? Poderia me citar alguma?
- 6a. Se sim... Acontecem com frequência? A organização dessas atividades parte de todos os membros da equipe, ou de profissionais específicos? Você gosta dessas atividades? Se envolve?
7. Você acha importante a realização de atividades educativas em saúde? Por que? Qual a necessidade dessas ações?
8. O que te motivou a trabalhar na Estratégia Saúde da Família? Como você chegou aqui? O que você fez? De onde é que surgiu essa vontade? Algo durante sua vida te influenciou a trabalhar na ESF? (Existiu alguma influência durante sua graduação?)
9. O que é necessário para uma pessoa trabalhar na ESF? Qual característica pessoal é indispensável para uma pessoa ser um profissional de saúde (agente, enfermeiro, médico de acordo com o profissional...) da Estratégia? O que é necessário ter?
10. Como é o convívio entre os membros da equipe aqui? Existem encontros entre vocês? Há algum momento único da equipe? Algum momento de conversa, de reunião?
11. Mas o que significa trabalhar em equipe para você? Qual sua opinião sobre isso?
12. Vocês, enquanto equipe, discutem a questão da educação em saúde? Com respeito a realização de atividades educativas para a comunidade? Vocês veem alguma importância desse trabalho educativo?
13. Você acha que a Educação em Saúde e o Trabalho em equipe, tem algo em comum? O que?
14. Pra você Trabalhar em equipe, influencia de alguma forma o processo educativo em saúde? Como? Por que?
15. E pra finalizar, na sua opinião, a Estratégia de Saúde da Família, permite a realização de práticas de educação em saúde? Quais as facilidades que ela proporciona? E que dificuldades ela apresenta?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família de um Município do Brejo Paraibano sobre Educação em Saúde”, que possui como objetivo geral apreender a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família, do município de Areia, Estado da Paraíba, atuantes na Unidade Básica de Saúde Juvenal Espínola Filho, a respeito da educação em saúde e sua efetivação na prática cotidiana, tendo como objetivos específicos: identificar o olhar dos profissionais, a respeito de práticas educativas na área da saúde; identificar as ações e/ou práticas educativas desenvolvidas no serviço; relacionar a formação e/ou capacitação profissional com as práticas educativas executadas; analisar a compreensão dos profissionais sobre a constituição de equipe e sua relevância para o trabalho educativo.

Esta pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna de graduação e pesquisadora assistente, Jéssica Carla Felizardo Theotonio e está sob a orientação da professora e pesquisadora responsável Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso.

Para a realização do trabalho, ao voluntário caberá responder a uma entrevista com questões sobre o processo de educação em saúde e sua efetivação na prática profissional. É necessária sua autorização para gravação do áudio da entrevista, a fim de materializar os dados. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e é assegurado o sigilo sobre sua participação, de acordo com as exigências **da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, que disciplina pesquisas com seres humanos. Os dados serão divulgados somente como apanhado estatístico do conjunto de dados obtidos, sem correlação com a identificação pessoal de nenhum dos profissionais. Você poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Não haverá nenhum constrangimento ou implicações para seu trabalho, nem quaisquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico. Os riscos apresentados pela pesquisa são mínimos, sendo reconhecidos como constrangimento ou recusa à participação.

A equipe de pesquisadores agradece sua participação

Cordialmente,

Pesquisadora Responsável

Endereço para contato e esclarecimentos:
Unidade Acadêmica de Saúde
Centro de Educação e Saúde
Universidade Federal de Campina Grande
Olho D'Água da Bica s/n - Cuité-PB
CEP: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900
Endereço eletrônico:
jessica_felizardo@hotmail.com
Telefone: (083) 9660-4719



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa “Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família de um Município do Brejo Paraibano sobre Educação em Saúde”. Concordo em participar e autorizo a gravação da entrevista.

Assinatura do entrevistado