

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALINE NEVES OLIVEIRA

**EDUCAÇÃO E INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Campos Gerais

2014

ALINE NEVES OLIVEIRA

**EDUCAÇÃO E INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, como pré-requisito para obtenção de grau de Especialista.

Orientadora: Professora Dra.
Solange Cervinho Bicalho Godoy.

Campos Gerais

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através
do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFMG

OLIVEIRA, ALINE NEVES

EDUCAÇÃO E INTEGRALIDADE NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA [manuscrito] / ALINE NEVES OLIVEIRA. -
2014.

32 f.

Monografia apresentada ao curso de
Especialização em Formação Pedagógica Para
Profissionais da Saúde - Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção
do título de Especialista em Formação Pedagógica
para Profissionais da Saúde.

1.educação em saúde. I.Godoy, Solange
Cervinho Bicalho . II.Universidade Federal de Minas
Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Aline Neves Oliveira

**EDUCAÇÃO E INTEGRALIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Solange Cervinho Bicalho Godoy (Orientadora)



Prof. Walter Batista Cicarini

Data de aprovação: 15/02/2014

Dedico este trabalho à minha família, especialmente ao meu Pai, à minha Mãe, à minha Irmã e ao meu Noivo. Minha dedicação será sempre a vocês, obrigada pelo apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento é sempre a Deus, pela força e companhia eternas, pelo amparo nas horas difíceis e, por não deixar que eu desanimasse.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade e, à Coordenação do Curso de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde – CEFPEPS.

Aos Tutores, Professora Carla Lucia Goulart Constant Alcoforado e João Henrique de Moraes Ribeiro. Obrigada pelos ensinamentos e principalmente pela disponibilidade. Vocês fizeram e fazem toda a diferença.

À Orientadora Professora Dra. Solange Cervinho Bicalho Godoy, pela confiança e paciência.

Às colegas de turma, que proporcionaram uma caminhada mais leve e divertida durante todo curso. De vocês levarei as melhores lembranças.

RESUMO

Introdução: A Educação em Saúde promove valiosa contribuição para a prática assistencial, oferecida pelo profissional ao usuário, no cenário da Estratégia de Saúde da Família (ESF), já que é responsável pelo desenvolvimento da autonomia dos sujeitos por meio da criação de vínculo e responsabilização. **Objetivo:** Analisar como o princípio da Integralidade vem norteando o desenvolvimento de ações educativas dos profissionais da Saúde da Família no seu processo de trabalho assistencial. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura nas bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) SciELO e LILACS com o cruzamento dos descritores controlados (DeCS/MeSH) “Educação em Saúde”; “Assistência Integral”; “Programa Saúde da Família”; “Enfermagem”. **Resultados e Discussão:** Na primeira busca foram identificados 36 artigos e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 21 deles foram selecionados. Na segunda etapa, por meio da aplicação do instrumento de coleta de dados e análise crítica dos artigos, 14 foram selecionados. A maioria dos artigos apresentam estratégias educativas pautadas na transmissão de conhecimentos e em metodologias tradicionais. Foram apontadas limitações referentes à infra-estrutura da unidade e às prioridades institucionais em detrimento das ações educativas. **Conclusão:** o princípio da Integralidade não norteia o desenvolvimento das práticas de educativas na ESF e, tal situação justifica-se pelo desenvolvimento paralelo do processo de trabalho às legislações vigentes, o que dificulta a reafirmação dos princípios e as intenções do Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health Education promotes valuable contribution to the practice offered by the professional user in the scenario of the Family Health Strategy (FHS), since it is responsible for the development of personal autonomy through the creation of bond and accountability. **Objective:** To analyze the principle of Completeness has guided the development of educational activities of the professionals of the Family Health in the process of providing care. **Methods:** This is an integrative literature review on the bases: Virtual Health Library (VHL) SciELO and LILACS with the intersection of controlled descriptors (DeCS/MeSH) "Health Education" ; "Comprehensive Care"; " Health Program family"; "Nursing". **Results and Discussion:** In the first search 36 articles were identified and, after applying the inclusion and exclusion criteria, 21 of them were selected. In the second step, through the application of the instrument for data collection and critical analysis of articles, 14 were selected. Most articles present educational strategies guided by the transmission of knowledge and traditional methodologies. Limitations relating to the infrastructure of the unit and institutional priorities at the expense of educational activities were identified. **Conclusion:** the principle of Integrality no guides the development of educational practices in the FHS, and this situation is justified by the parallel development of the labor process the existing laws, which complicates the reaffirmation of the principles and intent of the Unified Health System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DESENVOLVIMENTO	10
2.1 OBJETIVOS	10
2.1.1 Objetivo Geral.....	10
2.1.2 Objetivos Específicos	10
2.2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.2.1 Estratégia de Saúde da Família	10
2.2.2 Integralidade da Assistência	11
2.2.3 Educação em Saúde.....	12
2.3 MÉTODO.....	13
2.3.1 Etapas para Revisão Integrativa	14
2.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão	14
2.3.3 Análise dos Dados	15
3 RESULTADOS.....	16
4 DISCUSSÃO	17
4.1 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A ESF	18
4.2 PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESF	10
4.3 LIMITAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESF	21
5 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICE A	29

1 INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde promove valiosa contribuição para a prática assistencial, oferecida pelo profissional ao usuário, no cenário da Estratégia de Saúde da Família (ESF), já que é responsável pelo desenvolvimento da autonomia dos sujeitos por meio da criação de vínculo e responsabilização.

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada pela Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006) e, elegeu a Estratégia da Saúde da Família como prioritária para reorganização dos serviços de saúde, transformando-a em espaço receptivo e resolutivo para os principais problemas de saúde da comunidade, pautado no modelo de atenção epidemiológico e nos princípios éticos e morais, preconizados pela legislação de saúde vigente (BRASIL, 2006).

Os princípios que regem a atenção na ESF reiteram os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) destacando-se a universalidade de acesso; a integralidade da assistência; a preservação da autonomia dos usuários; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; a resolutividade dos serviços em todos os níveis de assistência e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Com base no princípio da Integralidade, as ações de Educação em Saúde vislumbram o usuário em uma perspectiva biológica, cultural, social e política, bem como articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Estas ações se entrelaçam como um elemento produtor de um saber coletivo, que traduz no indivíduo sua autonomia e a emancipação para cuidar de si e de sua família (MACHADO et al, 2007).

O conceito de Educação em Saúde está ancorado no conceito de Promoção da Saúde e, tais conceitos abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana (CASTRO et al, 2009). As práticas de Educação em Saúde encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e de saúde, promovendo espaços para troca de informação, permitindo identificar as demandas de saúde dos usuários e as escolhas mais adequadas, diminuindo, assim, a distância habitual entre profissionais de saúde e população (ARAÚJO, 2004).

Neste sentido, a Educação em Saúde deve ser integrada aos cuidados de saúde, uma vez que não só veicula informações, mas sugere alternativas para a prevenção de doenças e a Promoção da Saúde dos indivíduos e da comunidade (HORTA et al, 2009). E, desta maneira, a ESF constitui espaço fundamental para o desenvolvimento deste fazer devendo, portanto, desempenhar suas ações pautadas nos princípios constitucionais do SUS, com destaque para a Integralidade da assistência.

Este estudo tem por objetivo analisar como o princípio da Integralidade vem norteando o desenvolvimento de ações educativas dos profissionais da Saúde da Família, no seu processo de trabalho assistencial. Sua realização justifica-se pela importância do tema, visto que poderá agregar maiores conhecimentos acerca do problema, bem como promover e reafirmar a importância da implementação de práticas de Educação em Saúde na rede, tornando a assistência ofertada no cenário da ESF completa e integral.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral

Analisar como o princípio da Integralidade vem norteando o desenvolvimento de ações educativas dos profissionais da Saúde da Família no seu processo de trabalho assistencial.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais práticas de Educação em Saúde desenvolvidas no cenário da ESF;
- Analisar a articulação entre práticas educativas e desenvolvimento da Integralidade da assistência, no cenário da ESF;

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.2.1 Estratégia de Saúde da Família

A ESF tem por objetivo a reorganização da Atenção Básica no território nacional, de acordo com os preceitos estabelecidos pelo SUS, constituindo, assim, a porta de entrada do usuário nos serviços de saúde. Destina-se a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, perfil assistencial do nível primário de atenção.

Possui como características principais: o caráter substitutivo, em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; a equipe realiza cadastro domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde e, busca o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, por meio de postura pró-ativa; desenvolve atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizados com

base no diagnóstico situacional; tem como foco a família e a comunidade; busca a integração com instituições e organizações sociais, em especial as que se localizam em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e, constitui finalmente, um espaço para construção de cidadania (BRASIL, 2006).

O processo de trabalho na ESF pauta-se na adscrição da clientela, com a definição de um território de abrangência para atuação e responsabilização, cadastramento das famílias por meio das visitas domiciliares, diagnóstico situacional e programação local, sistema de referência e contra-referência que indica os caminhos percorridos pelo usuário na rede de serviços, equipe multidisciplinar e educação continuada (BRASIL, 1997).

No que se refere à equipe multidisciplinar básica, que atua na ESF, esta deve ser composta pelo médico (generalista ou de família), enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, sendo que as necessidades e disponibilidades locais indicarão o quantitativo desses profissionais ou a presença de outros. Cabe ressaltar que, para que a equipe de saúde da família possa adequadamente desenvolver suas ações, faz-se imperativo o conhecimento detalhado das condições de vida da comunidade, suas carências, dificuldades e problemas, tanto em relação aos aspectos epidemiológicos e sanitários, quanto à sua realidade sócio-econômica e cultural (BRASIL, 1999).

A assistência oferecida na ESF deve considerar o homem individual em suas necessidades, assim como ser inserido em uma unidade coletiva. Nesse sentido, as organizações do processo de trabalho devem mover-se rumo a um objetivo comum por meio de ações que priorizem a promoção à saúde, o desenvolvimento da autonomia, a valorização dos saberes e perspectivas dos usuários perfazendo, assim, a Integralidade da assistência.

2.2.2 Integralidade da Assistência

O conceito de Integralidade da assistência, de acordo com a Lei 8.080 de 1990, refere-se ao conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 1990). A

Integralidade da assistência considera o indivíduo em suas necessidades e, ainda, enquanto ser imerso em um contexto social, necessitando assistência de acordo com os eminentes problemas de saúde apresentados.

Evidencia-se, ainda, a Integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Cabe ressaltar que os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (MACHADO et al, 2007).

Ademais, a Integralidade abarca o conceito de promoção à saúde, que refere-se uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde e, refere-se à necessidade de combinar os múltiplos determinantes da saúde, genéticos, ambientais, serviços oferecidos e estilo de vida, com múltiplas intervenções ou fontes de apoio (CANDEIAS, 1997).

Machado et al (2007) afirmam que o conceito de Educação em Saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico, mental, ambiental, pessoal e social (MACHADO et al, 2007).

Nesse contexto, a Educação em Saúde apresenta-se como estratégia valiosa para o desenvolvimento de ações de promoção em saúde e, conseqüentemente para a Integralidade da assistência, necessitando maior ênfase na divulgação e capacitação profissional para a implementação na prática.

2.2.3 Educação em Saúde

A Educação em Saúde refere-se a combinações de experiências de aprendizagem direcionadas para facilitar ações voluntárias que contribuem para o estado de saúde. Enfatiza a importância de combinar múltiplos fatores

comportamentais com múltiplas experiências de aprendizagem e, de intervenções educativas. Tal conceito distingue-se de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, caracterizando-o como uma atividade sistematicamente planejada (CANDEIAS, 1997).

No cenário da ESF, as práticas de Educação em Saúde ganham espaços importantes no que se refere a informar a população para situações de risco em saúde. Destaca-se a formação de grupos de apoio para determinadas doenças, como diabetes, hipertensão, câncer, grupos que se formam de acordo com a faixa etária, grupos de adolescentes e idosos, e, ainda de acordo com situações particulares, como os grupos de gestantes, tabagistas e deficientes (HORTA et al, 2009).

No entanto, torna-se importante ressaltar, a necessidade de preparo profissional para o desenvolvimento de práticas de Educação em Saúde nos serviços e setores da rede. Práticas pautadas em informações prescritivas e normativas não obtém grande sucesso na transformação e integralização da assistência, tornando as intervenções reiterativas e pouco inovadoras.

Oliveira et al (2009) destacam a necessidade de se promover reflexão sobre a prática atual da Educação em Saúde na ESF no que se refere à sua qualidade, com vistas a garantir que a equipe trabalhe de forma multidisciplinar e integrada, contribuindo, assim, para os ajustes necessários à implementação da Educação em Saúde efetiva, integral e humanizada.

2.3 MÉTODO

Tratou-se de uma Revisão Integrativa de Literatura. Este tipo de pesquisa bibliográfica objetiva agrupar e sintetizar resultados de estudos sobre determinado assunto, de maneira sistemática e ordenada a fim de contribuir para o aprofundamento do tema delimitado e, permite a síntese de múltiplos estudos publicados possibilitando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

2.3.1 Etapas para Revisão Integrativa

Pompeo, Rossi e Galvão (2009) classificam as etapas para a Revisão Integrativa de Literatura em cinco, sendo elas:

- Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa, que consiste na elaboração da questão de pesquisa do tema delimitado ou questão norteadora e, posteriormente, a definição dos descritores para a estratégia de busca dos estudos;
- Busca na literatura, que inclui a busca de artigos publicados nas bases de dados eletrônicas como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), BDEnf (Base de Dados Brasileiras de Enfermagem), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e PUBMED (Biomedical Literature Citations and Abstracts) (NorteAmericanas), EMBASE (Excerpta Medica) e COCHRANE para Revisões Sistemáticas;
- Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, em que há extração dos principais dados com a utilização do instrumento adaptado;
- Interpretação dos resultados;
- Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados e reflexão crítica para a redação final.

2.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos trabalhos que atenderam aos seguintes critérios: publicações científicas encontradas nos bancos de dados da BVS, disponíveis na íntegra, manuais e protocolos do Ministério da saúde, trabalhos desenvolvidos no Brasil, em um recorte temporal de 2003 a 2013, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram excluídos livros, teses, dissertações e publicações que não atenderam aos critérios de inclusão e não responderam à seguinte questão norteadora: Como o princípio da Integralidade vem norteando o

desenvolvimento de ações educativas no cenário da Estratégia de Saúde da Família?

2.3.3 Análise dos Dados

A análise de dados constitui uma crítica reflexiva sobre os dados coletados na literatura disponível, referente à veracidade do conteúdo, os autores e o local da composição, bem como o sentido exato do texto. A análise e interpretação dos dados objetiva primordialmente a comprovação ou refutação de hipóteses (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Os dados coletados nesta revisão serão analisados a partir da perspectiva de Minayo (2013), que diz respeito às técnicas analíticas que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre um determinado contexto, neste estudo teórico, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Do ponto de vista operacional, a análise de dados parte de leituras exaustivas, com objetivo de atingir um nível mais profundo de interpretação por meio de interpretação contínua e construção de inferências (MINAYO, 2013).

3 RESULTADOS

A busca sistemática dos artigos, para essa revisão integrativa, aconteceu no período de outubro a novembro de 2013, por meio dos descritores controlados (DeCs/Mesh) “Educação em Saúde”; “Assistência Integral”; “Programa Saúde da Família”; “Enfermagem”, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na primeira busca foram identificados 36 artigos e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 21 deles foram selecionados. Na segunda etapa, por meio da aplicação do instrumento de coleta de dados e análise crítica dos artigos, 14 foram selecionados, sendo cinco deles (36%) encontrados na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e, nove deles (64%) encontrados na base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo).

Ao analisar o perfil dos 14 artigos incluídos nesta revisão, constatou-se que no recorte temporal de 2003 a 2013: 01 foi publicado nos anos de 2006, 2008 e 2012; 02 (14%) foram publicados nos anos de 2005, 2007, 2010 e 2011; 03 foram publicados no ano de 2009. Nos anos de 2003, 2004 e 2013 não foram encontradas publicações com a temática abordada.

No que se refere à região de realização dos estudos e publicação dos artigos, a maioria contempla a Região Sudeste (43%), seguida pela Região Nordeste (29%) e pela Região Sul (21%). Apenas um artigo foi realizado na Região Norte e nenhum artigo foi contemplado na Região Centro-Oeste.

A temática abordada nesta revisão inclui a Educação em Saúde e a Integralidade da Assistência, na Estratégia de Saúde da Família, o que justifica a busca por artigos que apresentem especificamente tais conceitos. Desta maneira, 09 (64%) dos artigos selecionados apresentaram conceito de Integralidade; 11 (71%) apresentaram exemplos de práticas de educação desenvolvidas na ESF; 13 (93%) elucidaram a Educação em Saúde enquanto prática importante a ser desenvolvida na ESF; e 13 (93%) artigos apontaram as principais limitações para o desenvolvimento de tais práticas. Para melhor organização dos resultados, os artigos selecionados receberam um código com sequência alfanumérica (A1 a A14), conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1: Apresentação dos artigos selecionados nas bases eletrônicas de dados. Brasil, 2003 a 2013.

Artigo	Autor	Região	Ano	Tipo de Estudo	Nível de Evidência
A1	Alves V.S.	Nordeste	2005	Revisão Narrativa	V
A2	Melo G; Santos RM; Trezza MCSF.	Norte	2005	Qualitativo	V
A3	Alves VS; Nunes MO.	Bahia	2006	Qualitativo	V
A4	Trapé CA; Soares CB.	Sudeste	2007	Qualitativo	V
A5	Machado MFAS, et al.	Nordeste	2007	Reflexão teórica	V
A6	Souza AC, Bonilha ALL, Veronese AM.	Sul	2008	Revisão Narrativa	V
A7	Oliveira CB, et al.	Sudeste	2009	Quantitativo	V
A8	Castro MM, et al.	Sudeste	2009	Qualitativo	V
A9	Horta NC, et al.	Sudeste	2009	Qualitativo	V
A10	Sampaio J. et al.	Nordeste	2010	Qualitativo	V
A11	Fernandes MCP; Backes VMS.	Sudeste	2010	Qualitativo	V
A12	Alves GG; Aerts D.	Sul	2011	Reflexão Teórica	V
A13	Higarashil IH, et al.	Sul	2011	Quanti-qualitativo	V
A14	Matsumoto PM, et al.	Sudeste	2012	Qualitativo	V

4 DISCUSSÃO

Após análise dos artigos selecionados e, objetivando melhor organização da discussão dos resultados, foram elucidadas categorias analíticas, que encontram-se descritas abaixo.

4.1 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A ESF

O conceito que nomeia o princípio da Integralidade é apresentado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990 e refere-se ao desenvolvimento articulado de uma assistência preventiva e curativa, individual e coletiva, em todo setor de saúde da rede que integra o SUS (BRASIL, 1990). Tal conceito é sustentado por vários autores, que descrevem a Integralidade como imperativa para o desenvolvimento de intervenções efetivas em saúde.

Para Alves (2005), a Integralidade também contrapõe-se à fragmentação da assistência e abarca, ainda, o desenvolvimento de um olhar totalizante, diante das necessidades de saúde trazidas pelos sujeitos, o que inclui não apenas as necessidades referentes às doenças e sofrimentos manifestos, mas também às necessidades sentidas nos diversos aspectos e vivências.

Ademais, para Fernandes e Backes (2010), a Integralidade preconiza a visão do ser humano de maneira contextualizada às condições demográficas, epidemiológicas socioeconômicas, políticas e culturais e, tal visão, deve direcionar as intervenções em saúde.

No cenário da Estratégia de Saúde da Família, a Integralidade é essencial para melhor desenvolvimento das práticas de acompanhamento e controle, visto que proporciona criação de vínculos de confiança essenciais a este fazer. Cabe, portanto, à ESF integrar ações programáticas e demanda espontânea, articular as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação por meio do manejo das diversas tecnologias de cuidado e da gestão, necessárias a estes fins, promover a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades e, exercer vigilância à saúde, por meio de equipe multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Sampaio et al (2010) reitera essa ideia e, afirmam que o objetivo primordial da ESF é garantir assistência integral aos seus usuários e, ainda, para Melo et al (2005), é com base na Integralidade que a maioria dos profissionais atuantes do SUS e na ESF fomentam suas argumentações.

No entanto, o que se vivencia na prática é bastante diferente do que se preconiza nas literaturas e legislações. A falta de estrutura física e, a formação profissional no modelo hegemônico biomédico são responsáveis pelo desenvolvimento de uma assistência fragmentada, pautada nos procedimentos técnicos e administrativos, com prioridade para consultas médicas e medicalização em excesso (CASTRO et al, 2009). Tal estruturação do processo de trabalho exclui o usuário do papel central nas intervenções em saúde, o que o torna aquém de as decisões sobre seu tratamento, controle e intervenções.

Desta maneira, a Educação em Saúde apresenta-se como alternativa significativa, já que promove o empoderamento e a construção da autonomia dos sujeitos, por meio do conhecimento necessário para que este entenda sua condição de saúde e, possa gerenciar sua própria vida. Melo et al (2009) defendem que os profissionais de saúde devem incorporar a Educação em Saúde ao seu cotidiano de trabalho na ESF, tornando esta um compromisso em seu fazer. Desta forma será possível reafirmar o princípio da Integralidade, enquanto direcionador das intervenções de saúde na ESF.

4.2 PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESF

A Educação em Saúde, como um princípio integrador para o cuidado, constitui um espaço de reflexão-ação, fundamentado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar nas famílias e comunidades; interfere no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social (MACHADO et al, 2007).

Nesse sentido, a Educação em Saúde apresenta-se como constitucional, já que estimula a participação ativa dos sujeitos nas questões relacionadas à sua saúde. Desenvolver a Educação em Saúde é premissa indispensável nos serviços de atenção primária, visto que seus preceitos dialogam com o princípio da Integralidade, que fundamenta as intervenções no PSF.

As principais práticas de Educação em Saúde, elucidadas por esta revisão, referem-se à formação de grupos operativos (grupos de gestantes,

grupos de diabéticos e hipertensos), que acontecem nas dependências das ESF's, bem como a realização de palestras, distribuição de cartilhas e folhetos pedagógicos (ALVES, 2005).

Outras práticas envolvem as informações repassadas pelos profissionais, enfermeiros, médicos e odontólogos, durante consultas (MELO et al, 2005). A Educação em Saúde, oferecida durante as Visitas Domiciliares (VD), foi citada por apenas um artigo encontrado nesta revisão. Para Souza, Bonilha e Veronese (2008) as visitas propiciam o conhecimento do cotidiano e as crenças dos indivíduos e, tal situação, pode fundamentar uma orientação mais congruente ao estilo de vida.

As características e perspectivas que permeiam as práticas de Educação em Saúde, na ESF, baseiam-se no modelo hegemônico de educação formal, coerente com a orientação estritamente biomédica, com enfoque exclusivo na doença, por meio da prescrição de hábitos e condutas, redução dos fatores de risco e prevenção de complicações (ALVES; NUNES, 2006).

Destacam-se, ainda, práticas de Educação em Saúde fragmentadas, sem envolvimento efetivo da equipe atuante (OLIVEIRA et al, 2009), bem como o despreparo dos profissionais para estabelecer diálogos com os sujeitos, consequência referida à formação acadêmica etilista e individualista (SAMPAIO et al, 2010).

No entanto, ainda que o desenvolvimento de práticas de Educação em Saúde seja indispensável para alcance da Integralidade da assistência, torna-se imperativa a reflexão quanto aos métodos, estratégias e posturas adotadas. Uma Educação em Saúde que fundamenta-se na verticalização de saberes e sujeitos torna-se obsoleta e incompleta, visto que não considera os saberes populares que regem, constantemente, o cotidiano e as práticas dos indivíduos, famílias e comunidades.

Nesse sentido, Alves (2005) defende a emergência de um modelo dialógico, para Educação em Saúde, já que este concorda com a proposta da Integralidade e favorece o reconhecimento dos sujeitos como portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado, bem como suas condições concretas de vida, tornando as intervenções educativas mais sensíveis a seus destinatários.

Machado et al (2007) considera o princípio da Integralidade como norteador da Educação em Saúde devendo mostrar-se articulado à urgência de se corrigir um agir fragmentado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada com imposição de um saber exclusivamente científico, indiferente aos anseios e desejos da população, no que se refere à sua saúde e condição de vida.

4.3 LIMITAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESF

Os artigos selecionados para essa revisão citaram, como dificuldades recorrentes para a prática da Educação em Saúde, a estrutura física inadequada da unidade de ESF, assim como a falta de materiais e equipamentos didático-pedagógicos necessários (SAMPAIO et al, 2010).

A estrutura danificada das unidades, que recebem as equipes da ESF, é uma realidade vivenciada em várias regiões do país. Este cenário desfavorece o desenvolvimento de intervenções mais abrangentes, bem como limita a ação dos profissionais atuantes e, conseqüentemente, afetam a assistência oferecida à população que busca os serviços de saúde.

Para Fernandes e Backes (2010), outro fator limitante para o desenvolvimento da Educação em Saúde, relaciona-se à falta de conhecimento da população sobre a responsabilidade dos profissionais em promover ações educativas, o que dificulta tais intervenções quando necessárias.

Nesta mesma perspectiva, a dificuldade de compressão da linguagem e diálogo foi citada por Alves e Aerts (2011) ao remeter tal situação à incompreensão, por parte dos trabalhadores da saúde, sobre como as classes populares pensam e percebem o mundo. Alves (2005) concorda com essa perspectiva e, afirma que a dificuldade de implementação relaciona-se amplamente à relação profissional-usuário.

A falta de capacitação dos profissionais, para atuar diante da população, foi citada como um fator limitante para o desenvolvimento da Educação em Saúde (HIRAGASHI et al, 2011), assim como a sobrecarga de atividades administrativas e burocráticas em detrimento das demais atividades preventivas (SOUZA; BONILHA; VERONESE, 2008).

Citou-se, ainda, a predominância dos paradigmas de Educação em Saúde, que reforçam práticas reducionistas de caráter estritamente biológico, o que limita o alcance das informações pela população (MACHADO et al, 2007). Tal situação é evidenciada quando os profissionais priorizam palestras educativas, como estratégia principal para o repasse de informações, com objetivo de transformar hábitos e comportamentos (HORTA et al, 2009).

No entanto, faz-se imperativo que a ESF busque referenciais para a promoção à saúde, que vão além dos que consideram os paradigmas biomédicos, a fim de satisfazer as necessidades de saúde, mesmo em situações desfavoráveis (SOUZA et al, 2008). Uma alternativa bastante propícia refere-se ao modelo de Educação em Saúde emergente, conhecido como Modelo Dialógico, em que o usuário do serviço é reconhecido como sujeito portador de um saber, ainda que não científico, contribuindo para construção de intervenções conjuntas (ALVES, 2005).

Enfim, entende-se que a prática de Educação em Saúde deve ser dialógica, compartilhada e gerenciada de forma horizontal. Deve, ainda, contar com referenciais inovadores, que envolvam não apenas o aspecto biomédico do aprendizado, mas também aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos. A Educação em saúde, oferecida no cenário do PSF, deve fundamentar-se no princípio da Integralidade e ser capaz de estimular a participação social, despertar interesse pela mudança e pensamento crítico entre os sujeitos, que dotados de conhecimentos serão plenamente capazes de tomar decisões mais coerentes com sua saúde e com sua vida.

5 CONCLUSÃO

A educação em saúde é uma forma do profissional criar um espaço discursivo dos aspectos relevantes dos temas abordados, para isso, constitui-se de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, alcança a vida cotidiana das pessoas, uma vez que compreende o processo saúde-doença ao oferecer condições para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Compreende-se que a Integralidade da assistência, enquanto princípio norteador das intervenções de saúde na ESF é trazida à tona como indispensável para compreensão do indivíduo enquanto ser biológico, cultural, social e político, devendo permear todas as ações de Educação em Saúde.

As principais práticas educativas, encontradas nesta revisão, incluem a formação de grupos operativos (de diabetes, de hipertensão, de gestantes e de idosos) para a “transmissão” de conhecimentos inerentes à sua condição de doença, visto que assumem caráter estritamente biomédico, enfatizando as tomadas de medicações, dietas e exercícios físicos.

Os estudos analisados apontaram que é preciso integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais, bem como integrar profissionais em equipes interdisciplinares, para compreensão mais abrangente dos problemas e necessidades de saúde, provocando assim, uma reorientação do modelo assistencial.

Pode-se compreender que o princípio da Integralidade deve nortear também ações de Educação em Saúde na ESF, por meio da compreensão dos fatores intrínsecos e extrínsecos, que envolvem a tomada de decisões de sujeitos e comunidades. Para tanto, é de fundamental importância que ocorram a escuta ativa, a observação e a interação, sendo indispensável disponibilidade do profissional para este fazer, a partir de uma ação intencional e um objetivo concreto.

Nesse sentido, a Educação em Saúde constitui valiosa estratégia de aproximação entre sujeitos, permitindo que estes obtenham o conhecimento necessário para tomar decisões mais coerentes com sua saúde e condição de vida. No entanto, os estudos destacam que neste processo educativo é fundamental reconhecer o outro como sujeito detentor de conhecimento, e não mero receptor de informações objetivando, primordialmente, a construção compartilhada de saberes.

Dialogando com essa perspectiva, Oliveira et al (2009) afirmam que atividades educativas em coletividade permitem a troca de experiências entre sujeitos que vivem realidades de vida semelhantes, no entanto, há diferenças nos modos em que estes enfrentam as mesmas situações e, para tanto, os profissionais devem atentar-se para tais posturas, baseadas em aspectos culturais, sociais e políticos.

Cabe ressaltar, ainda, que a proposição de grupos operativos não deve partir apenas da intencionalidade administrativa, ou seja, viabilizar um grupo por obrigação ou necessidade de protocolos. O objetivo primordial das intervenções de Educação em Saúde deve ancorar-se nas necessidades de saúde da população e objetivar melhores soluções para que os sujeitos possam gerenciar suas vidas.

Outras práticas de Educação em Saúde citadas nos artigos selecionados, envolvem palestras e informações oferecidas durante as consultas de enfermagem, consultas médicas, odontológicas e visitas domiciliares. No entanto, tais informações são estritamente relacionadas aos protocolos de consulta, acontecendo de forma superficial e sem participação ativa do usuário para esclarecer dúvidas ou compartilhar suas perspectivas. Os autores apontam a necessidade da Educação em Saúde ser uma constante nas ações dos profissionais, pois proporciona um momento de reflexão sobre a condição de saúde, os cuidados necessários e a prevenção de complicações, para que o usuário tenha uma maior qualidade de vida.

Os estudos apresentaram diversas limitações para o desenvolvimento da Educação em Saúde, que vão desde da estrutura física desfavorável para receber grupos operativos nas unidades de ESF, como, a falta de conhecimento da população sobre tais atividades, o despreparo profissional para implementar e desenvolver a Educação em Saúde, a dificuldade de

diálogo, a predominância do perfil biomédico nas práticas educativas, a priorização de atividades burocráticas e administrativas em detrimento de ações promocionais e preventivas em saúde e, por último, a priorização das consultas médicas pela população e a prioridade para o desenvolvimento das ações que envolvem administração de medicamentos, coleta de exames e outros procedimentos técnicos.

Outro aspecto apontado na revisão diz respeito à concepção sobre a Educação em Saúde, que é pautada na transmissão de informações e de receitas para adquirir saúde, caracterizando uma atividade prescritiva e normativa. Os autores afirmam que tal postura apresenta-se distante da construção, pautada no respeito aos conhecimentos e experiências dos usuários, considerando seus saberes e percepções a respeito de sua saúde.

Ainda que a Educação em Saúde seja indispensável para qualificação da assistência em atenção primária, visto que promove autonomia e o empoderamento dos sujeitos para que possam controlar suas vidas e condição de saúde, é possível afirmar, com base na análise dos artigos selecionados, que o princípio da Integralidade não norteia o desenvolvimento das práticas de educativas na ESF. Tal situação justifica-se pelo desenvolvimento paralelo do Processo de Trabalho às legislações vigentes, o que dificulta a reafirmação dos princípios e as intenções do Sistema Único de Saúde.

A problemática apresentada associa-se não apenas aos setores executivos da assistência, ou seja, unidades básicas e ESF's, mas associa-se principalmente às prioridades administrativas dos gestores e administradores de saúde.

Sendo assim, torna-se imperativa a realização de pesquisas e estudos que apontem falhas e limitações no desenvolvimento da Educação em Saúde, norteada pelo princípio da Integralidade, a fim de contribuir para o desvelamento de um processo de trabalho centrado no usuário, em suas necessidades e perspectivas, pautado no respeito aos seus saberes e vivências.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comun. Sau. Educ**, Bahia, v. 9, n. 16, p.39-52, fev. 2005.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 16, p.319-325, jan. 2011.

ALVES, V.S.; NUNES, M.O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interf - Comun. Sau. Educ**, Bahia, v. 19, n. 10, p.131-147, jan. 2006.

Araújo F.M. **Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas unidades de saúde da família no município de Campina Grande – PB** [monografia]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/portariams6482006-21-10-2009>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 37 p. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcd09_16.pdf&ei=62wfUs-CCbb-4APssYCADA&usg=AFQjCNEZnMYt2eHU12w3AkmzC3118xp3hQ&sig2=2h9uAPsRzuLILHcvpfuo5Q>. Acesso em: 29 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência À Saúde Departamento de Assistência e Serviços de Saúde Coordenação de Saúde da Comunidade. **SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 16 p. Normatização e implantação/ampliação das equipes de saúde da família. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_brasil_linha4.pdf>. Acesso em: 30 set. 2013.

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

CASTRO, M.M.C. et al. O cuidado ao hipertenso no município de Juiz de Fora/MG: uma análise comparativa em Unidade Básica de Saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 249-261, jul./set. 2009.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de Paulo Freire. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 4, n. 63, p.567-573, jul. 2010.

HIGARASHI, Ieda Harumi et al. Atuação do Enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p.375-380, jul. 2011.

HORTA, N.C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, v. 2, 2007, p. 335-342.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 310 p.

MATSUMOTO, P. M. et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 3, n. 40, p.761-765, jan. 2012.

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C., GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev Texto & Contexto Enfermagem**, n. 17, v. 4, 2008, p. 758-64.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT E. **Evidence based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**. 2 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincot Williams & Wilkins, p. 3-24, 2011.

MELO, G. et al. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião - AL. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Alagoas, v. 3, n. 58, p.390-395, jun. 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, C.B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, n. 2, v. 14, p. 635-644, 2009.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** 2009, n. 22, v. 4, p.434-438.

SAMPAIO, Juliana et al. Promoção da saúde sexual: desafios no vale do São Francisco. **Psicologia e Sociedade**, Bahia, v. 3, n. 22, p.499-506, jan. 2010.

SOUZA, A.C.; BONILHA, A.L.L.; VERONESE, A.M. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do serviço de atendimento móvel de urgência à atenção primária à saúde. **Rev Ciência Cuidado e Saúde**, n. 1, v. 7, 2008, p. 021-026.

TRAPÉ, C.A.; SOARES, C.B. A prática educativa dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da categoria práxis. **Rev Lat-am de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 15, p.325-330, jan. 2007.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2005. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>. Acesso em: 05 abr. 2013.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS BIBLIOGRÁFICOS

1. Identificação do Artigo

- a) Título do Artigo: Autor (es) / Área de Formação:
- b) Título do Periódico:
- c) Volume, número, páginas e ano:
- d) País e local do estudo:
- e) Idioma do estudo: () português () inglês () espanhol

2. Palavras-chaves / descritores.

3. Objetivo (s) do estudo.

4. Características Metodológicas

- a) Delineamento do estudo: () experimental () quase experimental
() não experimental.
- b) Tipo de estudo:
() Qualitativo: () Etnografia () Fenomenologia () Teoria fundamentada () Outra: Qual?
() Quantitativo: () epidemiológico () transversal () longitudinal
() caso-controle
() Revisão: () Narrativa () Sistemática () Integrativa () Meta-análise
() Relato de Experiência () Reflexão Teórica

5. Procedimento de coleta: () entrevista () observação () aplicação de instrumento () aplicação de intervenção () Grupo Focal

Tipo de instrumento ou intervenção:

6. Análise dos dados: () descritiva () inferencial () qualitativa

7. Resultados e/ou Conclusão

8. Perguntas norteadoras

- a) O que é integralidade da assistência?
- b) Quais práticas de educação em saúde têm sido desenvolvidas na ESF?
- c) A educação em saúde é percebida enquanto prática importante para promoção em saúde?
- d) Facilidades e limitações para a prática:
- e) Outras informações relevantes: