

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADAS PELO
ENFERMEIRO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

WELLINGTON WAGNER DE OLIVEIRA

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2011

WELLINGTON WAGNER DE OLIVEIRA

**A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADAS PELO
ENFERMEIRO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Lúcio José Vieira

WELLINGTON WAGNER DE OLIVEIRA

**A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADAS PELO
ENFERMEIRO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Lúcio José Vieira

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Lúcio José Vieira (orientador)

Prof^a. Dr^a. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Belo Horizonte: 17/12/2011

RESUMO

A promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e promovendo uma modificação na sua maneira de pensar e agir. Os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças. Os desafios para a promoção da saúde, particularmente junto à população, sem dúvida, são múltiplos, se levarmos em conta que os fatores que as colocam em situação de risco se originam nos diferentes níveis de seu contexto de vida, incluindo desde o micro sistema familiar até o macro sistema social, cultural, político e econômico. Constituiu objetivo deste trabalho investigar a produção científica e documental disponível sobre a importância do enfermeiro na promoção em saúde no Brasil, fornecendo subsídios para a prática em saúde coletiva. Trata-se de um trabalho descritivo do tipo revisão bibliográfica, onde foram consultados livros, artigos, teses, dissertações e publicações sobre o assunto. Concluiu-se que o enfermeiro deve realizar a promoção de saúde por meio de ações educativas na comunidade. O trabalho aponta para a necessidade da atuação direta do enfermeiro na promoção de saúde.

Descritores: Promoção da saúde, educação em saúde, atenção básica, Programa de Saúde da Família, enfermeiros.

ABSTRACT

Health promotion consists of activities aimed at transforming the behavior of individuals, focusing on their lifestyles and locating them to the community. The programs and activities to promote health tend to focus on educational components, primarily related to behavioral risks that could be changed. The challenges for health promotion, particularly with the population, no doubt, are multiple, if we consider that the factors that put them at risk come from different levels in the context of his life, including family system from the micro to the macro social system, cultural, political and economic. Objective of this study is to investigate the scientific and documentary available about the importance of nurses in health promotion in Brazil, providing subsidies for public health practice . It is a descriptive work of the kind review of the literature, where books were consulted, articles , theses, dissertations and publications on the subject. It was concluded that the nurse has a social responsibility to contribute to the promotion of health through educational activities in the community. The work points to the need for direct intervention of the nurse in health promotion, as well as providing access for the synthesis of research results and insert them in nursing practice in public health.

Keywords: Health promotion, health education, primary care, the Family Health Program, nurses.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. JUSTIFICATIVA.....	9
3. OBJETIVO.....	10
4. METODOLOGIA.....	11
5. DESENVOLVIMENTO.....	12
5.1 Atenção à Saúde.....	12
5.1.1 Atenção Básica.....	12
5.1.2 Promoção da Saúde	15
5.1.3 Saúde da Família.....	17
5.2 Educação em Saúde.....	23
5.2.1 Ações Educativas na Promoção da Saúde	26
5.3 O Enfermeiro na Promoção da Saúde.....	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tornou-se importante buscar uma melhor qualidade de vida, devido às mudanças de concepção do processo saúde-doença. Assim, cada dia que passa promoção da saúde é destacada como necessidade para se obter melhor a qualidade de vida.

No Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF) constatei a necessidade do profissional de enfermagem nesse segmento, pois esse profissional desenvolve ações de saúde pública que compreendem assistência de caráter individual e atividades de promoção, prevenção de doença e reabilitação, assim como, assistência de abrangência coletiva, além de criar vínculos com famílias e comunidade favorecendo a atuação do profissional como sujeito ativo nas ações referentes à Atenção Básica.

A promoção da saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, estando associada a um conjunto de valores que inclui: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros. Apresenta como elementos essenciais a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde (BUSS, 2000, p.23).

Se pensarmos que a Carta de Ottawa (1986), documento referência neste campo, define Promoção da Saúde como sendo o "processo de capacitação de indivíduos e coletivos para que tenham controle sobre os determinantes de saúde, objetivando uma melhor qualidade de vida", é imperioso questionarmos acerca de como operacionalizar qualquer proposta de promoção da saúde, principalmente porque este conceito está atrelado a dois elementos-chave: a necessidade de mudanças no modo de vida das pessoas e a necessidade de mudança de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a promoção da saúde representa uma estratégia de mediação entre as pessoas e o meio ambiente, combinando escolhas pessoais e responsabilidade social e tendo como foco de intervenção a dimensão saudável do processo de viver humano, em suas interações com o ambiente (CARVALHO, 2004).

Com base nisso, o Ministério da Saúde, na atualidade, aponta a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma proposta de mudança do modelo médico hegemônico para o modelo da vigilância à saúde, na perspectiva que este trará respostas à situação de saúde da população, mais condizentes com a concepção de que a saúde é um direito fundamental do

cidadão, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (AQUINO,2001).

A ESF é um modelo de atenção à saúde da população, cuja equipe é formada por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que o programa deve atuar em um território social, político, econômico e geográfico com uma população adscrita, identificando os danos e riscos dessa população, sendo a porta de entrada do sistema de saúde, prestando assistência em todas as fases da vida do indivíduo/família (criança, adolescente, adulto e idoso) com o objetivo de efetuar a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2000).

Os desafios para a promoção da saúde, particularmente junto a esta população, sem dúvida, são múltiplos, se levarmos em conta que os fatores que as colocam em situação de risco se originam nos diferentes níveis de seu contexto de vida, incluindo desde o microsistema familiar até o macro sistema social, cultural, político e econômico. A ineficiência das redes de apoio social, a discriminação "cultural" que marginaliza e exclui, assim como a grave situação econômica e social com a qual as famílias se debatem em um contexto de instabilidade no âmbito global são fatores que não podem ser ignorados, quando se fala de saúde e promoção de saúde.

Com base nessa temática, a prevenção se constituiu num esforço de se antecipar à doença, como o ato ou efeito de prevenir, de precaver, de chegar antes, de evitar algum dano. É a disposição ou preparo antecipado, preventivo, ou o modo de ver antecipado. Prevenir, como o próprio nome diz, é também prever, não apenas impedir.

O enfermeiro como membro da ESF, possui grande potencial de desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde da população, então percebi a necessidade de realizar ações que visam esta promoção de saúde, visto que grande parte dos problemas que acometem a comunidade são passíveis de intervenção. Portanto, surgiu o interesse pelo presente trabalho, como forma de demonstrar o potencial do profissional enfermeiro inserido

na ESF, como sujeito capaz de detectar e modificar os condicionantes favoráveis à saúde da população.

JUSTIFICATIVA

Por trabalhar na ESF há dez anos, percebi o quanto é importante o trabalho do enfermeiro como sujeito ativo nas atividades de promoção, prevenção, reabilitação da saúde da comunidade de abrangência do PSF. Devido às mudanças no processo saúde-doença dos últimos anos, destaca-se o papel importante que o enfermeiro exerce na promoção à saúde da comunidade de abrangência do PSF em que atua.

Conforme GRILLO *et al* (2009) a promoção da saúde configura-se como estratégia de mudança nos modelos tecnoassistenciais, sinalizando a construção de outras possibilidades, assim como novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da população. Portanto, o enfermeiro configura-se como um profissional potencialmente capaz de influenciar na construção de novas práticas, entre elas, aquelas relacionadas à promoção da saúde.

Para isso, o profissional de enfermagem deve atuar diretamente na promoção de saúde, principalmente na educação em saúde na comunidade em que trabalha. No entanto, a questão principal deste trabalho é identificar a importância das ações de promoção da saúde realizadas pelo enfermeiro na equipe de saúde da família.

OBJETIVO

Investigar a produção científica disponível sobre a importância do trabalho do enfermeiro nas ações de promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família, fornecendo subsídios para a prática em saúde coletiva.

METODOLOGIA

Trabalho descritivo do tipo revisão bibliográfica, onde foram consultados livros, artigos, teses, dissertações e publicações sobre o assunto pesquisado. Para a localização de artigos, teses e dissertações utilizou-se as seguintes bases bibliográficas: Lilacs e Scielo por meio dos seguintes descritores:

Promoção da saúde, educação em saúde, atenção básica, Programa de Saúde da Família e enfermeiros.

Foram considerados publicações de 1991 em diante.

Segundo Gil (1991), a pesquisa de natureza descritiva visa descrever as características de uma determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relação entre variáveis. Assume, em geral, a forma de levantamento.

DESENVOLVIMENTO

1. ATENÇÃO À SAÚDE

As ações de saúde pública compreendem assistência de caráter individual e atividades de promoção e prevenção a saúde, além da assistência de abrangência coletiva, com a finalidade de proteger a vida de milhares de pessoas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS 1946) apresenta uma definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença”(FLECK, 2000).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) ampliou significativamente o conceito de saúde, incluindo nele não só as condições de vida (alimentação, habilitação, trabalho...), mas, também, direitos ligados ao acesso universal e igualitário à ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e exigências ligadas a uma política nacional de saúde (BRASIL,1988).

1.1. Atenção Básica

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 1994 p.35).

Partindo-se do conceito que:

Saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo,

dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (ROUQUAYROL, 1994 p.09).

Reconhecem-se hoje, dentro do campo da saúde pública, objetivos cada vez mais específicos, relacionados aos fatores que dizem respeito aos ambientes biológico, físico e social e as maneiras pelas quais eles poderiam representar riscos, traduzíveis em ameaças à saúde e à qualidade de vida (FORATTINI, 2000 p.46).

Atenção Básica é a parte mais importante do sistema de saúde do país, que foca a prática da assistência em saúde na proximidade com o cidadão.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) “é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...) constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (BRASIL 2000, p.08).

Atenção Básica é a porta de entrada do sistema e o caminho pelo qual os problemas de saúde são também encaminhados a outros níveis de assistência.

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

- I -possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II -efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III -desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V -realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL,2000 p.47)

A década de 1990 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde no começo da nova década é uma realidade inquestionável.

Para Carvalho (2004, p.26) um dos instrumentos fundamentais do processo de reforma da saúde foi, sem dúvida, a regulamentação da lei 8.080 de 1990 e da lei 8.142, do mesmo ano, que tratam das normas gerais de funcionamento do SUS, especialmente das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área. Porém, somente três anos após a lei orgânica é que os critérios para o repasse dos recursos do governo federal para os estados e os municípios tornaram-se efetivos e sistemáticos, através da Norma Operacional Básica do SUS de 1993 (NOB/93).

O processo de descentralização se acelera a partir de 1996, quando são implementadas medidas de incentivo, expressas, sobretudo, na Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96), para que os municípios assumam a gestão da rede de serviços locais de saúde, numa política deliberada do governo central em prol da municipalização. A NOB/96 também altera as modalidades da gestão local do SUS, que passam a ser apenas duas: plena de atenção básica e plena do sistema de saúde.

A principal estratégia do governo ao enfatizar e garantir prioridade ao atendimento básico em saúde se consolida em 1998, com a introdução do PAB (Piso de Atenção Básica), criado através da Portaria GM/MS n.1882, de 18/12/97. O PAB altera a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias e se constitui uma medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde.

Assim, as prefeituras passam a receber regular e diretamente recursos para investir naqueles procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para um programa de prevenção e promoção à saúde, consultas médicas e odontológicas, exames de pré-natal, vacinas, vigilância sanitária, etc.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle dos diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestoras Bipartite CIBs (BRASIL, 2000 p.22).

A Saúde da Família é uma estratégia permanente para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, tese reafirmada na 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007.

As equipes Saúde da Família são multiprofissionais, atuam em unidades básicas de saúde, e são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em áreas geográficas delimitadas. Estas equipes atuam com os aspectos da promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Essa concepção ultrapassa os limites anteriormente definidos para a atenção básica no contexto do SUS, resultando numa significativa melhora na atenção em saúde e na qualidade de vida do brasileiro, o que reflete diretamente na organização de toda a rede de atenção.

1.2. Promoção da Saúde

Sigerist (1946, *apud* Rosen, 1979 p.16) foi um dos primeiros autores a referir o termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes, como especialistas em saúde, caberia definir normas e fixar padrões.

Leavell & Clark (1976 p.45) utilizam o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção. Dentro desses três níveis de prevenção existiriam pelo menos cinco níveis distintos, nos quais poder-se-iam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural de cada doença.

Promover saúde significa, “capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BUSS, 2003, p. 23.).

A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1986 p.16). Inscreve-se, desta forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

Decorridos pouco mais de dez anos da divulgação da Carta de Ottawa (WHO, 1986 p.23), um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de "saúde para todos no ano 2000" e recomendando a adoção de um conjunto de oito elementos essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra

as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (BRASIL, 2000 p.56).

A Declaração de Bogotá - o documento de lançamento da promoção da saúde na América Latina - reconhece a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, afirmando que a promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento. Assume que, assolada pelas desigualdades que se agravam pela prolongada crise econômica e as políticas de ajuste macroeconômico, a América Latina enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento dos riscos para a saúde e uma redução dos recursos para enfrentá-los (WHO, 1988 p.24).

A Conferência de Adelaide, realizada em 1988, elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população (WHO, 1988).

1.3. Saúde da Família

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2000 p.53).

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma ampliação do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (SILVA JUNIOR, 1998 p.56).

O PSF tem como objetivo geral:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, p.15).

No processo de construção do SUS, muito tem se discutido sobre os modelos assistenciais vigentes: o modelo hegemônico e o modelo de vigilância à saúde na perspectiva da proposta do PSF. O primeiro enfoca o processo saúde-doença de um modo em que ocorre a revalorização da clínica, além de seu papel individual, permitindo articulação dos profissionais médicos, no sentido de envolvê-los como atores desse processo. O segundo é incorporado pela proposta do PSF ao ser introduzido no município, enquanto estratégia de reconstrução do modelo assistencial hegemônico para o de vigilância à saúde, tentando-se tal modificação pela via de organização dos serviços de saúde e da produção social da saúde, através dos princípios da vigilância à saúde (SILVA JUNIOR, 1998 p.48).

O Programa Saúde da Família desponta como uma das mais recentes estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde (MS): reorganizar o modelo assistencial brasileiro. Sobre este, NEGRI (2000, p.71) comenta que:

[...] “durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população”. Pontua que “o resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento das doenças que se multiplicam

devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção da saúde, gerando um círculo vicioso.”

Implementando a citação acima, Franco; Merhy, (2000,p.23) referem que o atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como "*produtor de procedimentos*", visto que os serviços se dão a partir da clínica exercida pelo médico.

Publicado em 1994, o documento Brasil (1994) revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.

Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio. Tema também recorrente nos debates sobre a reforma sanitária brasileira verifica-se que, ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um "novo modo de fazer saúde".

Rodrigues (1998, p.29), relendo a publicação do MS mencionada, entende que o PSF possa contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor, apontando para um novo paradigma de atenção à saúde.

Misoczky (1994, p.56), no entanto, escreve um artigo em que codifica o PSF como uma possibilidade de ressuscitar uma proposta de organização da atenção à saúde supostamente superada pela história e pelas formulações da Reforma Sanitária no Brasil.

No Brasil a origem do PSF remonta a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 como parte do processo de reforma do setor da saúde, passando pela Constituição de 1988 com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva (BRASIL, 1994, p.26).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Como consequência de um processo de des-hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

De acordo com a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, (BRASIL, 2006, p.32) além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica ficaram definidas as características do processo de trabalho da Saúde da Família:

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Baseado nesta mesma portaria foi estabelecido que para a implantação das Equipes de Saúde da Família deva existir (entre outros quesitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. Esta equipe, composta por minimamente médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde, deve ter uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes.

São atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes, segundo a portaria 648 de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde (p. 23) que aprova a Política Nacional de Atenção Básica:

- I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - participar das atividades de educação permanente; e
- XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

São atribuições específicas do Enfermeiro (portaria GM/MS 648, p.25):

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Teixeira *et al* (1998) afirmam que os problemas de saúde não se referem apenas ao monitoramento de doenças, mas principalmente à análise das condições de vida da população, abrangendo o aspecto econômico, social e ambiental. Referem ainda, que o planejamento, a programação e a execução de ações a serem implementadas para enfrentar os problemas de saúde, devem objetivar eliminação dos riscos e danos, e fundamentalmente os causadores destes.

A Educação em Saúde é compreendida como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas para resolvê-los. A prática educativa, assim entendida, é parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde (GAZZINELLI 2005 p.18).

Ainda nos lembra Teixeira *et al.* (1998, p.42):

Educar é fazer que alguém seja capaz de modificar seu comportamento como resultado de uma experiência, ou seja, é utilizar suas capacidades intelectuais (cognitivas), de raciocínio, para criar e modificar experiências ou conhecimento recebidos.

Para Krishnamurti (2001), a educação deve ajudar na descoberta de valores perenes e verdadeiros, para que não resulte que os estudantes se apeguem à fórmulas ou à repetição de slogans. Não deve simplesmente a educação estimular o indivíduo a adaptar-se à sociedade ou a estar contra esta, mas que, a partir da investigação mais isenta, livre dos preconceitos e de "soluções externas preconcebidas", ele se torne capaz de ver a realidade dos fatos. Ao mesmo tempo em que ministra conhecimentos e preparo técnico, a educação deve, sobretudo, estimular uma visão integrada da vida. Educação não significa, apenas, adquirir conhecimentos, coligir e correlacionar fatos; é compreender o significado da vida como um todo.

A educação deveria ser o fundamento de qualquer programa de saúde pública, para qualquer tipo de doença (HOROWITZ, 1994). Esta afirmação remete a questionamentos

profundos no repensar em torno da questão. Contudo, evidências consideráveis indicam que as informações transmitidas, frequentemente não consideram o conhecimento científico disponível e muitas vezes são incorretas, além, de pouco valorizarem o saber acumulado da população, o que dificulta sua articulação com o saber técnico.

A Educação para a saúde, tem sido entendida como uma atividade que requer planejamento com objetivo de criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde (GAZZINELLI, 2005).

As estratégias de promoção de saúde devem voltar-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma mais ampla, a qualidade de vida. A promoção de saúde representa uma forma promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas, propondo a articulação dos saberes técnico e popular, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

A Carta de Ottawa (1986) foi um dos documentos fundadores do termo promoção de saúde, definindo-a como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (WHO 1986, p.38). Modernamente, a promoção de saúde caracteriza-se pelo entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde.

Os mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida são políticas saudáveis, governabilidade, gestão social integrada, intersetorialidade, estratégias de municípios saudáveis e desenvolvimento local, com ênfase particular no contexto do nível local. A existência de programas integrados é uma boa estratégia para atacar o ciclo de pobreza – doença - sofrimento. Isto implica em responsabilidades para os profissionais de saúde, para os movimentos sociais e organizações populares, políticos e autoridades públicas (BRASIL 2000).

A educação deve contribuir para a autoformação da pessoa (ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver) e ensinar como se tornar cidadão.

Mas é preciso fazer a diferenciação entre educação em saúde e promoção em saúde para que não existam distorções conceituais. Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Enquanto que, promoção em saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Dessa forma, a educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, porém não exclusivamente, por meio da legislação (TEIXEIRA, 1998).

Entende-se por educação em saúde um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Não se pode pensar nos serviços de saúde sem refletir sobre as relações entre esses atores ou sujeitos, uma vez que qualquer atendimento à saúde envolve, no mínimo, a interação entre duas pessoas. A Organização Mundial de Saúde – OMS pontua que “os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva”. Estas assertivas fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes (BRASIL, 2000).

A prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico em seus diferentes níveis de atuação e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões.

Do ponto de vista biopsicológico, a educação tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, com vistas à formação e ao desenvolvimento de sua personalidade. Sociologicamente, a educação é um processo que tem por fim conservar e transmitir cultura, atuando como importante instrumento e técnica social. A aspiração do trabalho a ser desenvolvido na área de educação em saúde está voltada para a auto-educação (onde existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de lhe modificar o comportamento e submeter-se a elas), pois exprime a tomada de consciência por parte do indivíduo acerca da importância do processo educativo para a sua formação e desenvolvimento (NEGRI, 2000).

O programa educativo tem como premissa o envolvimento de todos os membros do grupo, por meio da integração e da interação dos profissionais com os idosos e seus familiares. A participação familiar ou de uma pessoa próxima do idoso no programa de educação à saúde é fundamental para a compreensão das implicações que o processo de envelhecimento traz na vida diária do indivíduo, bem como de seus desdobramentos no contexto familiar. Se a motivação e o interesse dos idosos e familiares não estiverem presentes, o trabalho estará destinado ao fracasso, mesmo com todos os esforços do educador.

A educação em saúde deve fortalecer a individualidade a partir da disponibilização de suportes coletivos, bens materiais e bens espirituais – compaixão, solidariedade e respeito, para o exercício de uma individualidade saudável (FERNANDES, 2002).

As ações coletivas podem ser desenvolvidas como estratégias eficientes para a melhoria da qualidade de vida da população, quando se fundamentam na intersetorialidade, na transdisciplinaridade e no desenvolvimento de autonomia dos sujeitos, já que permitem não somente a discussão dos problemas que afetam a comunidade como também possibilitam a construção coletiva de estratégias de intervenção. A cidadania representa a ligação entre qualidade de vida e políticas públicas, na medida em que a consciência de cidadania significa o fortalecimento do poder de participação (BRASIL, 2000).

2.1. Ações Educativas na Promoção da Saúde

Aumentar a consciência popular sobre a existência de um agravo que pode ser prevenido, sobre as ações terapêuticas e sobre a qualidade do atendimento no sistema de saúde, utilizando-se um conteúdo de informação compreensível e atrativo, como elemento de conscientização é uma medida estratégica que o planejador da saúde deve assumir junto com os movimentos populares. Essa estratégia inclui tanto a capacitação técnica da população como o comprometimento dos profissionais da saúde, considerando-se que a proteção à saúde seja uma demanda concreta por parte da comunidade. Dessa forma, a metodologia educacional a ser empregada deverá estar baseada nos princípios da pedagogia crítica, transformadora e abrangente, pela qual os profissionais da saúde e a comunidade tornam-se participantes ativos do processo de aprendizagem e, portando, presentes em todos os momentos do planejamento, desenvolvimento e avaliação de um projeto educativo (AQUINO,2001).

É importante considerar o planejamento das práticas educativas numa perspectiva de articulação e potencialização de outras atividades e ações programáticas já existentes e orientadas para o controle de doenças e melhoria dos padrões de saúde da comunidade envolvida.

Os princípios metodológicos de participação, produção coletiva, supervisão e acompanhamento do processo devem orientar as práticas educativas, a produção e a avaliação dos materiais didáticos produzidos para a comunidade nos diferentes níveis de formação e de atenção à saúde.

O conhecimento da população é essencial para o planejamento e desenvolvimento de práticas educativas, recursos instrucionais e material de comunicação de massa, permitindo que os indivíduos se identifiquem como parte da realidade que se quer transformar, como sujeitos que constroem suas vidas e cidadania.

Uma etapa importante do planejamento diz respeito à identificação das condições de vida, trabalho e risco de adoecimento da população-alvo e deve levar à compreensão dos valores, dos hábitos, das crenças e das expectativas dos indivíduos. Deve também identificar os meios de comunicação a que eles têm acesso e que são mais utilizados pela comunidade, os fluxos formais e informais existentes entre os serviços de saúde, e as práticas sanitárias prevalentes (BRASIL, 2000).

A articulação com os conselhos comunitários e a identificação de projetos institucionais já existentes na área é a lição que os planejadores da saúde devem aprender com a experiência dos movimentos sociais.

O conhecimento deve ser concebido como uma relação de interdependência entre o sujeito e o objeto; ele é resultado de uma operação mental que constrói o objeto, portanto o conhecimento não pode ser simplesmente recebido, mas sim construído pelo sujeito por meio da sua própria ação. A atividade do indivíduo é o motor fundamental de seu desenvolvimento. Ela é, sobretudo relevante na participação em processos grupais, na busca cooperativa e no intercâmbio das idéias sobre os problemas do trabalho e da vida cotidiana. A ação dá sentido e significado à prática; ela implica a participação ativa do sujeito nos processos de exploração, seleção, combinação e organização das informações. A aprendizagem, portanto, é um processo de construção que se efetua tanto no plano afetivo como cognitivo (ROSCHKE, 1996 apud CECCIM, 2005).

A estratificação da população-alvo em comunidade deve ser o eixo orientador para a definição dos conteúdos e elaboração dos materiais educativos e dos canais e meios de comunicação mais adequados à situação e à aprendizagem.

A seleção do formato dos materiais educativos (diapositivos, cartazes, folhetos, manuais, cartilhas, programas áudio-visuais) deve levar em consideração às características da população-alvo, a relação entre o benefício e o custo dos materiais e a factibilidade de sua utilização.

Para a população geral, por exemplo, o método de campanha de informação de massa deverá possuir um conteúdo simples e de fácil compreensão e o meio de comunicação escolhido para a veiculação das mensagens deverá considerar os aspectos culturais da comunidade.

Os materiais produzidos em forma de cartazes, jornais, e painéis, todos com a mesma mensagem, deverão ser distribuídos em locais ou pontos estratégicos, de grande circulação ou visibilidade pela população (árvores, postes, muros, ônibus, feiras, trens, bares e restaurantes); textos curtos e claros deverão ser distribuídos para serem lidos em programas radiofônicos de grande audiência na área; assim como programas audiovisuais em forma de

filmetes (30 segundos) contendo mensagens claras sobre o tema em questão deverão ser vinculados pelas redes de televisão. Muitas vezes, os materiais visuais são inadequadamente afixados dentro das unidades de saúde ou proximamente a elas, quando esses espaços já estão incorporados ao cotidiano da comunidade que os visita e a informação contida neles já está apreendida pela população. Portanto, embora este seja um espaço para veiculação das informações, não se pode restringir a ele a colocação dos materiais produzidos (GAZZINELLI, 2005).

Rezende (1986) afirma que a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. A educação para a saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança.

Novos conceitos foram desenvolvidos a partir do princípio de que a educação gera hábitos de vida saudáveis, surgindo então a necessidade de uma atuação precoce, no intuito de manter a saúde, antes mesmo de prevenir a doença.

3. O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Enfermagem é:

[...] uma ciência humana, de pessoas e experiências com campo de conhecimento, fundamentação e prática de cuidar de seres humanos, que abrange do estado de saúde aos estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas (LIMA,2001 apud BEZERRA F.D. et al, 2009, p.34).

Essa definição mostra, através do trecho destacado, a possibilidade do enfermeiro atuar junto à população, inclusive em seu estado de saúde, realizando atividades de promoção de saúde.

Brunner e Suddart (1999, p.42-49), referiram que um dos maiores desafios para a Enfermagem é atender as necessidades de educação para a saúde da população, cabendo ao enfermeiro o papel de professor, uma função independente da prática da Enfermagem e a sua principal responsabilidade. Foi observado que as atribuições educativas na área de Saúde Pública acontecem em vários setores como pré-natal, puericultura, atendimento domiciliar, explicando que todo contato que o enfermeiro tem com o usuário de saúde, estando a pessoa doente ou não, deve ser considerado uma oportunidade de ensino de saúde. As ações educativas realizadas por enfermeiros refletem no aparecimento de um grupo mais informado com perguntas mais significativas sobre saúde e demais serviços oferecidos.

Para acompanhar e atingir os objetivos básicos referentes à saúde e a educação é necessário uma ação educativa permanente que forneça, através do sistema de saúde, ações sanitárias de caráter educativo promovendo a humanização da sociedade através de medidas profiláticas. Essas medidas teriam certamente como resultado a formação de um homem mais auto-educativo e em condições de sentir-se bem e viver melhor, assumindo uma nova perspectiva: a de partir em defesa de sua própria saúde e da saúde social, levando sempre em conta a tentativa de solucionar problemas (MENESTRINA, 1990).

De acordo com o Ministério da Saúde (2000, p.16), “cabe, portanto, a educação, corresponder a essa nova concepção e aumentar o seu campo de atuação, auxiliando a saúde no atendimento às necessidades humanas de bem-estar e padrões dignos de vida”. Nesta

perspectiva, surge a educação para a saúde, caracterizada como veículo integrador dos mais diferentes campos do saber humano, com vistas a elevar os padrões de saúde, promovendo melhores níveis de saúde.

Segundo a Carta de Ottawa (1986): "A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Assim, as ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (...) e que as escolhas saudáveis sejam as mais fáceis".

A Carta de Ottawa segue afirmando que: "Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde". Suas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Elas só poderão realizá-lo se forem capazes de controlar os fatores determinantes da sua saúde (BRASIL, 2000).

Dentre as ações propostas para atingir a promoção de saúde destacamos as ações educativas. Entendemos, porém, que estas ações decorrem de processos intrincados que englobam vários fatores, dentre eles destacamos o conhecimento.

Os processos educativos têm como eixos a construção de vidas mais saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde, o que significa entender a educação como processo que trata o conhecimento como algo que é construído e apropriado e não como algo a ser transmitido. Conhecimento, por sua vez, é fruto da interação e cooperação entre sujeitos que são diferentes, que trazem experiências, interesses, desejos, motivações, (...) um conhecimento que é incompleto e histórico (BRASIL, 2000, p.12).

No que se refere aos objetivos referidos pelos enfermeiros na realização das ações educativas, é comum a idéia de conscientização da comunidade como um importante objetivo a ser atingido. Os enfermeiros expressam a expectativa de que a transmissão das informações ou conhecimentos e a demonstração dos riscos a que estão expostas as pessoas da comunidade seja suficiente para que sejam provocadas mudanças de comportamento individual, no sentido de adotar estilos de vida mais saudáveis.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de saúde são o resultado da inter-relação entre variáveis determinantes das condições de saúde que abrangem a promoção e proteção da saúde, sendo a promoção um processo de capacitação de indivíduos e coletivos para que tenham controle sobre os determinantes de saúde, objetivando uma melhor qualidade de vida.

A Atenção Básica é uma parte importante do sistema de saúde, onde o enfermeiro desempenha papel importante frente a essa complexidade, podendo ser através de produção do conhecimento ou intervenção individual e na comunidade que possibilite intervir sobre as relações entre as variáveis que constituem as condições de saúde, de forma a modificar determinantes que influenciam no processo saúde-doença, contribuindo na melhoria da qualidade de vida do indivíduo ou coletividade.

Desta forma o enfermeiro tem por responsabilidade social contribuir na promoção de saúde através de ações educativas na comunidade. A mudança no estilo de vida, hábitos e fatores de risco assim como a capacidade de promover a autopercepção e a autonomia de cuidado da comunidade onde atua, sendo tarefa primordial do Enfermeiro, portanto sendo assim, é possível haver a resolução de muitos problemas de saúde, que interferem em uma determinada comunidade.

Assim ao discorrer sobre promoção de saúde provou-se que o enfermeiro pode e deve atuar através de atividade de educação e de praticas educativas, reforçando seu papel de educador, atuando na melhoria da qualidade de vida da comunidade. O profissional de enfermagem, além da excelência ética e humanitária do cuidado, atua na educação para saúde, sendo que o cuidado baseia-se na reflexão crítica à realidade da população local e pelos mediadores de saúde.

O trabalho aponta para a importância da atuação do enfermeiro na promoção de saúde, principalmente na educação em saúde. Relatando-se a necessidade de refinar estratégias e/ou estudos que delimitem com maior exatidão o papel do enfermeiro na promoção à saúde, sendo que o enfermeiro presta assistência à saúde, acompanha a família, fornece subsídios educativos para que os indivíduos, ou o grupo familiar e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.

Através do trabalho foi possível viabilizar o acesso da síntese dos resultados das pesquisas bibliográficas, para inseri-los na pratica de enfermagem em saúde coletiva, para que o conhecimento seja difundido a todos os profissionais que atuam na área de saúde e assim colocar em prática a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, R. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador (BA): Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2001.

BEZERRA, F. D. *et al.* Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.1, p.33-37, jan-fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 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.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_648.pdf> Acesso em 23 out.2011

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2000; 5 (1):163-77.

BUSS, P. M.. **Saúde, Sociedade e qualidade de vida**. Fiocruz, 2003. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br>. Acesso em 06/02/2010.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2004, Jul-Set; 10(3): 669-78.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface* v.9, n.16. Botucatu-SP Set./Fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br>, acesso em 13/08/2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96p.

FERNANDES, M. G. M, GONÇALVES M.C.R, Costa GMC, Silva SMM. **O Programa de Atenção à Saúde do Idoso em João Pessoa – PB: realidade e possibilidades.** Conc. João Pessoa 2002; 5(7):146-54.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & saúde coletiva**, v.5, n.1, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_arttext, acesso em 13/08/2011

FORATTINI, O. P.; A saúde pública no século XX. **Revista Saúde Pública**, 34, 3: 211-213, 2000.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>>, acesso em 13/09/2010.

GAZZINELLI M. F. et al. Educação em Saúde; conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**. 21(1)jan./Fev. 2005

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GRILLO *et al.* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.62, n.1: Brasília, jan./fev. 2009.

HOROWITZ, A.; 1994. Seminário Internacional "Saúde bucal para todos". *ABOPREV*, 8-9.

KRISHNAMURTI, J. **A educação e o significado da vida**. São Paulo: Cultrix, 2001

LEAVELL H. & CLARK E.G.. **Medicina preventiva**. McGraw-Hill do Brasil, São Paulo, 1976.

MENESTRINA, M. Educação e saúde: uma correlação necessária. **Revista Educação**. 1990, 13 (18): 31-6.

MISOCZKY, M. C. **A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS**. *Saúde em Debate*, (42):40-44, 1994.

NEGRI, B. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida**. Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm>> Acesso em 01/04/2010.

RESENDE, A.L.M.; **Saúde dialética do pensar e do fazer**. São Paulo, Editora Cortez. 1986.

RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe – PE (1994 – 1997)**. São Paulo, 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

ROUQUAYROL, M. Z.; 1994. **Distribuição das doenças e dos agravos à saúde coletiva**. In: *Epidemiologia & Saúde* (M. Z. Rouquayrol, org.), pp. 77-155, MEDSI.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde:** o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 1998.

TEIXEIRA C. F; PAIM J S; VILASBOAS, AL. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe epidemiológico do SUS.** 1998, 7: 8-28.

TONINI, T. et al. Enfermagem: a arte de cuidar. IN: Figueiredo, N M A. de. **Práticas de Enfermagem Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios.** São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003 cap1.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO 1988. Declaração de Adelaide, pp. 19-30. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Ministério da Saúde/IEC, Brasília.