

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**TATIANA ALMEIDA COUTO**

**PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS EQUIPES DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOB O ENFOQUE DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA**

**JEQUIÉ/BA  
2015**

**TATIANA ALMEIDA COUTO**

**PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS EQUIPES DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOB O ENFOQUE DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde e Sociedade

ORIENTADOR: Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid

**JEQUIÉ/BA  
2015**

Couto, Tatiana Almeida.  
C912 Práticas de educação em saúde nas equipes de saúde da família sob o enfoque da bioética principialista/Tatiana Almeida Couto.- Jequié, UESB, 2015.  
87 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2015.  
Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Sérgio Donha Yarid.


1. Educação em saúde – Relações profissional/família 2. Estratégia saúde da família – Relações profissional/paciente 3. Bioética – Educação em saúde I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.2

## FOLHA DE APROVAÇÃO

COUTO, Tatiana Almeida. **Práticas de educação em saúde nas equipes de Saúde da família sob o enfoque da Bioética Principlalista**. 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, Jequié, Bahia.

### BANCA EXAMINADORA



---

Prof. Dr. Sérgio DonhaYarid  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Orientador e Presidente da Banca Examinadora



---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Cristina Setenta Andrade  
Universidade Estadual de Santa Cruz



---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Roseanne Montargil Rocha  
Universidade Estadual de Santa Cruz

Jequié/BA, 24 de fevereiro de 2015.

## Dedicatória

A Deus, pela presença constante em minha vida e por toda a força.

Aos meus pais, Gilvandro e Rozenice, ao meu irmão, Andeson, à minha “prima-irmã”, Amanda, e à minha Tia Julita pelo privilégio de ter o apoio constante.

À minha avó, Maria Genice (em nossos corações), por seu orgulho sempre demonstrado em relação a mim. Ao meu avô, Miguel, por me incentivar em cada encontro e por todo o orgulho expressado.

# Agradecimentos

A Deus, pela graça concedida na aprovação na Pós-Graduação *Stricto Sensu*, pelos direcionamentos para a conquista dos sonhos, bênçãos e força concedidas nas ricas vivências diárias.

Aos meus pais, Gilvandro e Rozenice, por serem meus exemplos de determinação, coragem e amor pela vida. E por compreenderem minha ausência em muitos momentos importantes e por enfrentarem a saudade. Fortaleço-me com as palavras de amor, orações, expressões de orgulho e alegria de vocês e tenho a certeza de que posso contar com o apoio tão singular para a concretização de cada sonho. Durante os anos do Mestrado vocês acompanharam, mesmo à distância, todas as conquistas e lutas.

Ao meu irmão, Andeson e à minha “prima-irmã”, Amanda, que apesar da distância estão presentes em minhas conquistas e me incentivam aos novos projetos. E à Maíra, minha cunhada, por estar sempre disponível para me ajudar.

À minha avó materna, Maria Genice, aos meus avós paternos, Artulina e João e à minha bisavó, Luzia, pelas lindas e especiais lembranças e por me guiarem com suas proteções. Tenho certeza da presença verdadeira em minha vida (meus Anjos). E ao meu avô Miguel por fazer parte da minha alegria, por me incentivar aos novos desafios e por já torcer pela aprovação no Doutorado.

Ao meu namorado, Marcos, presente de Deus na minha vida, por ter sido uma das pessoas que me despertou para o caminho da docência e que acompanha cada etapa desde a seleção. Agradeço por toda a perseverança e paciência para amenizar a saudade. E à sua família (especialmente a Luciana, Nilza e Seu Ornan), que considero minha família, por todas as orações e a alegria em cada encontro que me renova.

Aos meus tios(as), especialmente a Jau e Tia, por acompanharem meus relatos acadêmicos e pela saudade em cada retorno. E primos (as), especialmente a Lai, Driu e Suzi por acompanharem os relatos sobre o Mestrado.

À Flavia Pedro dos Anjos Santos por juntas termos desenvolvido uma relação, não apenas de orientadora-orientanda na Pós- Graduação *Lato Sensu* em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, mas sim uma amizade abençoada. Meu grande exemplo de profissional e minha maior incentivadora na seleção do Mestrado e nas atividades acadêmicas. Sou imensamente grata a Deus por ter me presenteado com a sua amizade e que assim Ele nos preserve.

À equipe do Programa Com-Partilhar Unimed- Itabuna, na qual sempre me sentirei como membro. Pelo respeito e atenção dispensados em cada encontro e por torcer por minha felicidade durante todo o Mestrado.

Às amigas e amigo de Santo Antônio de Jesus, Amargosa e Itabuna por compreenderem minha ausência em muitos momentos e me incentivarem em cada nova etapa da minha vida. Em especial a Bel, Nanda, Lipe, Chele, Lai, Tai, Dai e Dândara por acompanharem as experiências relatadas durante esses anos do Mestrado.

A Seu Bastos, Seu Ednaldo, Dona Conceição, Dona Nilza e Dani por colaborar nos deslocamentos na cidade, inclusive durante a coleta de dados, pelos auxílios no lar na tentativa de oferecer segurança e conforto e pelas colaborações nas atividades domésticas, respectivamente. Meus dias ficaram muito mais leves e felizes com a presença de vocês.

Ao Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid, meu orientador, pelo respeito, pela atenção, pela paciência e por compreender minhas angústias e inquietações. Pela sensibilidade em cada orientação, compreendendo as escolhas e direcionando para caminhos mais adequados. Em cada orientação, eu adquirei conhecimentos e participo também de muitas reflexões sobre a vida com as quais cresço muito. Desejo que o nosso vínculo seja mantido e que Deus nos reserve um futuro com muitas produções científicas.

Ao Prof. Dr. Rafael Pereira de Paula e ao Prof. Dr. José Ailton Oliveira Carneiro pela disponibilidade e dedicação oferecidas no auxílio da análise de dados. Foi possível um vínculo de muito aprendizado com tranquilidade.

Às Professoras da Banca de Qualificação do Mestrado: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Setenta Andrade e a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli pelas ricas contribuições para o enriquecimento do estudo, com indicações de leituras e pela simpatia em cada contato e disponibilidade de deslocamento, fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.

Às Professoras da Banca de Sustentação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Setenta Andrade e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roseane Montargil pela aceitação do convite para compor a Banca, pelo apoio constante e pela verdade e humildade em nossos diálogos e convívios. Agradeço pelas contribuições de extrema relevância para o aprimoramento do estudo.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, por serem profissionais referência, pela busca incessante na excelência do Curso, pelo incentivo por ricas produções e pelas valiosas contribuições nesses trabalhos. Serei eternamente grata pela honra de compartilhar saberes com cada um de vocês.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Lohane e Acássio, pela simpatia e paciência nos auxílios e direcionamentos. E à Alice (secretária do Colegiado de Odontologia) pela simpatia e atenção em dividir o espaço em muitos momentos de orientação.

Aos discentes do Curso de Odontologia da turma 2009.1, pelo respeito, confiança, pelos diálogos e pela valiosa experiência durante o estágio docência.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Jequié por participarem dessa pesquisa, pela valorização demonstrada em relação à produção de conhecimento e pelas experiências compartilhadas. E aos demais profissionais das Unidades de Saúde pelo acolhimento durante a coleta de dados.

Aos colegas conquistados no Núcleo de Pesquisa em Bioética e ao grupo de Espiritualidade e Saúde pelas discussões profundas e pela constituição do vínculo.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia, pelo apoio financeiro no oferecimento da bolsa, consequentemente permitindo maior disponibilidade aos estudos.

À Déo, Milly, Alda e Elâine pela especial convivência diária e por termos constituído uma família durante esse período do Mestrado. Foram muitos os aprendizados compartilhados em sala de aula e em casa que serão sempre lembrados de forma especial.

À Manu, pela parceria forte que, ao longo desse período, foi denominada por colegas e docentes de “Cosme-Damião” e “Ta-tu”. Vivemos intensamente todo o Mestrado e temos a certeza de quanto aprendemos juntas.

Ao Adilson, que desde a Pós-Graduação *Lato Sensu* me direciona para importantes reflexões e por compor nosso trio juntamente com Manu nas ricas produções científicas.

Aos colegas da Turma de 2013 do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde, pelos jeitos singulares que contribuíram para momentos de aprendizado dentro e fora da sala de aula. Que em cada encontro eu possa ter transmitido a vocês a minha alegria pela nossa convivência.

Aos colegas conquistados na Turma de Mestrado de 2012 que transmitiam experiências e muito aprendizado, especialmente a Doane, Jules e Karla.

Tenho muita gratidão e agradeço em minhas orações pelas pessoas do bem que Deus colocou em minha vida e pelo privilégio concedido em desfrutar dessas vivências nos anos do Mestrado.



COUTO, Tatiana Almeida. **Práticas de educação em saúde nas equipes de Saúde da família sob o enfoque da Bioética Principlialista**. 2015. 87f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, Jequié, Bahia, 2015.

## RESUMO

A educação em saúde é uma importante ferramenta para a promoção da saúde. E a Bioética se relaciona com a educação em saúde na valorização esperada pelos profissionais em saúde, de acordo com seu compromisso Bioético. Assim, considerando a necessidade do reconhecimento da relevância da educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principlialista, esta pesquisa teve como objetivo geral investigar a prática de educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista. Como objetivos específicos: descrever as práticas de educação em saúde que as equipes de Saúde da Família adotam sob o enfoque da Bioética Principlialista e verificar a frequência que as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principlialista. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa. O cenário de pesquisa foram as Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Jequié-Bahia. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário aplicado no período de fevereiro a maio de 2014. O total foi de 54 participantes, 15 cirurgiões-dentistas, 26 enfermeiros e 13 médicos que atuam nas Unidades de Saúde da Família de Jequié, Bahia, Brasil. Para a análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences for Windows*<sup>®</sup>, versão 21.0, com realização de análise inferencial por meio de teste qui-quadrado de associação linear com o nível de significância de 5%. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob parecer n° 491.669. Os resultados permitiram visualizar que não houve associação estatisticamente significativa entre as questões e as categorias profissionais, assim, optou-se pela apresentação dos resultados em frequência relativa e absoluta. Foi possível observar que os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, em sua maioria, realizam práticas de educação em saúde e respeitam o enfoque Bioético. Pode-se concluir que este estudo poderá contribuir com a ampliação de conhecimento sobre a prática de educação em saúde e a frequência de realização de tal prática nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Bioética. Relações Profissional-Paciente. Relações Profissional-Família.

COUTO, Tatiana Almeida. **Health education practices in the Family Health teams with focus on Principialist Bioethics**. 2015. 87f. Dissertation (Master). Post - Graduate Program in Nursing and Health, concentration area in Public Health. State University of Southwest Bahia. Jequié, Bahia, 2015.

### **ABSTRACT**

Health education is an important tool for health promotion. And Bioethics relates to health education in the expected appreciation by health professionals, according to their commitment Bioethics. Thus, considering the need to recognize the importance of health education with focus on Principialist Bioethics, this research aimed to investigate health education practice in the Family Health teams with focus on Principialist Bioethics. The specific objectives were to describe the health education practices that Family Health teams adopt under the focus of Principialist Bioethics and to determine the frequency which the Family Health teams present health education practices with focus on Principialist Bioethics. It is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach whose settings were the Family Health Units in the urban area of the municipality of Jequié - Bahia. A questionnaire applied from February to May 2014 was used as data collection instrument. Total participants was 54: 15 dentists, 26 nurses and 13 physicians. To analyze the data we used the Statistical Package for Social Sciences for Windows, version 21.0, with inferential analysis using the linear association chi-square test with significance level 5%. This research was approved by the Ethics in Research Committee of the State University of Southwest Bahia under judgment nº 491 669. The results showed that there were no statistically significant associations between the issues and professional categories, thus, we decided to present the results in relative and absolute frequency. It was observed that the professionals who make up the Family Health teams, mostly, conducts health education practices and respect the Bioethical focus. It can be concluded that this study can contribute to the expansion of knowledge on health education practice and on the frequency of the application of such practices in the Family Health teams with focus on Principialist Bioethics.

**Keywords:** Health Education. Family Health Strategy. Bioethics. Professional-Patient Relations. Professional-Family Relations.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Bahia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Dr.	Doutor
Dr <sup>a</sup> .	Doutora
EPCEPS	Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde
esp	Especial
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISSN	<i>International Standard Serial Number</i>
km	Quilômetro
n	Número de participantes
n <sup>o</sup>	Número
Org.	Organizador
p.	Página
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PPGES	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Prof.	Professor
Prof <sup>a</sup> .	Professora
Q	Questão
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VER-SUS	Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADRO

**Quadro 1:** Distribuição das Unidades de Saúde da Família onde ocorreu a coleta de dados considerando o número de equipes de Saúde da Família e o bairro em Jequié, Bahia, Brasil, 2014.

## LISTA DE TABELAS

### MANUSCRITO 1

**Tabela 1:** Números absolutos e relativos de respostas dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família acerca da prática de educação em saúde. Jequié, Bahia, Brasil, 2014. 52

### MANUSCRITO 2

**Tabela 1:** Números absolutos e relativos de respostas dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família que realizam educação em saúde. Jequié, Bahia, Brasil, 2014. 59

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS	20
<b>3</b>	<b>CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>21</b>
3.1	PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	21
3.2	BIOÉTICA PRINCIPALISTA NA REALIZAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	29
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b>	<b>32</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA	32
4.2	CAMPO E CENÁRIO DE PESQUISA	32
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	33
4.4	INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	34
4.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	34
4.6	ANÁLISE DE DADOS	35
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>37</b>
5.1	MANUSCRITO 1: EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOB O ENFOQUE DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA	38
5.2	MANUSCRITO 2: EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB O ENFOQUE DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA	53
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>69</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>78</b>
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79
	APÊNDICE B: OFÍCIO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PLATAFORMA BRASIL	81
	<b>ANEXOS</b>	<b>82</b>
	ANEXO A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	83
	ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PLATAFORMA BRASIL	86

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática surgiu desde a trajetória acadêmica, tendo em vista que, durante o Curso de Graduação em Enfermagem, houve a oportunidade de participar de projetos de extensão nos quais era abordada a temática de educação em saúde, como o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Projeto Rondon, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde), entre outros.

Além dessas experiências, as disciplinas cursadas durante a graduação estimularam o desenvolvimento de educação em saúde, envolvendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças em todas as faixas etárias. Essas disciplinas também buscaram promover uma aprendizagem na qual o objetivo não fosse a transmissão de conhecimento, mas sim, o estímulo à participação social e ao diálogo com os usuários.

No trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), foi estudada a educação em saúde na visão de usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa pesquisa e as discussões realizadas, nas disciplinas desse curso, proporcionaram reflexões sobre a atuação dos profissionais da equipe de Saúde da Família envolvidos em ações educativas de forma proativa, tanto no planejamento como no desenvolvimento de tais ações.

Na atuação profissional, na qual era realizado atendimento domiciliar (em instituição privada) com procedimentos de enfermagem direcionados a usuários, sendo alguns deles cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), percebeu-se, no cotidiano das ações, que esses usuários frequentavam, com regularidade, as ações assistenciais desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família. No entanto, eles não participavam das ações educativas realizadas por essas equipes, o que proporcionou a reflexão sobre os possíveis motivos que ocasionariam a ausência em tais atividades.

Após a aprovação no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB e motivada pelas orientações, houve a possibilidade de dar continuidade ao projeto apreciado durante a seleção também com o subsídio da Bioética. E os participantes seriam os profissionais de nível



superior da equipe de Saúde da Família (cirurgiões-dentistas, enfermeiro e médico), por acreditar na importância do trabalho desses membros da equipe no fortalecimento da ESF.

Segundo o art. 198 da Constituição Federal, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde é o atendimento integral com a priorização de atividades preventivas (BRASIL, 1988). Sendo assim, deve-se também priorizar a valorização da educação em saúde que ofereça a promoção da saúde e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida por mudanças efetivas de hábitos de vida.

A educação em saúde, como importante ferramenta da promoção da saúde, envolve aspectos teóricos e filosóficos que devem orientar as práticas de todos os profissionais da equipe de Saúde da Família. Dessa forma, para que sejam assegurados os princípios da promoção da saúde, conforme preconizados pela Carta de Ottawa, é necessário dar ênfase ao desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais através da educação em saúde, a qual deve ser realizada com metodologias dialógicas, críticas reflexivas e com comprometimento com o outro (SALCI et al., 2013).

A educação em saúde refere-se ao processo educativo de construção e troca de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e à sensibilização para a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores. Com isso, pretende-se alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades da população e, conseqüentemente, exercer o controle social sobre as políticas e os serviços de saúde (BRASIL, 2008). Entre as atribuições comuns a todos profissionais da equipe da ESF tem-se a realização de ações de educação em saúde para a população adscrita, com planejamento e valorização da participação dos usuários e da equipe (BRASIL, 2012a).

A educação em saúde é uma prática social construída historicamente e permeada por subjetividades, intenções, objetos e fins. Assim, trata-se de um processo que pode ou não envolver formalidade, sistematização ou intenção, que contribui para o desenvolvimento, humanização e inserção social dos indivíduos (LOPES; TOCANTINS, 2012).

A equipe de Saúde da Família, responsável pela prática educativa, considerada indissociável do trabalho prestado por tais profissionais de saúde, deve ser vista como uma ferramenta para promover mudanças no usuário, no profissional e no modelo de saúde vigente (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012). Dessa forma,

para ser um processo educativo relevante necessita apresentar, como elemento essencial na sua construção, o atendimento das reais necessidades da população através da prática problematizadora das realidades dos sujeitos (FERNANDES; BACKES, 2010). Na educação em saúde, por serem valorizadas as realidades do sujeito, devem ser consideradas as condições socioeconômicas e culturais, além da singularidade das vivências (FIGUEIREDO; SANTOS; LEITE, 2011).

A educação em saúde deve ser fundamentada em uma educação crítica para sensibilizar indivíduos e comunidades, de modo a não visar à memorização de saberes e conceitos em saúde, mas ao desenvolvimento de habilidades e competências para o acesso, manejo, e crítica de informações e conhecimentos sobre saúde (LOPES; TOCANTINS, 2012).

No entanto, para que a educação em saúde ocorra conforme preconizado, é imprescindível a aplicação da Bioética, por ser considerada a reflexão compartilhada, inerente e fundamental ao senso de humanidade e possibilitar ao profissional assumir uma postura íntegra frente ao outro, à sociedade e à natureza (GOLDIM, 2006). Pretende-se, com isso, que todo profissional seja um indivíduo consciente de seu papel na sociedade e na profissão.

Nesse sentido, considerando a relevância do cumprimento de determinações legais, observa-se que o enfoque Principlista está presente nos códigos de ética dos profissionais da saúde através da orientação para a preservação da vida e promoção da saúde. Também no campo das ações educativas, é necessário investimento para criar a consciência de responsabilidade e o compromisso com os usuários desde a formação, acreditando que essas ações devem possibilitar o compartilhamento de saberes entre profissionais de saúde e usuários, de modo a serem estimulados a tomar consciência crítica de si e do mundo (PAULINO et al., 2012).

Nesse contexto, surge a reflexão sobre os conflitos que podem ocorrer na prática profissional e que implicam em questões relativas à Bioética Principlista, a qual aborda os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, que, ao se relacionarem entre si, garantem a convivência harmônica e interdependente na defesa da dignidade do ser humano (GRACIA, 2010).

A Bioética se relaciona com a educação em saúde na valorização esperada pelos profissionais em saúde, de acordo com seu compromisso Bioético, do respeito às decisões dos indivíduos em relação às orientações para a promoção da saúde e

tratamento de doenças. Assim, existe uma preocupação em não causar dano ao indivíduo, conhecendo sua realidade e seu contexto socioeconômico, e adaptando as ações sugeridas para uma melhor qualidade de vida. Além disso, objetiva-se o bem do usuário, respeitando a sua concepção do que é benéfico e considerando as especificidades dos indivíduos.

Pensando a complexidade dos processos de educação em saúde na ESF e sua relação com o campo da Bioética, foram delineadas as seguintes questões norteadoras:

- Quais práticas de educação em saúde são realizadas pelas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Princípalista?
- Com que frequência as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Princípalista?

Na contextualização e na análise dessa temática, esta pesquisa foi fundamentada no enfoque Princípalista balizado nos quatro princípios: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça, pois tal enfoque dá margem a diversas releituras. Dessa forma, tal estudo justifica-se pela valorização necessária à representatividade da ESF e da educação em saúde como ferramenta importante para a promoção da saúde e o enfoque Bioético a embasar também tal prática e, conseqüentemente, promover a sensibilização para a melhoria do trabalho oferecido na Atenção Básica. Além disso, nota-se uma lacuna na literatura que relaciona a abordagem de educação em saúde à Bioética, uma vez que os estudos existentes apresentam tais temáticas separadamente.

Estudos relacionados às práticas educativas em saúde demonstram que é possível promover educação em saúde, desde que se tenha profissionais capacitados e dispostos a promover um cuidado integral, da educação à reabilitação, respeitando o enfoque Bioético. No entanto, em consulta às bases de dados eletrônicos por periódicos indexados, constatou-se a existência de uma lacuna nas publicações que versam sobre a temática pesquisada, principalmente quanto a estudos que correlacionam educação em saúde e Bioética. Dessa forma, torna-se relevante tal prática de educação em saúde na assistência e o enfoque Bioético, assim como a multiplicação de conhecimento para a mudança de tal prática. Trata-se de um assunto fundamental aos pesquisadores que atuam na

produção do conhecimento envolvendo a educação em saúde e a Bioética, para uma possível mudança da prática e para reflexões acerca do que a educação em saúde, sob o enfoque Bioético, representa para a reafirmação da promoção da saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar a prática de educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as práticas de educação em saúde que as equipes de Saúde da Família adotam sob o enfoque da Bioética Principlialista;
- Verificar a frequência que as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principlialista.

### 3 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

Ao olhar para o universo das publicações acerca da educação em saúde e da Bioética e desvelar as lacunas do conhecimento acenadas pelos estudiosos e transversalizadas com a nossa inquietude, evidenciaram-se as limitações no oferecimento de leituras que abordem o diálogo entre tais temáticas.

Para a reflexão sobre os conhecimentos dos variados autores que abordam essas temáticas, serão apresentadas referências atualizadas e algumas referências clássicas, de forma a associar os conceitos e fundamentos teóricos desses autores ao objeto de estudo estabelecido. O alcance do material científico possibilitou dividir a revisão da literatura em dois eixos temáticos: primeiramente, o papel da equipe de Saúde da Família na educação em saúde e, em seguida, a Bioética Principlista na realização de educação em saúde.

#### 3.1 PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS em caráter substitutivo ao modelo biomédico hegemônico e, com isso, surge um espaço concreto, demarcado para o trabalho da equipe de saúde, cuja base para o desenvolvimento do cuidado é o núcleo familiar (COSTA et al., 2009).

Entre as principais inovações da ESF está a assistência integral e contínua às famílias de uma área adstrita (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). Assim, torna-se importante articular ações educativas que envolvam os usuários e a família, como atores envolvidos no cuidado e como multiplicadores de informações para a saúde.

No Art. 7º, capítulo II, dos princípios e diretrizes na Lei 8080/90, tem-se o direito dos usuários sobre as informações referentes a sua saúde, o que garante que, no diálogo sobre as temáticas para as escolhas de saúde dos usuários, deve ser garantida sua participação com respeito às suas opiniões e aos seus conhecimentos prévios (BRASIL, 1990a).

A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS que são a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade.

Além disso, apresenta como pilares a família, o território e a responsabilização com o respaldo do trabalho em equipe. Dessa forma, tal equipe responsabiliza-se por envolver os atores sociais da área adstrita para o reconhecimento de suas demandas e também no planejamento e na realização de educação em saúde (MARQUI et al., 2010).

Intervenções em educação em saúde devem valorizar as representações dos sujeitos e suas histórias, além dos modos de pensamentos construídos nas trajetórias de vida, sendo que há influência de experiências coletivas e de práticas sociais modificadas para a vida cotidiana (MONTEIRO et al., 2013).

No processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, em que se insere a equipe de Saúde da Família, tem-se o desenvolvimento de ações educativas que podem interferir no processo de saúde-doença da população, além do incentivo à autonomia tanto individual como coletiva (BRASIL, 2011).

No cotidiano profissional, o cirurgião-dentista, o enfermeiro e o médico devem exercer papel de educador, cabendo ressaltar que o significado de educar se trata da interação em determinado espaço, a fim de que se descubram as formas de enfrentamento dos problemas e/ou como encaminhá-los para as instâncias devidamente responsáveis, evitando que dessa forma se crie barreiras intransponíveis, ao rejeitar a coerção, a ordem aos sujeitos, além de oferecer orientações com embasamento teórico e prático, valorizando o saber do indivíduo (FIGUEIREDO et al., 2011).

A atenção continuada à população deverá considerar o usuário como sujeito capaz de agir ativamente com a equipe multiprofissional no processo educativo, e em demais ações a fim de embasar o enfrentamento das demandas de saúde. Assim, o processo educativo através da educação em saúde propõe a construção do conhecimento e a apropriação temática pela população de modo a valorizar a autonomia das pessoas no seu cuidado e nas discussões com os profissionais de saúde e gestores, através do debate para a valorização de uma atenção de saúde que responda às necessidades da população (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2008).

Como ferramenta no cuidado, a educação em saúde é uma ação horizontal, pois é contrária à queixa-conduta e envolve o usuário no seu processo saúde-doença, tornando-o corresponsável na tomada de decisão. A prática do cuidar, através da educação em saúde, envolve a comunicação dialógica e se afasta da exigência de mudança de comportamentos, da prescrição de tratamentos e

procedimentos, assim como da centralização da doença. A educação em saúde, como uma ação horizontal, deve incluir também a família, afastando a “queixa-conduta, o estímulo-resposta, o problema-intervenção” e a culpabilização dos sujeitos (FIGUEIREDO et al., 2011, p.179).

A educação em saúde é um processo que, ao utilizar da comunicação dialógica, busca oferecer aos usuários e à sua família a troca de conhecimentos e habilidades para que eles possam fazer escolhas referentes à saúde, despertando para a reflexão crítica, esclarecendo dúvidas e reconhecendo os fatores que influenciam no processo saúde-doença. Assim, de posse de tal reconhecimento, o usuário, sua família e a equipe de Saúde da Família podem agir para a mudança e melhoria da qualidade de vida (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010). Para que os indivíduos possam fazer escolhas mais saudáveis de vida, é necessário também que ocorra um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um, além do estabelecimento da confiança e do vínculo do usuário ao serviço de saúde e ao profissional (ALVES; AERTS, 2011).

A ESF preconiza que, além da unidade de saúde, também deve ser ampliado o atendimento e a visita da equipe de Saúde da Família ao contexto familiar. Assim, a assistência no domicílio propõe a criação de um ambiente de aproximação e confiança entre o usuário e o profissional/equipe de saúde (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010). A educação em saúde, como instrumento inerente da assistência pela equipe de Saúde da Família, faz parte da visita domiciliar ao usuário e à sua família.

Destaca-se a importância do usuário sentir-se como integrante na produção do seu cuidado, além de o indivíduo possuir autonomia e poder interagir com a equipe de Saúde da Família na busca por melhor qualidade de vida e melhores opções do cuidado (TEIXEIRA et al., 2013). A participação efetiva e a melhoria das habilidades para agir na promoção da saúde pelo usuário/família, nos meios de produção de conhecimento, propõem uma mudança consciente no estilo de vida. Por entender-se que a educação em saúde se dá quando o usuário e a família participam das escolhas para a sua saúde de forma consciente, o sujeito torna-se ativo e autônomo ao dialogar com as equipes de Saúde da Família através de reflexões críticas e ações participativas em busca de soluções para os problemas de saúde (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010).

As necessidades de saúde são experimentadas individualmente e determinadas pelo contexto no qual o usuário está envolvido, porém é necessária a



compreensão do usuário e da equipe de Saúde da Família para pensar e organizar as necessidades de saúde também no âmbito coletivo, de forma que a demanda seja respondida pela equipe de saúde através de práticas com ações intersectoriais e com responsabilidade clínica e sanitária (JUNGES; BARBIANI, 2013).

As necessidades de saúde serão captadas ou não pelos profissionais das equipes de Saúde da Família de acordo a sua visão de mundo, sua formação e suas experiências de vida, de forma que tais características influenciarão no modo de intervenção e no vínculo com os usuários e família para ações educativas e de assistência, permitindo que sejam respeitadas as heterogeneidades dos indivíduos e famílias (GRAZIANO; EGRY, 2012).

Os profissionais de saúde têm grande responsabilidade no processo educativo, não apenas no coletivo, como também no âmbito individual, no relacionamento com o usuário. Portanto, é relevante que os profissionais de saúde possuam conhecimento sobre o processo educativo para que sejam realizadas ações eficazes de forma a transmitir a importância da sensibilização para novos hábitos e costumes, capazes de resultar em melhor qualidade de vida (SILVA et al., 2007).

Na USF, sugere-se a organização de grupos de usuários para incentivo ao autocuidado a fim de promover a autonomia. Assim, as ações educativas, para produzirem resultados representativos na promoção do autocuidado, devem ser evitadas enquanto apenas práticas na sala de espera (ANDRADE; FRANCO, 2009). Pois, a ação educativa pode e deve acontecer em grupos, em atendimento individual, em uma visita domiciliar, durante um procedimento, e para atingir uma forma satisfatória deve ser considerado o local, o momento e as temáticas de acordo com as necessidades dos usuários (ALMEIDA; SOUZA, 2012).

A ESF, ao proporcionar a prática de saúde para além do espaço físico da USF, possibilita o estabelecimento de vínculo, de afeto e de relações entre os profissionais de saúde e a comunidade (SANTOS et al., 2008). Assim, cabe à equipe de Saúde da Família se comprometer em conhecer a realidade da população de sua área de abrangência e incentivar a autonomia, a responsabilização e a participação social dos sujeitos também na busca pela construção e fortalecimento de vínculo entre usuário e profissional (FERNANDES; BACKES, 2010).

As equipes de Saúde da Família, em seu trabalho no cuidado, apresentam um conjunto de atividades relevantes e tidas como prioritárias. Entre tais atividades

destacam-se o atendimento individual e em equipe, as visitas domiciliares, o planejamento, o monitoramento e a avaliação de ações. Para que o impacto direto no cuidado seja oferecido aos usuários dos serviços, a educação em saúde deve estar fortalecida e consolidada, e, conseqüentemente, deve promover escuta qualificada, estabelecimento de vínculo entre equipe e usuário e entre equipe, usuário e família, além de responsabilização individual e coletiva na definição do cuidado às pessoas que buscam os serviços de saúde (SILVA; ASSIS, 2015).

O cuidado à saúde tende a ser produzido pelos indivíduos com autoestima elevada. Assim, a subjetividade e singularidade dos usuários devem ser valorizadas na prática (FRANCO et al., 2009). Para o encontro no cuidado há, no mínimo, duas pessoas: o usuário e o profissional. Dessa forma, para o cuidado ser estabelecido deve haver respeito, diálogo e dignidade no encontro de intersubjetividades e na troca de saberes, crenças e emoções. Esse encontro na busca pela promoção da saúde se dá pelos sujeitos envolvidos (usuários e profissionais), na redução de danos que possam comprometer a qualidade de vida, devendo ser considerados segundo suas singularidades e contextos socioculturais nos quais estão inseridos (ZOBOLI, 2009).

Os profissionais da equipe de Saúde da Família dividem a responsabilidade pelo cuidado do indivíduo e do coletivo de acordo com suas competências profissionais, contribuindo para a qualidade das ações de saúde e para a concepção de uma visão mais integral dos indivíduos. Porém, esses profissionais, muitas vezes por estarem imersos em uma lógica produtivista, valorizam excessivamente a quantidade de serviços disponibilizados, ficando em plano secundário o modo que tais serviços são ofertados no cotidiano e a qualidade desses serviços (LAZARINI; SODRÉ; LIMA, 2014).

Na relação profissional/usuário, é necessário sensibilizar o usuário para sua autonomia de forma a compreender e administrar suas necessidades na perspectiva do cuidado para a cura ou minimização do sofrimento (SANTOS et al., 2008). Na comunicação com o outro, são manifestados os valores, crenças, sentimentos e sentidos. Assim, a comunicação é uma peça imprescindível para a consideração do sujeito em sua integralidade, singularidade e complexidade. Porém, quando as mensagens verbais e não verbais dos usuários não são percebidas, há, conseqüentemente, a dificuldade de identificação das necessidades, o que acaba por ignorar todo o contexto socioeconômico e cultural do indivíduo (HADDAD, 2011).

A educação em saúde, de forma tradicional, ao priorizar a transmissão de conhecimento, ao invés de envolver o sujeito no processo, é, possivelmente, fruto da formação dos profissionais de saúde. No processo de formação baseado na abordagem biologicista, através da fragmentação do conhecimento, o profissional tende a agir no enfoque educativo de forma normativa e punitiva, culpabilizando o sujeito, além de analisar apenas o individual, desprezando o contexto no qual o sujeito está inserido e os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença (BITTENCOURT, 2010).

No cotidiano dos serviços de saúde, as ações educativas tendem a ser desvalorizadas, de forma que os profissionais das equipes de Saúde da Família estão desacreditados e desestimulados, muitas vezes pela escassez de infraestrutura adequada assim como de materiais para auxílio nas metodologias diferenciadas em tais práticas. Além disso, a ausência de realização de educação em saúde pode estar relacionada ao envolvimento excessivo das equipes de Saúde da Família em atividades gerenciais e técnicas, além do insuficiente apoio da gestão, ao exigir, na maioria das vezes, a produtividade em consultas, que dificulta a disponibilidade de tempo para atividades educativas de qualidade. Cabe destacar também a viabilização escassa ou mínima de materiais complementares (como impressos, material audiovisual, materiais para confecção de folhetos educativos) para a realização das atividades. Assim, as equipes de saúde se referem às dificuldades para a efetivação de uma prática cotidiana que incorpore ações de educação em saúde nos serviços, de acordo ao processo educativo que valorize a integralidade, a autonomia e a sensibilidade dos indivíduos e da coletividade (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

No cotidiano profissional, porém, quando é necessária a vinculação do conhecimento a vários olhares em relação às demais demandas e sujeitos, os profissionais tendem a não perceber e não agir segundo essa vivência esperada. Assim, o profissional, na prática individualista, pode dificultar e até impedir o adequado andamento de atividades com demais profissionais da equipe e usuários (CARDOSO et al., 2007). Portanto, o insucesso da ação educativa pode não estar nos elementos que envolvem os indivíduos e o grupo, mas na forma de planejamento ou desenvolvimento de tal ação (ALMEIDA; SOUZA, 2012).

No entanto, o ideal para a atuação do profissional de saúde, principalmente aquele com formação em saúde coletiva, é identificar e sensibilizar sobre os meios e

modos para prevenção, controle, eliminação ou erradicação de doenças ou agravos. Além disso, ele deve participar dos esforços para a promoção da saúde e proteção de agravos, de forma que tal atuação possibilite a melhoria das condições de saúde dos usuários (PAIM, 2008).

A maioria de profissionais das equipes de Saúde da Família imersa em práticas normatizadoras, tende a desqualificar os valores e saberes populares. Assim, tal prática tende a uniformizar as características dos usuários e familiares para as ações educativas e práticas assistenciais. O usuário, conseqüentemente, é tido como passivo e tem suas percepções e representações individuais excluídas (JUNGES et al., 2011).

A educação em saúde como uma proposta pedagógica de trabalho, deve ultrapassar o desenvolvimento pontual, verticalizado e pré-estabelecido, pois, para atingir o objetivo de sensibilização dos sujeitos para a autonomia, devem ser valorizados os aspectos subjetivos referentes às condições socioculturais nas quais estão inseridos os sujeitos (BITTENCOURT, 2010).

A educação em saúde requer a compreensão de que é necessária a construção do conhecimento de forma adequada, segundo a perspectiva crítica, desenvolvendo habilidades pessoais e sociais. Deve-se também representar o adequado valor, com ressignificação no contexto da vida sociocultural, dos sujeitos, individualmente ou no coletivo (LOPES; TOCANTINS, 2012).

A corresponsabilidade da equipe de saúde em relação ao usuário ocorre quando os profissionais se tornam sujeitos em suas práticas, deixando de realizar procedimentos de forma mecanizada e passando a conhecer as necessidades de saúde que o usuário apresenta individual ou coletivamente. Assim, o profissional age ativamente com decisões criativas e de acordo com a subjetividade do usuário (JUNGES; BARBIANI, 2013).

Para que os processos educativos em saúde ocorram de forma comunicacional, transformadora e, portanto, efetiva, torna-se necessária a sensibilização para a mudança de atitudes dos profissionais, que não deve ser entendida como a simples aquisição de instrumentos e técnicas rígidos que possam ser utilizados, de forma generalizada, nas ações educativas (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009). Esses profissionais, com os conhecimentos específicos de cada área, podem trabalhar de forma a promover troca de saberes entre as diversas

áreas de conhecimento, além de poderem considerar as prioridades de saúde no território no qual a USF está inserido (BRASIL, 2012a).

A experiência demonstrada pelos usuários em seus relatos sobre o modo de conduzir a vida nos espaços de reflexão permite o conhecimento da dimensão subjetiva. Assim, nessa experiência entre profissional e usuário e profissional, usuário e família, os usuários e a família são vistos por suas potências e emergidos de sua realidade, que conduzirá a discussão de temáticas com conceitos e embasamento inatos à essa realidade (GAZINELLI et al., 2015).

Os momentos nos quais há interação com e entre as pessoas devem ser vistos como relevantes oportunidades para a realização de educação em saúde, como, por exemplo: consultas, realização de procedimentos técnicos, visitas domiciliares, ações com um indivíduo ou em grupos. Assim, para que as ações educativas sejam efetivas e relevantes, além de propiciar o diálogo, deve-se resgatar a escuta, a comunicação de qualidade e a troca de saberes (SALCI et al., 2013).

As metodologias para a educação em saúde devem afastar as práticas baseadas na sobreposição do conhecimento técnico-científico em relação ao saberes populares, para que sejam resgatadas e/ou constituídas ações educativas em interação com o usuário e a família (JUNGES et al., 2011).

Os recursos didáticos a serem utilizados na educação em saúde devem ser adaptados às necessidades da população. Assim, mesmo os folhetos, cartilhas e materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a orientação de massa devem ser avaliados e utilizados com o auxílio de interpretação dos profissionais de saúde para que haja aproximação do entendimento com a realidade vivida. Sugere-se, então, a construção de material personalizado a partir da compreensão de um grupo específico (ALMEIDA; SOUZA, 2012). Considera-se também que o saber científico, ao ser superiorizado em relação ao conhecimento dos usuários, tende a produzir apatia e reduzir a participação da comunidade, inclusive nos grupos educativos (FERREIRA et al., 2009).

A orientação para a manutenção da saúde da família e da comunidade é uma atividade difícil, pois não depende apenas de quem orienta: depende, principalmente, do usuário ou da família com a qual foi estabelecida uma troca de saberes. Além disso, esse usuário pode rejeitar as orientações por motivos culturais,

econômicos, ausência de vínculo com o profissional ou demais prioridades de saúde (FIGUEIREDO et al., 2011).

A equipe de Saúde da Família deve atuar com esforços no contínuo processo de educação em saúde e no estímulo à participação dos usuários na sensibilização de práticas saudáveis. Isso altera a forma de cuidar da família e dos indivíduos com os quais se relaciona, possibilitando a participação ativa de todos (MACHADO; VIEIRA, 2009). Dessa forma, considera-se esse indivíduo como sujeito ativo, independente e livre para fazer suas escolhas, também responsável pelas decisões tomadas durante a sua vida (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

### 3.2 BIOÉTICA PRINCIPIALISTA NA REALIZAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Bioética tem caráter multidisciplinar e é considerada uma disciplina crítica por debater sobre as recentes descobertas tecnocientíficas que identificam novos problemas às ciências humanas dos valores éticos, tratando do sentido da vida, da morte, da relação do homem com a natureza, da convivência entre si, e estudando os avanços recentes da ciência em função da pessoa (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010). Assim, reconhece-se a importância da Bioética Principlista “na praticidade e na utilidade para a análise de situações práticas clínicas e em pesquisas” (GIOVANELLA et al., 2008, p.866).

O profissional de saúde, ao realizar um atendimento ao usuário, seja no ambiente da USF ou no ambiente domiciliar, precisa estar atento ao usuário em relação à preservação do bem-estar e à proteção da dignidade como ser humano. Portanto, é imprescindível que ele considere suas ações sob o enfoque Bioético, a fim de mediar o relacionamento entre a ciência e a responsabilidade Bioética na sua interação profissional com o usuário e a família (RAMOS; JUNQUEIRA, 2007).

Em relação à Bioética Principlista, é possível iniciar a discussão por seus princípios: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Sendo que, esses princípios não seguem uma ordem hierárquica e foram descritos e divulgados pelos autores Beauchamp e Childress no livro *Principles of Biomedical Ethics* em 1979 (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010).

O princípio de respeito à autonomia representa a valorização das escolhas dos indivíduos, auxiliando-os na tomada de decisão para o cuidado de saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Assim, o princípio de respeito à autonomia afirma que a pessoa deve escolher livremente o que considera adequado para si de acordo com seu contexto, experiências, valores, crenças pessoais e prioridades. Assim, a pessoa deve também ser responsável pelas consequências de suas atitudes e atos, cabendo à equipe de Saúde da Família respeitar as decisões tomadas pelo indivíduo e informar sobre as consequências para o coletivo (FORTES; ZOBOLI, 2006).

A educação em saúde, com metodologia dialógica, incentiva e respeita a autonomia no cuidado em saúde, a partir do encontro entre profissional da equipe de saúde e usuário/comunidade. A partir desse encontro, o usuário e sua família têm seu saber valorizado e o incentivo à sua participação ativa no controle social (MACIEL, 2009).

A autonomia do indivíduo é percebida pela corresponsabilidade em compreender e agir conforme suas reflexões. Para a coprodução da autonomia, o sujeito necessita de conhecimento, acesso às informações e capacidade de interpretação crítica para, a partir das reflexões, fazer suas escolhas (CAMPOS; CAMPOS, 2009). É garantida, então, ao usuário a expressão do seu desejo e a autorização sobre as informações de sua saúde a serem transmitidas para a família (ZOBOLI, 2007).

O respeito da autonomia também pode ser compreendido como o reconhecimento da capacidade e do direito do cidadão de ter participação ativa no que estiver relacionado a ele mesmo. Dessa forma, ele deixa de ser passivo e passa a representar uma parceria nos processos os quais lhe interessa. Assim, é importante que o indivíduo tenha conhecimento suficiente e capacidade crítico-reflexiva para fazer as escolhas referentes a sua vida e ao coletivo, com responsabilidade (NEVES, 2014).

Em relação ao princípio de não maleficência, tem-se, para os profissionais de saúde, o dever de não provocar mal ou dano ao usuário. A beneficência, por sua vez, refere-se ao bem-estar a ser proporcionado ao indivíduo através de atitudes positivas, na concepção tanto dos profissionais de saúde como dos usuários. Sendo válido ressaltar que a medicina preventiva e as ações da saúde pública adotam

estratégias conjuntas de beneficência, como a educação em saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O princípio da justiça refere-se ao acesso igualitário, que considera as especificidades de cada indivíduo e as prioridades para a promoção da saúde, assim como do acesso aos serviços (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002), sendo entendido que ao ser humano não pode ser negado qualquer tipo de assistência, tratamento ou práticas educativas independentemente das condições sociais, econômicas e raciais (PIRES; TRINDADE, 2007).

Nesse contexto, a Bioética Principlista através de seus princípios, permite reflexões das consequências resultantes do respeito ou não de tais princípios, e pode ser utilizada como base para a análise das práticas profissionais, pois ela dá margem a diversas releituras das situações e, ainda hoje, embasa os códigos de ética das profissões de saúde (ZOBOLI, 2010).



## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa.

### 4.2 CAMPO E CENÁRIO DE PESQUISA

O campo de pesquisa foi o município de Jequié que se localiza na região sudoeste do estado da Bahia, com uma população estimada em 161 mil habitantes e área total de aproximadamente 3.227 km<sup>2</sup> (IBGE, 2014).

O município está habilitado na Gestão Municipal dos Serviços de Saúde apresentando sua rede assistencial de atenção básica composta por: quatro Centros de Saúde; uma unidade móvel de atendimento médico-odontológico; uma unidade de saúde do sistema prisional; uma unidade do Programa de Farmácia Popular; 19 USF (duas na zona rural); 28 equipes de Saúde da Família (duas na zona rural) (BAHIA, 2014; CNES, 2014a).

O cenário da pesquisa foi as USF (Quadro 1) previamente identificadas no site do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2014) e para a confirmação foi realizada uma consulta na Secretaria de Saúde do município, sendo estabelecido o seguinte critério de inclusão para o estudo: USF da zona urbana.

**Quadro 1:** Distribuição das Unidades de Saúde da Família onde ocorreu a coleta de dados considerando o número de equipes de Saúde da Família e o bairro em Jequié, Bahia, Brasil, 2014.

	<b>Unidade de Saúde da Família</b>	<b>Equipes</b>	<b>Bairro</b>
01	Amando Ribeiro Borges	2	Jequiezinho
02	Antônio Carlos Martins	1	São Judas Tadeu
03	Aurélio Sciarretta	2	Mandacarú
04	Gilson Ribeiro	1	Jequiezinho
05	Giserlando Biondi	2	Jequiezinho
06	Hosannah Michelli Tolomei	1	Mandacarú
07	Ildefonso Guedes	1	Joaquim Romão
08	Isa Cléria Borges	2	km 3
09	João Caricchio Filho	1	Amaralina
10	José Maximiliano Henriquez Sandoval	2	Jequiezinho
11	Milton Rabelo	2	km 4
12	Odorico Motta	1	Joaquim Romão
13	Padre Hilário Terrosi	2	Jequiezinho
14	Rubens Xavier	2	Joaquim Romão
15	Senhorinha Ferreira de Araújo	1	Curral Novo
16	Tânia Britto	1	Cansanção
17	Virgílio de Paula Tourinho Neto	2	Cidade Nova

Fonte: CNES (2014b)

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de nível superior, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos, selecionados após os critérios de inclusão das USF, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o critério de exclusão: indisponibilidade para responder o questionário em até três datas e períodos agendados pelos profissionais.

Dos 68 profissionais que estavam em exercício profissional na Atenção Básica no município de Jequié-BA, 10 médicos tiveram formação em Cuba e por considerar que a formação profissional dos mesmos não é similar à formação dos

brasileiros, tal amostra dará base para novas discussões e pesquisas. Dos 58 profissionais com formação no Brasil, houve 2 recusas (médicos) e 2 exclusões (médicos) segundo critério mencionado anteriormente, assim considerados como perdas o total de 4 (6,89%). Constituindo a população total de 54 participantes, desses: 15 cirurgiões-dentistas, 26 enfermeiros e 13 médicos.

#### 4.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com instrumento (ANEXO A) embasado em Escala previamente validada em português, em Portugal, na pesquisa: “Os Enfermeiros enquanto agentes de Educação para a saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde” (EPCEPS), tendo como autores Bernardino et al. (2009).

A EPCEPS é constituída por 29 questões do tipo Likert a serem autorelatadas com cinco opções de respostas: nunca; raramente; às vezes; frequentemente e sempre. Os fatores de práticas e comportamentos abordados pela EPCEPS estão relacionados com fatores subdivididos de tal forma que permitiram as discussões das respostas oferecidas pelos profissionais em: avaliação de resultados da educação em saúde; esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos; inclusão da família, aconselhamento; adequação da linguagem; promoção de reflexão, explicação e exemplificação de procedimentos (BERNARDINO et al., 2009).

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2014, após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sendo posteriormente encaminhado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié e com o consentimento dado pelo secretário de saúde do município para consentimento da coleta de dados nas USF.

Posteriormente foi solicitada à Coordenação da Atenção Básica da SMS uma lista contendo o quantitativo das categorias de profissionais (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos), os nomes das Unidades de Saúde da Família, o endereço e os contatos telefônicos de tais unidades para posterior aproximação com os profissionais. Porém, como tais informações não demonstraram o quantitativo real, foi realizado contato telefônico com o (a) enfermeiro (a) da Unidade com uma breve apresentação da proposta da pesquisa para questionamento sobre a possibilidade de realização da aplicação do questionário com o (a) mesmo (a), com o cirurgião-dentista e com o médico. Assim, após os contatos telefônicos e ida até a USF foi contabilizado o quantitativo de profissionais, de equipes de Saúde da Família e este também foi comparado aos dados do CNES.

As Unidades que não possuíam telefone, ou nas quais tal aparelho estava quebrado, foi realizada uma visita para o agendamento da aplicação do questionário (sendo que nesse primeiro contato para agendamento na qual os profissionais apresentaram disponibilidade para responder ao questionário foi considerada a primeira visita à USF e foi agendada a ida seguinte).

De posse destas informações, as equipes de Saúde da Família foram visitadas conforme agendamento prévio. Após retornar nas datas estabelecidas, foi realizado convite para a participação, apresentado resumidamente a cada profissional o projeto de pesquisa e solicitado para o início da coleta de dados a participação, de forma voluntária, dos informantes, através da leitura e assinatura do TCLE.

Foi entregue o instrumento autoaplicado para preenchimento individualmente e recolhido após a conclusão, sendo o mesmo codificado e armazenado em classificador para garantir o anonimato. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de 15 minutos.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados e organizados no software Microsoft Excel, versão 2010, posteriormente, transferidos e processados para a análise no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para *Windows*<sup>®</sup>. O

tratamento estatístico foi feito através da análise descritiva das variáveis para a apresentação dos números absolutos e relativos, bem como valores mínimos e máximos. E a estatística inferencial foi realizada através do teste de qui-quadrado de associação linear com o nível de significância estatística de 5% ( $p \leq 0,05$ ), considerando as respostas dos questionários pelos profissionais por áreas de formação.

Foi realizada a análise descritiva das práticas de educação em saúde, segundo as categorias profissionais e fatores de práticas e comportamentos abordados pela EPCEPS (avaliação de resultados da educação em saúde; esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos; inclusão da família, aconselhamento; adequação da linguagem; promoção de reflexão, explicação e exemplificação de procedimentos).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi pautada na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), a qual regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios Bioéticos da beneficência, não-maleficência, minimização de riscos e prejuízos, assegurando o sigilo e anonimato, cedendo os direitos de uso do questionário preenchido, bem como autorização para publicação dos resultados da pesquisa em revistas e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

Cada preenchimento de questionário foi precedido da apresentação do TCLE aos participantes. O TCLE (APÊNDICE C) foi redigido em forma de convite, no qual constavam os objetivos da pesquisa, a relevância social, o método, assegurando o anonimato e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem nenhum prejuízo aos participantes. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma de domínio do informante e a outra da pesquisadora.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/ UESB, sob parecer de nº 491.669 (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo são apresentados em forma de dois manuscritos científicos, em atendimento às normas do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde. Estes estão formatados de acordo com as normas das Revistas selecionadas para a submissão.

A seleção dos temas abordados nos manuscritos busca contemplar os objetivos propostos no estudo. Dessa maneira, com vistas a responder ao primeiro objetivo específico, descrever as práticas de educação em saúde que as equipes de Saúde da Família adotam sob o enfoque da Bioética Principlialista, foi elaborado o primeiro manuscrito intitulado: **Educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principlialista.**

Para atender ao segundo objetivo: verificar a frequência que as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principlialista, foi elaborado o manuscrito **Educação em saúde por equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista.**

O alcance do objetivo geral: investigar a prática de educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista foi contemplado nos dois manuscritos apresentados como resultados da pesquisa.

## 5.1 MANUSCRITO 1: EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOB O ENFOQUE DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA

Este manuscrito foi elaborado conforme as normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva- ISSN: 1413-8123, que tem classificação Qualis B1. Link de acesso: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/imagens/instrucoes\\_para\\_colaboradores\\_2011.pdf](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/imagens/instrucoes_para_colaboradores_2011.pdf), consultadas em setembro de 2014.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOB O ENFOQUE DA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA\*

### HEALTH EDUCATION WITH FOCUS ON PRINCIPIALIST BIOETHICS

#### EDUCAÇÃO EM SAÚDE E BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

Tatiana Almeida Couto<sup>1</sup>

Sérgio Donha Yarid<sup>2</sup>

#### RESUMO

Trata-se de um estudo sobre a educação em saúde no enfoque da Bioética Principlialista com o objetivo de descrever as práticas de educação em saúde que as equipes de Saúde da Família adotam sob o enfoque da Bioética Principlialista. Estudo descritivo, exploratório, realizado em 17 unidades da Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Jequié-Bahia, com o total de 54 participantes: 15 cirurgiões-dentistas, 26 enfermeiros e 13 médicos. Para coleta de dados foi utilizado questionário validado sobre educação em saúde. Os dados foram tabulados e organizados no Microsoft Excel, versão 2010, transferidos e processados para a análise no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0 para *Windows*<sup>®</sup>. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva por meio de média, valores mínimos e máximos para a caracterização dos participantes e utilizado o teste qui-quadrado para associação linear na distribuição das frequências referentes às respostas dos profissionais das

\* Artigo oriundo da dissertação intitulada “Práticas de educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista”, apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2015.

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia, Brasil. Rua José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho. 45206-190. tatiana\_almeidacouto@hotmail.com.

<sup>2</sup>Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia, Brasil.



equipes de Saúde da Família acerca da prática da educação em saúde. Não houve associações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre as questões e as categorias profissionais.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde, Bioética.

## **ABSTRACT**

It is a study on health education with focus on Principlialist Bioethics in order to describe the health education practices that Family Health teams adopt under the focus of Principlialist Bioethics. It is a descriptive, exploratory, study conducted 17 units of the Family Health Strategy in the urban area of the municipality of Jequié – Bahia - with a total of 54 participants: 15 dentists, 26 nurses and 13 physicians. The study was approved by the Ethics in Research Committee of the State University of Southwest Bahia, under judgment n° 491 669. To collect data, a validated questionnaire on health education was used. The data were tabulated and organized in Microsoft Excel, version 2010, then transferred and processed for analysis using the Statistical Package for Social Sciences, version 21.0 for Windows®. Afterwards, a descriptive analysis by mean, minimum and maximum values was performed for the characterization of the participants and the chi-square test was used for linear association in the distribution of frequencies related to the responses of professionals of the Family Health teams on their practice in health education. There were no statistically significant associations ( $p \leq 0.05$ ) between the issues and professional categories.

**Keywords:** Family Health Strategy, Health Education, Bioethics.

## **INTRODUÇÃO**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui como uma de suas ferramentas a ação educativa para a sensibilização dos indivíduos sobre o autocuidado e

compreensão/enfrentamento do processo saúde-doença, valorizando os fatores biopsicossociais. Assim, a educação em saúde é vista como uma ferramenta de troca de saberes entre a comunidade e o meio científico, no sentido de reconstrução de significados e atitudes. Porém, o campo da educação em saúde aponta para desafios de reconstrução e amadurecimento, de forma a distanciar-se das ações características da concepção biologicista, e rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário para a valorização da inter-relação causal entre fatores biopsicossociais<sup>1</sup>.

Nessa perspectiva, a promoção da saúde ocorre através de práticas educativas que fortaleçam a capacidade de escolha dos sujeitos, sendo que tais práticas necessitam ser realizadas com oferecimento de informações através do conhecimento do contexto no qual o usuário está envolvido e suas características culturais e socioeconômicas, através de ações simples e contextualizadas que sensibilizem as pessoas para as escolhas mais saudáveis de vida<sup>2</sup>.

As práticas de educação em saúde têm como principais atores: os profissionais de saúde que valorizem a promoção e a prevenção tanto quanto as ações curativas; os gestores que apoiem tais profissionais e a população que necessita da ampliação de conhecimentos para a autonomia do cuidado individual e coletivo<sup>3</sup>. Porém, apesar das práticas de educação em saúde serem inerentes ao trabalho em saúde, muitas vezes, estão em segundo plano no planejamento, na organização dos serviços de saúde e na execução.

A Bioética e seus enfoques são importantes para a equipe de Saúde da Família por proporcionar aos profissionais reflexões e discussões que envolvam tal temática na prática cotidiana do exercício profissional. Dessa forma, a Bioética não se refere a preceitos a serem seguidos, mas seu enfoque tende a estar nos dilemas e compromissos dos profissionais da saúde. Assim, a educação em saúde e a Bioética nas ações em saúde devem estar incorporadas na postura profissional da equipe de Saúde da Família.

Embora haja uma vasta literatura sobre variados aspectos da educação em saúde e da Bioética Principlialista separadamente, as discussões sobre a educação em saúde no enfoque da Bioética Principlialista ainda precisam ser expandidas, uma vez que consiste em uma temática relevante na assistência desenvolvida no cenário da Atenção Básica. Assim, o objetivo desse estudo consiste em descrever as práticas de educação em saúde que as equipes de Saúde da Família adotam sob o enfoque da Bioética Principlialista.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo quantitativo com coleta de dados realizada no período de fevereiro a maio de 2014 nas 17 unidades da ESF da zona urbana de Jequié- Bahia. O total foi de 54 profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos).

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2014. Foi realizado contato prévio com os Coordenadores das Unidades e agendamento das visitas. Sendo que, no momento da visita à Unidade foram explicitados os objetivos da pesquisa aos profissionais, deixando-os livres para a escolha sobre participar ou não. Sendo estes entrevistados na própria Unidade de Saúde da Família de trabalho, antes ou após às consultas dos usuários. Com tempo médio de preenchimento dos questionários de 15 minutos.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi embasado em Escala previamente validada em português, em Portugal, na pesquisa: Os Enfermeiros enquanto agentes de Educação para a saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde (EPCEPS)<sup>4</sup>. Tal instrumento possui 29 questões e as respostas ao questionário podem variar em cinco opções: nunca; raramente; às vezes; frequentemente e sempre.

Os dados foram tabulados e organizados no software Microsoft Excel, versão 2010, posteriormente transferidos e processados para a análise no software *Statistical Package for the*

*Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para *Windows*<sup>®</sup>. Foi realizada uma análise descritiva por meio de média, valores mínimos e máximos para o cálculo das frequências das variáveis categóricas na caracterização dos participantes e foi utilizado o teste qui-quadrado para associação linear com o nível de significância de 5 % na distribuição das frequências referentes às respostas dos profissionais das equipes de Saúde da Família sobre as práticas de educação em saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o parecer nº 491.669. As entrevistas foram iniciadas somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução nº 466/12<sup>5</sup>.

## **RESULTADOS**

Do total de 54 participantes, 15 (27,78%) foram cirurgiões-dentistas; 26 (48,15%) enfermeiros e 13 (24,07%) médicos. Na caracterização dos participantes a média de idade foi de 36,9 anos, sendo o mínimo de 25 anos e o máximo de 67 anos. O tempo de formado com média de 11,3 anos, com o mínimo de 1 ano e o máximo de 40 anos. Em relação ao sexo, 31 (57,40%) participantes são do sexo feminino.

Não houve associação estatisticamente significativa de 5% ( $p \leq 0,05$ ) entre as questões e as categorias profissionais, assim, optou-se pela apresentação dos resultados em frequência relativa e absoluta das questões e das categorias profissionais (Tabela 1). Sendo que a apresentação será entre o quantitativo que realiza ou não realiza a educação em saúde (em ações mencionadas nas questões). De forma que para o quantitativo que realiza educação em saúde, as respostas foram: “às vezes”, “frequentemente” ou “sempre”. E para os que não realizam educação em saúde, foram as respostas referente a “nunca”.

**[Inserir Tabela 1]**

Destaca-se que, quando abordado o assunto das questões (Q) de Q3 a Q7 e da Q12 a Q20, há a apresentação da mesma frequência (100%), assim todos os profissionais realizam as ações de educação em saúde mencionadas em tais questões. Ao se tratar da Q10 e Q11 e das Q21 e Q22, apenas 1 dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família “não realiza” as práticas abordadas nas questões. E nas Q24 e Q25 apenas dois profissionais não realizam as referidas práticas de educação em saúde.

**DISCUSSÃO**

Na ESF, a educação em saúde é uma importante ferramenta para a emancipação do usuário através das reflexões e ações que sensibilizam para melhoria da qualidade de vida, na perspectiva mútua de compartilhamento de saberes entre a população e a equipe de Saúde da Família<sup>6</sup>.

A educação em saúde oportuniza aos sujeitos a aquisição e troca de conhecimentos, além da construção e desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais para a priorização de escolhas sobre a saúde com liberdade. Tais escolhas devem ser favoráveis em relação à saúde e à qualidade de vida do sujeito, constituindo o empoderamento no âmbito individual e coletivo<sup>7</sup>.

A educação em saúde pode ser abordada sob uma diversidade de metodologia, entre as quais se destacam as atividades grupais. Essas atividades podem promover a interação social, a autonomia do indivíduo e a melhoria da qualidade de vida, englobando a melhoria dos domínios físico, psicológico e social. Para isso, depender-se-á dos instrumentos e meios

utilizados na condução das atividades, da abordagem das temáticas e das necessidades dos usuários<sup>8</sup>.

Na educação em saúde, é importante que não exista a prática verticalizada, com a transmissão de conhecimentos e reprodução do saber técnico sobre saúde e qualidade de vida, pois é necessária a valorização das subjetividades culturais, pessoais e/ou coletivas próprias das experiências de saúde ou de se sentir saudável<sup>7</sup>.

A conversa/orientação é um ato que pode produzir um resultado no usuário para o seu bem estar, a partir de sua sensibilização na condução das suas necessidades. Assim, a conversa/orientação torna-se uma realidade educativa no trabalho da equipe<sup>9</sup>. E ao analisar os dados em relação à participação do usuário e da família, percebeu-se que os profissionais da equipe de Saúde da Família promovem a participação ativa.

As práticas educativas tendem a ser realizadas nos momentos informais por iniciativa tanto dos profissionais quanto dos usuários, de acordo com as inquietações dos profissionais e das dúvidas e esclarecimentos solicitados pelos usuários<sup>9</sup>. Nesse estudo, pudemos constatar, como demonstrados nos resultados, que todos os profissionais realizam as ações de esclarecimentos de dúvidas aos usuários e à família.

Na educação em saúde, os profissionais e os usuários precisam estabelecer o vínculo em uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica com a valorização e o respeito da história e das experiências do outro, pois, a partir do conhecimento do outro e da interação estabelecida, é possível a reconstrução de saberes e práticas cotidianas<sup>1</sup>. Dessa forma, deve-se valorizar o conhecimento prévio dos usuários e de sua família sobre a temática a ser abordada na consulta, na visita domiciliar e nas atividades grupais, oportunizando também a avaliação posterior à troca de conhecimentos e incentivando a demonstração dos desejos e sentimentos por todos os sujeitos envolvidos.

A educação em saúde é um processo que envolve a reflexão crítica do sujeito e sua inserção em um contexto sociocultural e histórico. As diferenças entre indivíduos e coletivos devem, portanto, ser consideradas na equipe de saúde, usuários e sua família. Pois, tal reconhecimento como sujeitos ativos interfere na consciência de atuação e contribui nos processos de aprendizagem<sup>7</sup>.

No processo educativo, lida-se com histórias de vida, com a subjetividade de cada indivíduo e com o conjunto de crenças e valores desses indivíduos, em processos contínuos, na intermediação entre os saberes do profissional e do usuário e na construção de um novo saber. Para que isso aconteça, é necessário o estabelecimento de confiança na troca das informações, para que o usuário demonstre suas necessidades pois, muitas vezes, ao serem interpretadas pelo profissional de saúde, munido do saber científico, o usuário tende a sentir-se valorizado<sup>10</sup>.

Sob o enfoque Bioético, percebe-se, nos resultados, que os profissionais da equipe de Saúde da Família, ao oportunizar ao usuário e a família a exposição da sua experiência e dos conhecimentos prévios, valorizam o princípio da autonomia, o qual contempla a participação na tomada de decisão referente à saúde e, ao tratar o indivíduo como autônomo, permite que ele aja livremente de acordo com suas escolhas. Além disso, ao respeitar a autonomia do usuário, o profissional de saúde tende a sensibilizar tal indivíduo para agir autonomamente. Assim, os profissionais de saúde, diante do respeito à autonomia dos usuários, devem respeitar e garantir o anonimato das informações reveladas durante as consultas, além de assegurarem esclarecimentos e auxílio na tomada de decisão adequada. Dessa forma, é necessária a valorização do conhecimento do usuário e de sua família antes de ações educativas, a fim de evitar a violação de sua autonomia e o desrespeito ao indivíduo, com a imposição do conhecimento científico.

É necessário, para a garantia da capacidade de escolha autônoma dos usuários e familiares, que essas pessoas sejam capazes, psicologicamente ou legalmente, de assumirem a responsabilidade da tomada de decisões adequadas para si, e que não ofereçam risco ao coletivo<sup>11</sup>.

Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos<sup>12</sup>, a autonomia das pessoas para decidir deve ser garantida desde que essas pessoas sejam consideradas capazes, de forma que tais decisões garantam também a autonomia do coletivo. E em relação ao princípio da justiça, percebe-se a necessidade de que todos os indivíduos sejam tratados com igualdade em referência aos seus direitos e dignidade. Portanto, é possível inferir que os profissionais das equipes de Saúde da Família, ao oferecer a troca de conhecimento com a possível adequação de linguagem de acordo com as características sociais e culturais dos usuários participantes da educação em saúde, estão respeitando os princípios Bioéticos da autonomia e da justiça.

O princípio da maleficência permite a tomada de decisão pelos usuários e pela família, além de direcionar os profissionais de saúde sobre a aceitação ou recusa de tratamento ou procedimento após a discussão, reflexão dos custos e benefícios da opção escolhida, de forma a não causar mal ou dano<sup>11</sup>.

As ações de educação em saúde irão, possivelmente, sensibilizar os usuários e promover uma tomada de consciência autônoma para as decisões referentes à sua saúde, quando surgirem, a partir das necessidades, dos interesses, dos saberes, das dúvidas, dos questionamentos e do meio social no qual os indivíduos estão inseridos. Assim, é importante ressaltar que as ações educativas devem ser realizadas continuamente, permitindo espaços de conhecimento da população e de suas necessidades, utilizando de linguagem simples e acessível a todos os usuários participantes<sup>6</sup>, de forma que, ao se tratar da aplicação de



conhecimento científico, devem ser maximizados os benefícios aos usuários além da minimização de qualquer dano possível a tais sujeitos<sup>12</sup>.

Vale destacar que o excesso de informações, além de vocabulário técnico abundante, tende a ser obstáculo para o entendimento por parte do usuário, podendo acarretar decisões desinformadas<sup>11</sup>. Além disso, as ações de educação em saúde, na prática, ainda se referem ao trabalho verticalizado, que não valoriza os aspectos sociais, culturais e econômicos e mantém a imposição de conhecimentos técnico-científicos<sup>13</sup>.

Percebe-se que a prática educativa como um dos instrumentos da promoção da saúde ainda é difundida de forma restrita no sistema de saúde, porém os resultados do estudo demonstram que a maioria dos profissionais das equipes de Saúde da Família realizam as práticas de educação e apresentam valorização dos aspectos sociais, culturais e econômicos, além de oportunizar os usuários e família a expressarem seus conhecimentos, sendo rejeitada a imposição de conhecimentos técnico-científicos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A abordagem da educação em saúde e Bioética inova, em relação às publicações existentes, ao se referir a uma reflexão Bioética sobre a interface das temáticas. Assim, esse trabalho permite concluir que, das questões abordadas sobre educação em saúde com os usuários e a família, a maioria dos profissionais oportuniza a participação ativa dos sujeitos. Ainda é demonstrado que os profissionais da equipe de Saúde da Família do município estudado possuem uma prática de oferecimento e oportunizam a educação em saúde.

É possível inferir também que, nos momentos das consultas e nos momentos de educação em saúde, há, por parte de todos os participantes, a explicação ao usuário e à família do procedimento que será realizado, assim como as orientações aos usuários para a sua

participação no autocuidado. Nota-se também a oportunidade de esclarecimento de dúvidas, troca de conhecimentos e de experiências, pelos aconselhamentos e pela participação com os conhecimentos prévios e adquiridos por parte do usuário e da família, demonstrando o respeito pela autonomia do usuário e da família, sendo esse um princípio Bioético avaliado nesse estudo.

Assim, possivelmente, o estudo promoverá reflexões sobre a necessidade de se mudar as práticas que garantem a educação em saúde como atividade inerente da ESF com a qualidade necessária, a fim de oferecer uma assistência digna e respeitosa aos usuários, preservando os princípios Bioéticos.

## **AGRADECIMENTOS**

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Bahia pelo apoio financeiro no oferecimento de bolsa de Mestrado. Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde pelo apoio na realização dos estudos e da pesquisa. À Secretaria Municipal de Jequié (Bahia) pelas informações oferecidas.

## **REFERÊNCIAS**

1. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Cien Saude Colet* 2011; 16 (Supl. 1): 1547- 1554.
2. Alves GGA, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1): 319-325.

3. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2014; 19(3): 847-852.
4. Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde [monografia]. Bernardino A, Machado C, Alves E, Rebouço H, Pedro R, Gaspar PJS. Portugal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; 2009 [acessado 2013 Abr 30]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/113>.
5. Brasil. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
6. Menezes Júnior JE, Queiroz JCQ, Fernandes SCA, Oliveira LCO, Coelho SQF. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. *Rev Rene* 2011; 12 (n. esp.): 1045-1051.
7. Lopes R, Tocantins FR. Promoção da Saúde e a Educação Crítica. *Interface- Comunic., Saude, Educ.* 2012; 16 (40): 235-246.
8. Mallman N, Danielli G, Sousa JC, Vasconcelos EMR, Galindo Neto NM. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Cienc Saude Colet* 2015; 20(6): 1763-1772.

9. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipe de saúde da família. Cienc Saude Colet 2012; 17(7): 1825-1832.
10. Couto IRRC, Marins DS, Espírito Santo FH, Neves PS. Saber e prática: a educação em saúde como elo facilitador no processo de cuidar. R. pesq.: cuid. fundam. online 2013; 5(1): 3485-3492.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
12. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. O Mundo da Saúde 2005; 29 (3): 455-460.
13. Ebling SBD, Falkembach EM, Silva MM, Silva SO. Popular education and health education: a necessary link in health practices. J Nurs UFPE on line 2012; 6 (9): 2285-2289.

## **COLABORADORES**

TA Couto trabalhou na concepção e delineamento, na análise e interpretação dos dados e na redação do artigo e SD Yarid trabalhou na concepção, na análise e interpretação dos dados e na revisão crítica.

## Arquivo a ser anexado na plataforma de submissão da Revista

**Tabela 1.** Números absolutos e relativos de respostas dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família acerca da prática de educação em saúde. Jequié, Bahia, Brasil, 2014.

Questões	Resposta	Profissionais (n=54)					
		Cirurgião-dentista (n=15)		Enfermeiro (n=26)		Médico (n=13)	
		n	%	n	%	n	%
1. Promovo a presença da família nas sessões de educação em saúde	Sim	13	26,00	26	52,00	11	22,00
	Não	2	50,00	-	-	2	50,00
2. Comunico ao usuário os procedimentos que planejo realizar	Sim	15	28,30	26	49,06	12	22,64
	Não	-	-	-	-	1	100,00
3. Explico ao usuário os procedimentos enquanto os realizo	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
4. Exemplifico ao usuário o que pretendo que ele execute	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
5. Explico à família os procedimentos enquanto os realizo	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
6. Exemplifico à família o que pretendo que ela execute	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
7. Adequo a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
8. Adequo a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário de acordo com as suas crenças e valores	Sim	13	25,00	26	50,00	13	25,00
	Não	2	100,00	-	-	-	-
9. Adequo a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário de acordo com a sua situação social	Sim	14	26,92	25	48,08	13	25,00
	Não	1	50,00	1	50,00	-	-
10. Promovo, para o usuário, espaços de reflexão	Sim	14	26,41	26	49,06	13	24,53
	Não	1	100,00	-	-	-	-
11. Promovo, para a família, espaços de reflexão	Sim	14	26,41	26	49,06	13	24,53
	Não	1	100,00	-	-	-	-
12. Tomo a iniciativa de aconselhar o usuário	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
13. Tomo a iniciativa de aconselhar a família	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
14. Aconselho o usuário quando este me procura	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
15. Aconselho a família quando esta me procura	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
16. Esclareço as dúvidas expressas pelo usuário	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
17. Crio oportunidade para a família demonstrar aquilo que aprendeu	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
18. Incentivo a família a demonstrar o que aprendeu	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
19. Permito que a família exponha as suas dúvidas	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
20. Esclareço as dúvidas expressas pela família	Sim	15	27,78	26	48,15	13	24,07
	Não	-	-	-	-	-	-
21. Permito que o usuário exprima os seus desejos e sentimentos	Sim	14	26,41	26	49,06	13	24,53
	Não	1	100,00	-	-	-	-
22. Permito que a família exprima os seus desejos e sentimentos	Sim	14	26,41	26	49,06	13	24,53
	Não	1	100,00	-	-	-	-
23. Avalio os conhecimentos do usuário antes da educação em saúde	Sim	13	25,49	25	49,02	13	25,49
	Não	2	66,67	1	33,33	-	-
24. Avalio os conhecimentos do usuário depois da educação em saúde	Sim	13	25,00	26	50,00	13	25,00
	Não	2	100,00	-	-	-	-
25. Avalio os conhecimentos da família antes da educação em saúde	Sim	13	25,00	26	50,00	13	25,00
	Não	2	100,00	-	-	-	-
26. Avalio os conhecimentos da família depois da educação em saúde	Sim	13	25,49	26	50,98	12	23,53
	Não	2	66,67	-	-	1	33,33
27. Avalio as habilidades/ capacidades adquiridas pelo usuário	Sim	15	28,30	26	49,06	12	22,64
	Não	-	-	-	-	1	100,00
28. Avalio as habilidades/ capacidades adquiridas pela família	Sim	14	26,92	26	50,00	12	23,08
	Não	1	50,00	-	-	1	50,00
29. Disponibilizo informação adicional em diferentes formatos (folhetos, cd's, dvd's...)	Sim	12	26,09	25	54,35	9	19,56
	Não	3	37,50	1	12,50	4	50,00

Fonte: Elaboração pelos autores com base em dados da pesquisa "Práticas de educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista", 2014.

## 5.2 MANUSCRITO 2: EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB O ENFOQUE DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA

Este manuscrito foi elaborado conforme as normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP- ISSN: 1980-220X, a qual possui classificação Qualis A2. Link de acesso: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>, consultadas em dezembro de 2014.

**Educação em saúde por equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética  
Principialista\***

**Health education for Family Health teams with focus on Principialist Bioethics**

**Educación en salud por equipos de Salud de la Familia en el enfoque de la Bioética  
Principialista**

Tatiana Almeida Couto<sup>1</sup>

Sérgio Donha Yarid<sup>2</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** Verificar a frequência em que as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principialista. **Método:** Estudo quantitativo realizado nas Unidades de Saúde da Família do município de Jequié (Bahia). Participaram 54 profissionais de saúde: 15 cirurgiões-dentistas, 26 enfermeiros e 13 médicos. A aplicação de questionário previamente validado foi realizada no período de fevereiro a maio de 2014. A análise dos dados foi realizada com o uso do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0 para *Windows*<sup>®</sup>. **Resultados:** Não houve associações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre as práticas de educação em saúde e as categorias profissionais, sendo realizada a apresentação em frequência relativa e absoluta das questões e das categorias profissionais. **Conclusão:** Percebe-se que a maioria dos profissionais promove ações de educação em saúde “frequentemente” e “sempre”, nas quais são respeitados os princípios Bioéticos.

**DESCRITORES:** Educação em Saúde; Bioética; Estratégia Saúde da Família; Relações Profissional-Família.

\* Manuscrito extraído da dissertação intitulada “Práticas de educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principialista”, 2015, apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Rua José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié, Bahia, Brasil. Endereço para correspondência: Rua Castro Alves, 150 A, CEP: 44571-070, Centro, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. Telefone para contato: (073) 8803-4340. E-mail: tatiana\_almeidacouto@hotmail.com.

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Rua José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié, Bahia, Brasil.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the frequency with which the Family Health teams present health education practices with focus on Principialist Bioethics. **Method:** It is a quantitative study conducted in the Family Health Units of the municipality of Jequié (Bahia) in which 54 health professionals participated: 15 dentists, 26 nurses and 13 physicians. A previously validated questionnaire was applied from February to May 2014 and the data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences, version 21.0 for Windows<sup>®</sup>. **Results:** Found no statistically significant associations ( $p \leq 0.05$ ) between the issues and professional categories were found, being the presentation of the issues and professional categories held in relative and absolute frequency. **Conclusion:** It is noticed that most professionals promote health education activities, in which the Bioethical principles are respected, "frequently" and "always".

**DESCRIPTORS:** Health Education; Bioethics; Family Health; Professional-Family Relations.

## RESUMEN

**Objetivo:** Verificar la frecuencia en que los equipos de Salud de la Familia presentan prácticas de educación en salud en el enfoque de la Bioética Principialista. **Método:** Estudio cuantitativo realizado en las Unidades de Salud de la Familia del municipio de Jequié (Bahia). Participaron 54 profesionales de la salud: 15 cirujanos-dentistas, 26 enfermeros y 13 médicos. La aplicación de cuestionario previamente validado fue realizada en el período de febrero a mayo de 2014. El análisis de los datos fue realizado con el *Statistical Package for the Social Sciences*, versión 21.0 para Windows<sup>®</sup>. **Resultados:** No hubo asociaciones estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre las cuestiones y las categorías profesionales, siendo realizada la presentación en frecuencia relativa y absoluta de las cuestiones y de las categorías profesionales. **Conclusión:** Se percibe que la mayoría de los profesionales promueve acciones de educación en salud "frecuentemente" y "siempre", en las cuales son respetados los principios Bioéticos.

**DESCRIPTORES:** Educación en Salud; Bioética; Salud de la Familia; Relaciones Profesional- Familia.



## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família busca reorganizar a Atenção Básica além de fortalecer os princípios, diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do SUS através de ações inovadoras no setor que tende a oferecer a equidade e a universalidade. Porém, apesar da expansão não é possível admitir que dimensões de qualidade como a integralidade das ações, humanização e satisfação dos usuários em relação às demandas estão plenamente contempladas em tal estratégia<sup>(1)</sup>.

As necessidades de saúde na Atenção Básica são configuradas coletivamente, pois envolvem os determinantes sociais e culturais exigindo o trabalho em equipe multiprofissional já que a resposta deve atender à subjetividade do usuário e ao contexto coletivo no qual está inserido<sup>(2)</sup>.

Entre as responsabilidades das equipes de Saúde da Família está o desenvolvimento de ações de educação em saúde, conforme planejamento das equipes, juntamente com a valorização das necessidades demonstradas pelos usuários e de forma multidisciplinar, para que possam interferir no processo saúde-doença, na promoção da autonomia individual e coletiva e na busca por melhoria da qualidade de vida pelos usuários<sup>(3)</sup>.

No cuidado individual e coletivo, as equipes de Saúde da Família devem atuar com sensibilização e fortalecimento da participação popular. Assim, cabe ao profissional de saúde o compromisso em se envolver com os sujeitos para o estabelecimento de vínculo que permita o conhecimento das histórias de vida, das necessidades de saúde, das particularidades e que a comunicação seja utilizada como instrumento terapêutico e promotor da saúde. Nesse sentido, indivíduos e famílias deverão ser sensibilizados para potencializar a promoção da saúde e não apenas, após o surgimento de problemas e agravos a sua saúde. Portanto, para que as pessoas possam fazer escolhas mais saudáveis de vida é necessária a interação entre o conhecimento teórico e a experiência de vida individual, além do vínculo de confiança entre os usuários e o serviço de saúde e entre os usuários e a equipe de Saúde da Família<sup>(4)</sup>.

Nas ações educativas, a metodologia dialética é essencial na relação entre equipe de Saúde da Família e usuários, de forma que, para uma aprendizagem significativa, é necessário o interesse do usuário em aprender e trocar experiências e saberes para que sejam acrescentados novos conhecimentos aos sujeitos envolvidos<sup>(5)</sup>.

As ações de educação em saúde devem ser constantes nas visitas domiciliares e nas consultas dos profissionais de saúde, considerando as singularidades dos indivíduos e o perfil

da população adscrita<sup>(6)</sup>, pois, o trabalho das equipes de Saúde da Família está embasado nos referenciais teóricos da vigilância e promoção da saúde. Dessa forma, a atuação deve ser através da organização de serviços e planejamento do processo de trabalho para atender à demanda que procura espontaneamente os serviços de saúde, além de desenvolver ações que ofereçam informações sobre as atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) para aqueles sujeitos e famílias que ainda não conhecem ou não frequentam a USF. E assim, há necessidade das equipes de Saúde da Família conhecerem o território no qual trabalham, as características e as demandas dos usuários e que a visita domiciliar faça parte da rotina do trabalho também como estratégia para ações de educação em saúde<sup>(4)</sup>.

A educação em saúde para ser instituída no processo saúde/ doença e para se estabelecer como uma prática satisfatória é imprescindível o conhecimento da realidade dos indivíduos com os quais se deseja realizar a ação educativa, bem como suas potencialidades e suscetibilidades a serem avaliadas de maneira integral. Porém para que isso ocorra há também variáveis como o nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família e o nível de participação desejada da comunidade na resolução dos problemas e/ou necessidades de saúde<sup>(7)</sup>.

O entendimento dos usuários deve ser favorecido pelos profissionais de saúde, ao serem oportunizados os questionamentos e espaços de expressão das preocupações, dúvidas, interesses, de forma a permitir que o usuário tome uma decisão autônoma<sup>(8)</sup>. Para a promoção do espaço de diálogo com os usuários tornam-se necessários o conhecimento e a prática profissional segundo o enfoque Bioético.

A prática profissional sobre a educação em saúde no enfoque da Bioética Principlalista consiste em uma temática relevante aos usuários, às equipes de Saúde da Família, aos futuros profissionais da saúde, aos gestores, porém ainda escassa na literatura. Pois, em sua maioria, há abordagem da temática de educação em saúde e da Bioética, separadamente.

O objetivo deste estudo foi verificar a frequência que as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principlalista.

## **MÉTODO**

O estudo descritivo, exploratório e quantitativo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Jequié (Bahia). A seleção dos participantes ocorreu mediante os critérios de inclusão: profissionais de nível superior: cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos, das Unidades de Saúde da Família da zona urbana, que concordaram

em participar voluntariamente da pesquisa após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e como critérios de exclusão: profissionais que não aceitassem participar e os profissionais com os quais não fosse possível aplicação de questionário até a terceira ida à USF. Foi realizado contato telefônico com os enfermeiros das Unidades, a fim de convidá-los juntamente com os cirurgiões-dentistas e médicos para participarem do estudo, verificando a aceitação e disponibilidade para o preenchimento do questionário.

A aplicação de questionário previamente validado<sup>(9)</sup> foi realizada no período de fevereiro a maio de 2014. Sendo esse instrumento de coleta de dados constituído por perguntas fechadas e com validação em Portugal. Nas questões, os participantes respondem a frequência em que realizam as práticas de educação em saúde com as opções de: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Sendo que o tempo médio de preenchimento do questionário foi de 15 minutos.

O instrumento foi composto por 29 questões (Q) divididas em sete fatores (F): F1: avaliação de resultados da educação em saúde; F2: esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos; F3: inclusão da família; F4: aconselhamento; F5: adequação da linguagem; F6: promoção de reflexão e F7: explicação e exemplificação de procedimentos. Sendo que as questões são categorizadas de tal forma: F1: Q23 a Q28; F2: Q16, Q19 a Q22; F3: Q1, Q5, Q6, Q17 e Q18; F4: Q12 a Q15; F5: Q7 a Q9; F6: Q10, Q11, Q29 e F7: Q2 a Q4. E para a caracterização dos participantes foram elaboradas questões a fim de traçar o perfil.

Neste artigo, foram abordadas apenas a realização da educação em saúde. Assim as respostas de “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”.

Os dados foram tabulados e organizados no software Microsoft Excel, versão 2010, posteriormente, transferidos e processados para a análise no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para *Windows*<sup>®</sup>. O tratamento estatístico foi feito através da análise descritiva das variáveis, calculando-se as frequências absoluta e relativa, bem como média e valores mínimos e máximos.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus Jequié (UESB), sob parecer de nº 491.669/12/12/2013. Tal artigo cumpre a Resolução 466/2012<sup>(10)</sup> como garantia de pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Os 54 participantes do estudo foram: 15 cirurgiões-dentistas, 26 enfermeiros e 13 médicos. A maioria dos profissionais 31 (57,4%) era do sexo feminino. A idade média de 36,9 anos, variando de 25 a 67 anos. E o tempo de formado com média de 11,3 anos, variando de 1 a 40 anos.

O teste utilizado na análise dos cruzamentos foi o qui-quadrado para associação linear, sendo que não houve associação estatisticamente significativa de 5% entre as questões e as categorias profissionais. Dessa forma, foi realizada a apresentação em frequência relativa e absoluta das questões e das categorias profissionais.

Na Tabela 1, observam-se as frequências absolutas e relativas das respostas dos profissionais (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) acerca da realização da educação em saúde (considerando que são os profissionais que responderam realizar tais ações na frequência de: “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” ou “sempre”). De forma que se destacam fatores com a totalidade de participantes (54) que realiza tal ação. Como no F2, nas Q16, Q19 e Q20, a maioria realiza educação em saúde “frequentemente” e “sempre”. No F3 com a Q5 e Q6: a maioria dos profissionais realiza educação em saúde “frequentemente” e “sempre”. E nas Q17 e Q18: predominância de “às vezes” e “frequentemente”. No F4 em todas as questões há participação total, sendo as frequências predominantes de “frequentemente” e “sempre”. Assim como na Q7 do F5 e na Q3 e Q4 do F7.

**Tabela 1.** Números absolutos e relativos de respostas dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família que realizam educação em saúde. Jequié, Bahia, Brasil, 2014.

Fatores	Profissão	Frequência							
		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Fator 1. Avaliação de resultados da educação em saúde</b>									
Q23. Avalio os conhecimentos do usuário antes da educação em saúde (n=51)	Cirurgião-dentista	4	30,80	6	46,10	1	7,70	2	15,40
	Enfermeiro	3	12,00	7	28,00	6	24,00	9	36,00
	Médico	3	23,10	4	30,70	3	23,10	3	23,10
Q24. Avalio os Conhecimentos do usuário depois da educação em saúde (n=52)	Cirurgião-dentista	2	15,40	9	69,20	2	15,40	-	-
	Enfermeiro	2	7,70	5	19,20	7	26,90	12	46,20
	Médico	2	15,40	4	30,80	4	30,80	3	23,00
Q25. Avalio os Conhecimentos da família antes da educação em saúde (n=52)	Cirurgião-dentista	2	15,40	9	69,20	1	7,70	1	7,70
	Enfermeiro	4	15,40	10	38,40	6	23,10	6	23,10
	Médico	3	23,00	4	30,80	4	30,80	2	15,40

continua...

...continuação									
Fatores	Profissão	Frequência							
		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Fator 1. Avaliação de resultados da educação em saúde</b>									
Q26. Avalio os conhecimentos da família depois da educação em saúde (n=51)	Cirurgião-dentista	2	15,40	8	61,50	3	23,10	-	-
	Enfermeiro	3	11,50	5	19,20	7	27,00	11	42,30
	Médico	1	8,40	4	33,30	4	33,30	3	25,00
Q27. Avalio as habilidades/capacidades adquiridas pelo usuário (n=53)	Cirurgião-dentista	4	26,70	4	26,70	5	33,30	2	13,30
	Enfermeiro	-	-	5	19,20	11	42,30	10	38,50
	Médico	1	8,30	2	16,70	8	66,70	1	8,30
Q28. Avalio as habilidades/capacidades adquiridas pela família (n=52)	Cirurgião-dentista	4	28,60	6	42,80	2	14,30	2	14,30
	Enfermeiro	1	3,80	5	19,20	12	46,20	8	30,80
	Médico	1	8,30	4	33,40	6	50,00	1	8,30
<b>Fator 2. Esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos</b>									
Q16. Esclareço as dúvidas expressas pelo usuário (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	-	-	4	26,70	11	73,30
	Enfermeiro	-	-	-	-	6	23,10	20	76,90
	Médico	-	-	-	-	3	23,10	10	76,90
Q19. Permito que a família exponha as suas dúvidas (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	1	6,70	4	26,60	10	66,70
	Enfermeiro	-	-	-	-	7	26,90	19	73,10
	Médico	-	-	-	-	5	38,50	8	61,50
Q20. Esclareço as dúvidas expressas pela família (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	-	-	5	33,30	10	66,70
	Enfermeiro	-	-	-	-	4	15,40	22	84,60
	Médico	-	-	1	7,70	4	30,80	8	61,50
Q21. Permito que o usuário exprima os seus desejos e sentimentos (n=53)	Cirurgião-dentista	-	-	3	21,40	5	35,70	6	42,90
	Enfermeiro	-	-	-	-	9	34,60	17	65,40
	Médico	-	-	1	7,60	6	46,20	6	46,20
Q22. Permito que a família exprima os seus desejos e sentimentos (n=53)	Cirurgião-dentista	-	-	3	21,40	5	35,70	6	42,90
	Enfermeiro	-	-	2	7,70	10	38,50	14	53,80
	Médico	1	7,60	2	15,40	5	38,50	5	38,50
<b>Fator 3. Inclusão da família</b>									
Q1: Promovo a presença da família nas sessões de educação em saúde (n=50)	Cirurgião-dentista	-	-	4	30,80	7	53,80	2	15,40
	Enfermeiro	2	7,70	12	46,10	8	30,80	4	15,40
	Médico	3	27,20	2	18,20	4	36,40	2	18,20
Q5. Explico à família os procedimentos enquanto os realizo (n=54)	Cirurgião-dentista	1	6,70	5	33,30	3	20,00	6	40,00
	Enfermeiro	-	-	1	3,80	5	19,20	20	77,00
	Médico	-	-	-	-	8	61,50	5	38,50
Q6. Exemplifico à família o que pretendo que ela execute (n=54)	Cirurgião-dentista	1	6,70	1	6,70	8	53,30	5	33,30
	Enfermeiro	-	-	-	-	8	30,80	18	69,20
	Médico	1	7,70	1	7,70	5	38,50	6	46,10
Q17. Crio oportunidade para a família demonstrar aquilo que aprendeu (n=54)	Cirurgião-dentista	3	20,00	5	33,30	6	40,00	1	6,70
	Enfermeiro	2	7,70	11	42,30	7	26,90	6	23,10
	Médico	2	15,40	3	23,00	4	30,80	4	30,80

continua...

...continuação									
Fatores	Profissão	Frequência							
		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Fator 3. Inclusão da família		n	%	n	%	n	%	n	%
Q18. Incentivo a família a demonstrar o que aprendeu (n=54)	Cirurgião-dentista	2	13,30	6	40,00	6	40,00	1	6,70
	Enfermeiro	2	7,70	7	26,90	10	38,50	7	26,90
	Médico	4	30,80	4	30,80	2	15,40	3	23,00
Fator 4. Aconselhamento									
Q12. Tomo a iniciativa de aconselhar o usuário (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	1	6,70	9	60,00	5	33,30
	Enfermeiro	-	-	5	19,30	7	26,90	14	53,80
	Médico	-	-	1	7,70	4	30,80	8	61,50
Q13. Tomo a iniciativa de aconselhar a família (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	3	20,00	7	46,70	5	33,30
	Enfermeiro	-	-	6	23,10	8	30,70	12	46,20
	Médico	1	7,60	-	-	4	30,80	8	61,60
Q14. Aconselho o usuário quando este me procura (n=54)	Cirurgião-dentista	1	6,70	1	6,70	6	40,00	7	46,60
	Enfermeiro	-	-	-	-	2	7,70	24	92,30
	Médico	-	-	-	-	6	46,20	7	53,80
Q15. Aconselho a família quando esta me procura (n=54)	Cirurgião-dentista	1	6,70	2	13,30	5	33,30	7	46,70
	Enfermeiro	-	-	-	-	5	19,20	21	80,80
	Médico	1	7,70	-	-	5	38,50	7	53,80
Fator 5. Adequação da linguagem									
Q7. Adequo a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário(n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	3	20,00	1	6,70	11	73,30
	Enfermeiro	-	-	-	-	5	19,20	21	80,80
	Médico	-	-	-	-	3	23,10	10	76,90
Q8. Adequo a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário de acordo com as suas crenças e valores (n=52)	Cirurgião-dentista	-	-	3	23,10	6	46,20	4	30,70
	Enfermeiro	-	-	4	15,40	7	26,90	15	57,70
	Médico	-	-	2	15,40	7	53,80	4	30,80
Q9. Adequo a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário de acordo com a sua situação social (n=52)	Cirurgião-dentista	-	-	2	14,30	4	28,60	8	57,10
	Enfermeiro	-	-	-	-	9	36,00	16	64,00
	Médico	-	-	-	-	4	30,80	9	69,20
Fator 6. Promoção de reflexão									
Q10. Promovo, para o usuário, espaços de reflexão (n=53)	Cirurgião-dentista	2	14,30	5	35,70	4	28,60	3	21,40
	Enfermeiro	4	15,40	11	42,30	5	19,20	6	23,10
	Médico	2	15,40	3	23,10	5	38,40	3	23,10
Q11. Promovo, para a família, espaços de reflexão (n=53)	Cirurgião-dentista	3	21,40	3	21,40	6	42,90	2	14,30
	Enfermeiro	5	19,20	9	34,60	6	23,10	6	23,10
	Médico	2	15,40	4	30,80	5	38,40	2	15,40
Q29. Disponibilizo informação adicional em diferentes formatos (folhetos, cd's, dvd's...) (n=46)	Cirurgião-dentista	3	25,00	5	41,60	2	16,70	2	16,70
	Enfermeiro	3	12,00	8	32,00	5	20,00	9	36,00
	Médico	7	77,80	2	22,20	-	-	-	-

continua...

...continuação									
Fatores	Profissão	Frequência							
		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Fator 7. Explicação e exemplificação de procedimentos		n	%	n	%	n	%	n	%
Q2. Comunico ao usuário os procedimentos que planejo realizar (n=53)	Cirurgião-dentista	-	-	-	-	2	13,30	13	86,70
	Enfermeiro	-	-	3	11,50	7	27,00	16	61,50
	Médico	-	-	-	-	4	33,30	8	66,70
Q3. Explico ao usuário os procedimentos enquanto os realizo (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	3	0,00	5	33,30	7	46,70
	Enfermeiro	-	-	-	-	3	11,50	23	88,50
	Médico	-	-	1	7,70	5	38,50	7	53,80
Q4. Exemplifico ao usuário o que pretendo que ele execute (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	-	-	10	66,70	5	33,30
	Enfermeiro	-	-	-	-	6	23,10	20	76,90
	Médico	-	-	2	15,40	2	15,49	9	69,20

Fonte: Elaboração pelos autores com base em dados da pesquisa “Práticas de educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista”, 2014.

## DISCUSSÃO

A ESF é composta por equipes de trabalhadores de saúde com competências, qualificações e responsabilidades definidas e diferenciadas e que se inter-relacionam. O foco dessa inter-relação entre os profissionais é o oferecimento de cuidado com atenção à família em seu contexto social, histórico e cultural, buscando identificar, intervir e acompanhar de acordo com as demandas de saúde<sup>(11)</sup>.

Entre as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de Saúde da Família está a realização de cuidado à população adscrita no âmbito da unidade de saúde, assim como no domicílio e em espaços comunitários (escolas, creches, associações). Além disso, eles devem praticar cuidado familiar com o desenvolvimento de intervenções e ações de educação em saúde conforme planejamento da equipe com os usuários, que influenciem nos processos de saúde desses indivíduos e das famílias<sup>(12)</sup>.

O profissional da equipe de Saúde da Família deve ser sensibilizado para reconhecer o contexto social e familiar do indivíduo e a cultura na qual está inserido, embasando a educação em saúde na realidade, e compreendendo o mundo vivido pelo indivíduo<sup>(13)</sup>.

O desenvolvimento da atividade educativa deve contar com a participação de todos os profissionais da equipe de Saúde da Família para que ocorra de forma ampliada e qualificada. Assim, cabe a cada profissional participar juntamente com a comunidade nos diálogos e aprendizados, contribuindo com o seu *corpus* de conhecimento<sup>(7)</sup>. Na interação profissional-

usuário, é necessária a compreensão do outro como ser diferente e singular, além da valorização dos seus saberes, compreendendo uma prática do cuidar através do diálogo, com dinamicidade e criatividade<sup>(14)</sup>.

A concepção pedagógica para o planejamento e desenvolvimento de novas práticas de educação em saúde deve envolver o diálogo e o respeito pelo outro e por suas vivências. Assim, ela servirá como referencial para a atuação dos profissionais da saúde<sup>(13)</sup>.

A escolha de metodologias para o planejamento e a realização de educação em saúde pelo profissional da equipe de Saúde da Família deve ser pautada nos conhecimentos pré-existentes dos sujeitos envolvidos. Logo, os encontros entre os sujeitos devem promover espaços de reflexão com a diversidade de culturas, saberes e conhecimentos, construindo novos espaços de vivências e produção de significados para as temáticas abordadas e mudanças significativas na prática do autocuidado<sup>(15)</sup>.

A educação em saúde deve ser desempenhada com o objetivo de promover a inclusão social e a autonomia da população na participação em saúde<sup>(16)</sup>. A partir dos resultados do presente estudo, destacou-se a realização de ações educativas relacionadas principalmente a esclarecimentos de dúvidas e expressão de sentimentos, à inclusão da família, ao aconselhamento e à adequação da linguagem, assim, estes resultados corroboram com os autores mencionados anteriormente.

Portanto, as ações educativas devem ser uma constante nas visitas domiciliares e nas consultas de profissionais da equipe de Saúde da Família, além de serem levadas em consideração as singularidades, características e perfil da população adscrita<sup>(6)</sup>.

A promoção da saúde como um processo articulado com a produção do cuidado requer esforço coletivo para o desenvolvimento de educação em saúde, a qual viabiliza e incorpora práticas saudáveis e habilidades por parte do usuário para agir de forma ativa, autônoma e participativa nas decisões sobre a sua vida<sup>(17)</sup>.

A partir do encontro entre o profissional de saúde e o usuário, pode haver impactos positivos no cuidado a ser prestado e diante dos problemas de saúde. Assim, é imprescindível o vínculo, a corresponsabilização e o acolhimento das singularidades, além da percepção de que ambos, sujeitos e profissionais da equipe, são ativos no processo da produção de saúde<sup>(18)</sup>.

Os usuários, muitas vezes, demandam os profissionais da equipe de Saúde da Família para compartilhar seus sentimentos, suas dúvidas, suas expectativas e seus medos referentes ao processo saúde-doença. Esse ato é importante para a percepção do usuário enquanto protagonista na sua vida, assim como a necessidade de escuta sensível pelo profissional de saúde. Tal escuta deve impulsionar o profissional à valorização da singularidade do usuário e



à sensibilização para o seu sofrimento e suas necessidades de saúde, buscando a resolutividade<sup>(19)</sup>. Assim, os resultados da pesquisa estão de acordo com o que é apresentado pelos autores, pois os participantes do estudo, em sua maioria, oportunizam a expressão de sentimentos e dúvidas com alta frequência (frequentemente e sempre).

Para a manutenção do cuidado no ambiente domiciliar, é necessário que o usuário e seus familiares tenham um vínculo com os profissionais da equipe de Saúde da Família para a orientação e o acompanhamento. Assim, há a possibilidade de troca de conhecimentos suficientes para que o usuário e a família deem continuidade às metas de cuidado factíveis à realidade de saúde-doença vivenciada<sup>(20)</sup>. Essa troca de conhecimentos tende a ser realizada desde o conhecimento das experiências que os usuários e a família possuem antes da educação em saúde.

A atenção familiar também deve ser trabalhada pelos profissionais da saúde para que a emancipação e a cidadania dos usuários sejam reconhecidas. Além disso, há necessidade de despertar nos usuários a possibilidade de demonstrar expectativa e demandar não apenas em relação ao adoecimento biológico, mas também apresentar demandas sociais. Essa relação dependerá do vínculo estabelecido entre a equipe de Saúde da Família e os usuários, cabendo também ao profissional da equipe disponibilizar instrumentos e conhecimento para a adequada resolutividade<sup>(21)</sup>.

A abordagem Bioética é importante e necessária na medida em que transversaliza as práticas no dia a dia dos serviços de saúde e em outros contextos do território, como no ambiente domiciliar. Em tais ambientes, nos quais pode ser produzido o cuidado, a retomada pelos profissionais da equipe de Saúde às experiências de ensino, pesquisa e extensão, que são vivenciadas no contexto da formação, poderá reverter a atuação dos profissionais na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e na vida dos usuários<sup>(22)</sup>. Assim como, a possibilidade de reconstrução das práticas no SUS com a promoção à saúde pode ser estabelecida através de uma nova relação entre profissionais e usuários, privilegiando o diálogo para intervir na realidade na qual estão inseridos<sup>(11)</sup>, de forma a resgatar e discutir os conhecimentos e processos de ensino-aprendizagem na educação em saúde com embasamento no enfoque Bioético.

Portanto, cabe ao profissional de saúde “abster-se intencionalmente de executar ações que causem danos”, seja ao usuário como a sua família, além de respeitar ao princípio da beneficência, que consiste no esforço dos profissionais de saúde em “impedir que ocorram males ou danos; sanar males ou danos e fazer ou promover o bem”<sup>(8)</sup>. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde contribuir para o bem-estar e o benefício do indivíduo, conhecendo sua

obrigação de ajudar os usuários e promovendo o interesse desses, considerados como importantes e legítimos.

Para evitar decisões desinformadas, o profissional de saúde deve evitar a sobrecarga de informações que pode representar uma dificuldade para o entendimento adequado por parte do usuário e sua família, sendo considerada sobrecarga de informações quando os termos utilizados nas orientações são termos técnicos<sup>(8)</sup>. Dessa forma, é importante verificar o tipo de linguagem usada na realização de educação em saúde pela equipe de Saúde da Família, para melhorar a compreensão e a aproximação profissional-usuário-família. Portanto, conforme os resultados do estudo, é importante adequar a linguagem, que “frequentemente” e “sempre” está presente nas ações educativas, evitando-se o uso excessivo de termos técnicos. Assim, há uma valorização dos profissionais das equipes de Saúde da Família que adequam a linguagem nas ações educativas “frequentemente” e “sempre”.

Porém, nas práticas dos serviços de saúde, as ações de educação em saúde ainda são realizadas de forma verticalizada, com a imposição de temáticas e metodologias tradicionais, sem que se valorize as características dos usuários e a realidade vivida por eles. Além disso, não há preocupação com o estabelecimento de vínculo entre os profissionais das equipes de saúde e os usuários<sup>(23)</sup>. Ao contrário do esperado, de acordo com os resultados da pesquisa, os participantes em sua maioria demonstram a valorização dos usuários e da família na busca por uma melhor assistência de forma humanizada.

Entre as responsabilidades do usuário durante a assistência à saúde, têm-se a expressão do entendimento referente a orientações recebidas. Assim, em caso de dúvidas, deve-se propor um momento para os devidos esclarecimentos<sup>(12)</sup>. Nos serviços assistenciais, os usuários expressam sua satisfação ou insatisfação em relação aos serviços oferecidos e cabe ao profissional, que tem características inerentes de educador em saúde, a escuta dessas expressões e sentimentos, compreendendo-as enquanto exigências da coletividade. Assim, através dessa escuta, serão dialogadas as temáticas e os parâmetros metodológicos das práticas educativas a serem desempenhadas<sup>(24)</sup>.

Vale ressaltar que o estudo apresentou como limitações a realidade localizada de um município baiano, impedindo a generalização dos resultados para outros cenários, o que suscita a necessidade de realização de outras pesquisas que possam explorar a educação em saúde por equipes de Saúde da Família, revelando a análise sob demais enfoques da Bioética e cenários não contemplados pelo estudo. Sendo os avanços para a área da enfermagem e da saúde, o conhecimento da frequência que as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Princípalista, de forma a permitir reflexões

pelos profissionais das equipes de saúde da Família, aos futuros profissionais da saúde, aos gestores para possíveis mudanças de prática em relação à educação em saúde. Além da produção científica abordando a educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principlalista, que trata-se de temática escassa na literatura.

## CONCLUSÃO

Percebe-se que a maioria dos profissionais promove ações de educação em saúde nas quais são respeitados, com adequada frequência, o princípio da autonomia como o reconhecimento da capacidade e do direito do cidadão na participação ativa no que estiver relacionado a seu processo de promoção da saúde.

Em relação aos fatores abordados, as equipes de Saúde da Família aparentam atuar com esforços no contínuo processo de educação em saúde e no estímulo à participação dos usuários, respeitando o enfoque Bioético, principalmente o princípio da autonomia. Garante-se então, ao usuário o direito de agir como sujeito independente e livre para fazer suas escolhas como participante e responsável nas decisões tomadas no seu processo saúde-doença.

Tendo em vista os resultados encontrados neste estudo, recomenda-se outras investigações que analisem as práticas de educação em saúde sob demais enfoques Bioéticos. Além disso, existe a possibilidade de realização de pesquisa qualitativa sobre a interface das temáticas abordadas.

## REFERÊNCIAS

1. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (5): 1103-12. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000500017.
2. Junges JR. Bioética da atenção primária à saúde. *Revista da AMRIGS*. 2011; 55 (1): 88-90.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.
4. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cien. Saude Colet*. 2011; 16 (1): 319-25. DOI: 10.1590/S1413-81232011000100034.

5. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2012; 16(41): 315-29. DOI: 10.1590/S1414-32832012000200003.
6. Matsumoto PM, Barreto ARB, Sakata KN, Siqueira YMC, Zoboli ELCP, Fracolli LA. Health education in the care to clients of the blood Glucose Self-Monitoring Program. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46 (3):761-5. DOI: 10.1590/S0080-62342012000300031.
7. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46 (3): 641-9. DOI: 10.1590/S0080-62342012000300016.
8. Beauchamp TL, Childress, JF. *Princípios de Ética Biomédica.* São Paulo: Edições Loyola; 2002.
9. Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde [monografia]. Bernardino A, Machado C, Alves E, Rebouço H, Pedro R, Gaspar PJS. Portugal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; 2009 [acessado 2013 Abr 30]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/113>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília,* 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
11. Silveira MRS, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *Reme: Rev. Min. Enferm.* 2011;15 (2): 196-201.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
13. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22 (1): 224-30.
14. Rangel RF, Backes DS, Siqueira DF, Moreschi C, Piexak DR, Freitas PH, et al. Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. *R. Enferm. UFSM.* 2011; 1(1):22-30.
15. Gazzinelli MF, Souza V, Fonseca RMGS, Fernandes MM, Carneiro ACLL, Godinho LK. Educational group practices in primary care: interaction between professionals, users and

- knowledge. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 (2): 282-9. DOI: 10.1590/S0080-623420150000200014.
16. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*. 2011; 9 (2): 201-21. DOI: 10.1590/S1981-77462011000200003.
  17. Machado MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Cien. Saude Colet*. 2010; 15 (4): 2133-43. DOI: 10.1590/S1413-81232010000400027.
  18. Faria HX, Araujo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc*. 2010; 19 (2): 429-39. DOI: 10.1590/S0104-12902010000200018.
  19. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47 (1):107-14. DOI: 10.1590/S0080-62342013000100014.
  20. Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. *Cien. Saude Colet*. 2010; 15 (5): 2621-6. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500036.
  21. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CMF, Pereira MJBP, Almeida MCP. Family discussion in the family health strategy: a working process under construction. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45 (3): 603-10. DOI: 10.1590/S0080-62342011000300008.
  22. Sande DSS, Couto TA, Sena ELS, Boery RNSO; Yarid SD. Privacy and confidentiality in health in epidemiological surveillance: experience report on bioethical look. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13 (4): 788-93. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i4.21059.
  23. Menezes JE Jr, Queiroz JCQ; Fernandes SCA, Oliveira LCO, Coelho SQF. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. *Rev Rene*. 2011; 12(n.esp): 1045-51.
  24. Borges SAC, Porto PN. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde debate*. 2014; 38 (101): 338-46. DOI: 10.5935/0103-1104.20140031.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados observados, pode-se considerar que foi possível contemplar os objetivos dessa pesquisa. Pois, houve o conhecimento das práticas de educação em saúde que são realizadas e as que não costumam ser realizadas pelas equipes de Saúde da Família, assim como em relação às frequências que as equipes de Saúde da Família costumam realizar ações de educação em saúde.

Em relação às responsabilidades da equipe de Saúde da Família, percebe-se que a maioria dos profissionais promove ações de educação em saúde “frequentemente” e “sempre”, possibilitando inferir sobre o interesse e ações contínuas para a realização de educação em saúde de forma frequente, que contemplam os princípios Bioéticos, principalmente o princípio da autonomia.

Destaca-se a importância da equipe de Saúde da Família tornar-se multiplicadora dos conhecimentos, valorizando as necessidades dos usuários e sua família e a importância de contemplar os princípios Bioéticos no campo da saúde, de modo a vislumbrar um melhor cuidado à saúde além do desenvolvimento da solidariedade e cidadania, na perspectiva de transformação social. Ainda, a equipe de Saúde da Família deve contribuir para o conhecimento da realidade na qual está inserida e proporcionar à comunidade o compartilhamento de saberes a partir do enfoque Bioético, realizando integração e vivência com a discussão de temáticas que venham proporcionar melhor qualidade de vida para os usuários individual e coletivamente.

A partir do conhecimento das práticas educativas mais frequentemente adotadas pelos profissionais, auxilia-se à reflexão sobre as formas de planejar e desenvolver ações de acordo com as competências específicas dos usuários e famílias.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p.1103-12, 2009.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface-Comunic., Saude, Educ**, v.8, n.15, p.259-74, 2004.

ALMEIDA; F. A.; SOUZA, M. C. M. R. Educação em saúde: concepção e prática no cuidado de Enfermagem. In: SOUZA, M. C. M. R. S.; HORTA, N. C. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ALVES, G. G. A.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 16, n.1, p. 319-25, 2011.

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B. O trabalho de equipes de Saúde da Família de Itabuna e Ilhéus, Bahia. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (orgs.). **A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, p.61-78, 2009..

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. **Região de Saúde de Jequié**. 2014. Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/municipio.asp?cidade=291800&nome=JEQUI%C9](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipio.asp?cidade=291800&nome=JEQUI%C9)>. Acesso em: 25 nov.2014.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola; 2002. 574p.

BERNARDINO, A. et al. **Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde**: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde. 2009. Monografia. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal, 2009. Disponível em:<<http://hdl.handle.net/10400.8/113>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

BITTENCOURT, I. S. **Educação em saúde**: conhecimento socialmente elaborado por enfermeiras e usuários. 2010. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié. 2010.

BORGES, S. A. C. B.; PORTO, P. N. P. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde debate**, v. 38, n. 101, p. 338-46, 2014.

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira de 5 de outubro de 1988**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080, 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. Diário Oficial da União. 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. Diário Oficial da União. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 56p.(Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2488/GM de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.110p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 669-87.

CARDOSO, J. P. C. et al. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. **RBPS**, v. 20, n. 4, p. 252-8, 2007.



CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Cien Saude Colet**, v.16, Supl. 1, p. 1547-54, 2011.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimento de saúde do município:** Jequié. 2014. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 22 jan. 2014a.

\_\_\_\_\_. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimento de saúde do município:** Jequié. 2014. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=29&VMun=291800&VSubUni=&VComp=>](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=29&VMun=291800&VSubUni=&VComp=>)>. Acesso em: 05 mai. 2014b.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p.113-8, 2009.

COUTO, I. R. R. C. et al. Saber e prática: a educação em saúde como elo facilitador no processo de cuidar. **R. pesq.: cuid. fundam.** online, v. 5, n.1, p. 3485-92, 2013.

EBLING, S. B. D. et al. Popular education and health education: a necessary link in health practices. **J Nurs UFPE**, online, v. 6, n. 9, p. 2285-9, 2012.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Cien Saude Colet**, n. 19, v.3, p. 847-52, 2014.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc**, v. 19, n. 2, p.429-39, 2010.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p.898-906, 2009.

FIGUEIREDO, M. F. S; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface – Comunic., Saude, Educ**, v.16, n. 41, p.315-29, 2012.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. Estratégia Saúde da Família (ESF): a família como sujeito de intervenção. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e Saúde da Família para Enfermagem**: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2011. p.158-188.

FIGUEIREDO, N. M. A.; SANTOS, I.; LEITE, J. L. A linguagem/cultura da saúde e da doença. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e Saúde da Família para Enfermagem**: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.65-83.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e Saúde Pública. **Centro Universitário S. Camilo**, v.12, n. 2, p. 41-50, 2006.

FRANCO, T. B. et al. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Orgs.). **A Produção Subjetiva do Cuidado**: Cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009. p.19-44.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educational group practices in primary care: interaction between professionals, users and knowledge. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.2, p.282-9, 2015.

GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOLDIM, J. R. Bioética: Origens e Complexidade. **Rev HCPA**, v. 26, n. 2, p.86-92, 2006.

GRACIA, D. **Pensar a Bioética**: metas e desafios. 1 ed. São Paulo: Loyola; 2010.

GRAZIANO, A. P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p, 650-6, 2012.

HADDAD, J. G. V. **Aspectos da comunicação terapêutica na interação da enfermeira com o usuário na atenção básica**: um estudo na rede do município de Itajubá. 2011. 115 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\_de\_Populacao/Estimativas\_2014/estimativas\_2014\_TCU.pdf >. Acesso em: 20 dez. 2014.

JUNGES, J. R. Bioética da atenção primária à saúde. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n.1, p. 88-90, 2011.

JUNGES, J. R. et al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Cien Saude Colet**, v.16, n.11, p.4327-35, 2011.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 21, n. 2, p. 207-17, 2013.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 5, p. 2621-6, 2010.

LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F.; LIMA, R. C. D. Educação em Saúde como Estratégia e Gestão: Desafios para a Atenção Primária à Saúde. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os Reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro**. 1. ed. Campinas-SP: Saberes, 2014, p. 285-319.

LOPES, R.; TOCANTINS, F. R. Promoção da Saúde e a Educação Crítica. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, v. 16, n. 40, p. 235-46, 2012.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 174-9, 2009.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 4, p. 2133-43, 2010.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 773-6, 2009.

MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 6, p. 1763-72, 2015.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 956-61, 2010.

MATSUMOTO, P. M. et al. Health education in the care to clients of the blood Glucose Self-Monitoring Program. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p.761-5,2012.

MATUMOTO, S. et al. Family discussion in the family health strategy: a working process under construction. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n.3, p. 603-10, 2011.

MENEZES JÚNIOR, J. E. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Rev Rene**, v. 12, n. esp., p. 1045-51, 2011.

MONTEIRO, M. D. B. D. et al. Health education: literature review in national journals. **J Nurs UFPE on line**, v. 7 (esp.), p. 6283-7, 2013.

NEVES, M. C. P. Bioética, biopolítica e a sociedade contemporânea. In: **Bioética: saúde, pesquisa, educação**. PORTO, D. et al. (Org.). Brasília: Conselho Federal de Medicina/ Sociedade Brasileira de Bioética, v. 2, 2014.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador-BA: EDUFBA, 2008. 153p.

PAULINO, V. C. P. et al. Ações de Educação Permanente no Contexto da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. 3, p. 312- 6, 2012.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. 9. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2010. 632p.

PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, p. 201-21, 2011.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; GONZÁLEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipe de saúde da família. **Cien Saúde Colet.**, v. 17, n. 7, p. 1825-32, 2012.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

PIRES, J. R.; TRINDADE, J. G. C. Das origens da Bioética à Bioética Princípalista. **E-Revista Facitec**, v. 1 n. 1, Art. 6, 2007.

RAMOS, D. L. P.; JUNQUEIRA, C. R. Bioética-conceitos, contexto, fundamentos e princípios. In: RAMOS, D. L. P. **Fundamentos de Odontologia** - Bioética e Ética Profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 22-34.

RANGEL, R. F. et al. Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. **R. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2011.

RENOVATO, R. D., BAGNATO, M. H. S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto Contexto Enferm**, v. 19, n. 3, p. 554-62, 2010.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D., MARCON, S. S. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 641-9, 2012.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 224-30, 2013.

SANDE, D. S. S. et al. Privacidade e confidencialidade em saúde na vigilância epidemiológica: relato de experiência sob o olhar bioético. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n.4, p.788-93. 2014.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-70, 2008.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 107-14, 2013.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 14, Sup. 1, p. 1453-62, 2009.

SILVA, H. M. et al. Teorias da Educação. In: BASTOS, J. R. M.; PERES, S. H. C.; CALDANA, M. L. **Educação em Saúde** - com enfoque em Odontologia e em Fonoaudiologia. São Paulo: Editora Santos, 2007.117p.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.O cuidar da enfermeira na saúde da família: fragilidades e potencialidades no Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 4, p. 600-6, 2015.

SILVEIRA, M. R. S.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 196-201, 2011.

TEIXEIRA, C. et al. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v. 16, n. 4, p. 444-54, 2013.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Declaração aprovada na 33ª Assembléia Geral da UNESCO, em 19 de outubro de 2005. **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 3, 2005.

ZOBOLI, E. L. C. P. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 316-20, 2007.

\_\_\_\_\_. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 2, p. 195-204, 2009.

\_\_\_\_\_. **Deliberação**: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica na atenção básica. [Tese Livre Docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Tatiana Almeida Couto, juntamente com o Professor Dr. Sérgio Donha Yarid, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus Jequié, estamos realizando a pesquisa: “Práticas Bioéticas adotadas por Equipes de Saúde da Família perante a educação em saúde”. Estamos convidando o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa, que surgiu como uma forma de despertar nas equipes de Saúde da Família, nas instituições formadoras, nos gestores, nos discentes e docentes da área da saúde, a reflexão acerca da importância e necessidade de práticas Bioéticas na realização de educação em saúde. Assim, esta pesquisa poderá contribuir para o aprimoramento e atualização do conhecimento técnico-científico em saúde às equipes de Saúde da Família de modo que seja incentivada a promoção da saúde de acordo com os preceitos Bioéticos. A pesquisa tem como objetivo geral: investigar a existência de práticas Bioéticas nas equipes de Saúde da Família durante a realização de educação em saúde. E como objetivos específicos: descrever quais as práticas Bioéticas que as equipes de Saúde da Família adotam na realização de educação em saúde; verificar a frequência que as equipes de Saúde da Família apresentam práticas Bioéticas na educação em saúde. Ao concordar com a participação na pesquisa e após a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderá a um questionário. O estudo tem como campo de pesquisa o município de Jequié, sendo o cenário da pesquisa composto pelas Unidades de Saúde da Família da zona urbana. Será utilizada como técnica de coleta de dados a aplicação de instrumento embasado em Escala validada em 2009. Os participantes da pesquisa serão constituídos por cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos das equipes de Saúde da Família que aceitarem participar da pesquisa após a leitura deste termo de compromisso. Se o (a) senhor (a) sentir-se desconfortável em responder a alguma pergunta, fique à vontade para



não respondê-la. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para o (a) senhor (a) ou a sua família. Nós guardaremos os registros do (a) senhor (a), e somente a pesquisadora responsável e colaboradores terão acesso a essas informações. Se qualquer relatório ou publicações resultar deste trabalho, a identificação do (a) senhor (a) não será revelada. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa. Poderá entrar em contato com Tatiana Almeida Couto ou Sérgio Donha Yarid no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/ Jequié- Bahia - CEP: 45206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde (PPGES), pelo telefone (73) 3528-9600 (a ser solicitada transferência da ligação para tal setor) ou pelos e-mails: taty\_couto@hotmail.com, syarid@hotmail.com. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB- Instância local de controle social em pesquisa que visa à proteção dos direitos e a dignidade dos participantes. Este que se localiza na UESB, no 1º andar do Módulo Administrativo, Sala do CEP/ UESB. Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho, Jequié-Bahia, CEP: 45206-510. Ou pelo telefone: (73) 3528-9600 (a ser solicitada transferência da ligação para tal setor) ou pelo e-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br.

Se o (a) senhor (a) se sente esclarecido (a) e aceita participar livremente deste estudo, por favor, assine este termo de consentimento em duas vias. Agradeço sua atenção!

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável: \_\_\_\_\_

Jequié-BA, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

## APÊNDICE B - Ofício ao Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98  
Campus de Jequié

Jequié, 12 de setembro de 2014.

Ilma. Sra

**Prof<sup>a</sup> . Dr<sup>a</sup>. Ana Angélica Leal Barbosa**

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB

Prezada,

Em razão da necessidade de adequação do projeto intitulado “PRÁTICAS BIOÉTICAS ADOTADAS POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PERANTE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE”, aprovado sob parecer nº 491.669/2013 solicito que o título e objetivos do Projeto de Pesquisa sejam alterados para:

Título: “Práticas de educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista”.

Objetivo geral: Investigar a prática da educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principlialista.

Objetivos específicos: Descrever as práticas de educação em saúde que as equipes de Saúde da Família adotam sob o enfoque da Bioética Principlialista; Verificar a frequência que as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principlialista.

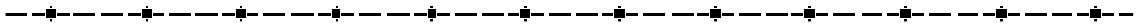
Saliento que tais modificações não necessitam de alterações metodológicas ou outras de quaisquer natureza que infira infração ética, ainda tais alterações estão sendo solicitadas, somente neste momento, por só terem sido identificadas no aprofundamento do conhecimento sobre tal tema.

Agradecemos desde já a vossa colaboração.

Atenciosamente,

Tatiana Almeida Couto  
Pesquisadora Responsável

# ANEXOS



## ANEXO A - Instrumento de coleta de dados



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

1 Identificação:

Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Categoria: ( ) Cirurgião(ã) Dentista ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a)

Tempo de formado (a): \_\_\_\_\_

Instituição de ensino superior frequentada: \_\_\_\_\_

Possui especialização? Sim ( ) *Lato Sensu* ( ) *Stricto Sensu* ( ) Não ( )

Tempo de serviço na Estratégia Saúde da Família: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho nesta Unidade: \_\_\_\_\_

Regime de trabalho: \_\_\_\_\_

Tem duplo vínculo? Sim ( ) Onde: \_\_\_\_\_ Não ( )

Participou do curso introdutório para trabalhar na Estratégia Saúde da Família?

( ) Sim ( ) Não

Em sua formação acadêmica foi oferecida a disciplina de Bioética?

( ) Sim ( ) Não

Participou de congressos, seminários, simpósios sobre a temática de Bioética?

( ) Sim ( ) Não

Atribua um (x) a cada uma das opções escolhidas segundo a frequência atribuída às ações conforme a sua prática.

1. Promovo a presença da família nas sessões de educação em saúde. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
2. Comunico ao usuário os procedimentos que planejo realizar. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
3. Explico ao usuário os procedimentos enquanto os realizo. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
4. Exemplifico ao usuário o que pretendo que ele execute. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
5. Explico à família os procedimentos enquanto os realizo. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
6. Exemplifico à família o que pretendo que ela execute. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
7. Adequo a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
8. Adequo a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário de acordo com as suas crenças e valores. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
9. Adequo a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário de acordo com a sua situação social. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
10. Promovo, para o usuário, espaços de reflexão. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
11. Promovo, para a família, espaços de reflexão. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
12. Tomo a iniciativa de aconselhar o usuário. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
13. Tomo a iniciativa de aconselhar a família. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
14. Aconselho o usuário quando este me procura. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre

15. Aconselho a família quando esta me procura. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
16. Esclareço as dúvidas expressas pelo usuário. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
17. Crio oportunidade para a família demonstrar aquilo que aprendeu. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
18. Incentivo a família a demonstrar o que aprendeu. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
19. Permito que a família exponha as suas dúvidas. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
20. Esclareço as dúvidas expressas pela família. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
21. Permito que o usuário exprima os seus desejos e sentimentos. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
22. Permito que a família exprima os seus desejos e sentimentos. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
23. Avalio os conhecimentos do usuário antes da educação em saúde. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
24. Avalio os conhecimentos do usuário depois da educação em saúde. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
25. Avalio os conhecimentos da família antes da educação em saúde. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
26. Avalio os conhecimentos da família depois da educação em saúde. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
27. Avalio as habilidades/capacidades adquiridas pelo usuário. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
28. Avalio as habilidades/capacidades adquiridas pela família. (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
29. Disponibilizo informação adicional em diferentes formatos (folhetos, cd's, dvd's...). (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Práticas Bioéticas adotadas por Equipes de Saúde da Família perante a educação em saúde

**Pesquisador:** Tatiana Almeida Couto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 24184013.1.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 491.669

**Data da Relatoria:** 22/02/2014

#### Apresentação do Projeto:

Reapresentação de projeto intitulado "Práticas Bioéticas adotadas por Equipes de Saúde da Família perante a educação em saúde", com as adequações e/ou ajustes solicitados pelo CEP.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar a existência de práticas Bioéticas nas equipes de saúde da família durante a realização de educação em saúde.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes da pesquisa são profissionais de saúde. Os riscos são condizentes às rotinas de trabalho deles, cujos desconfortos, necessidades ou imprevistos profissionais deverão ser levados em conta. Os benefícios poderão decorrer de melhorias em planejamentos e/ou ações futuras da educação em saúde da família.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem escrito, justificado, com boa fundamentação teórico-metodológica, além de apresentar um instrumento de coleta cientificamente validado para o referido estudo.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as solicitações do CEP foram contempladas.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3525-6683 **Fax:** (73)3528-9727 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

*ABombaze*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 461.668

**Recomendações:**

---

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as solicitações do CEP foram contempladas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 12.12.2013

JEQUIE, 12 de Dezembro de 2013

Assinador por:

Ana Angélica Leal Barbosa  
(Coordenador)

Endereço: Avonida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3525-6883 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com