

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, 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 Couto¹

Sérgio Donha Yarid²

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*[®]. 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.

¹Programa 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.

²Departamento 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 biopsicossociais¹.

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 vida².

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 coletivo³. 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)⁴. 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*[®]. 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 466/12⁵.

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 Família⁶.

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 coletivo⁷.

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 usuários⁸.

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 saudável⁷.

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 equipe⁹. 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 usuários⁹. 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 cotidianas¹. 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 aprendizagem⁷.

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 valorizado¹⁰.

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 coletivo¹¹.

Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos¹², 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 dano¹¹.

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 participantes⁶, 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 sujeitos¹².

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 desinformadas¹¹. 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-científicos¹³.

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 Couto¹

Sérgio Donha Yarid²

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*[®]. **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.

¹ 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.

² 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[®]. **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[®]. **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⁽¹⁾.

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⁽²⁾.

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⁽³⁾.

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⁽⁴⁾.

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⁽⁵⁾.

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⁽⁶⁾, 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⁽⁴⁾.

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⁽⁷⁾.

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⁽⁸⁾. 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 Principlialista 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 Principlialista.

MÉTODOS

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⁽⁹⁾ 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*[®]. 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⁽¹⁰⁾ 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	%
Fator 1. Avaliação de resultados da educação em saúde									
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	%
Fator 1. Avaliação de resultados da educação em saúde									
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
Fator 2. Esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos									
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
Fator 3. Inclusão da família									
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⁽¹¹⁾.

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⁽¹²⁾.

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⁽¹³⁾.

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⁽⁷⁾. 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⁽¹⁴⁾.

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⁽¹³⁾.

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⁽¹⁵⁾.

A educação em saúde deve ser desempenhada com o objetivo de promover a inclusão social e a autonomia da população na participação em saúde⁽¹⁶⁾. 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⁽⁶⁾.

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⁽¹⁷⁾.

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⁽¹⁸⁾.

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⁽¹⁹⁾. 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⁽²⁰⁾. 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⁽²¹⁾.

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⁽²²⁾. 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⁽¹¹⁾, 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”⁽⁸⁾. 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⁽⁸⁾. 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⁽²³⁾. 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⁽¹²⁾. 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⁽²⁴⁾.

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 Principlista, 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.