CLESON OLIVEIRA DE MOURA

RELATÓRIO TÉCNICO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

EM PORTO VELHO/ ZONA RURAL E URBANA

São Paulo

2013

APRESENTAÇÃO

Esse relatório técnico se constitui num produto da Dissertação intitulada "Educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família em Porto Velho/ zona rural e urbana", sob a orientação da Prof. Paulete Goldenberg, defendida no Programa de Mestrado de Ensino em Ciência da Saúde Modalidade Profissional – Região Norte, oferecido pelo CEDESS/ Universidade Federal de São Paulo.

Como produto da investigação, o presente relatório tem como propósito, em primeira instância, devolver os resultados da investigação para as equipes envolvidas no levantamento. Seu encaminhamento, por sua vez, para as instituições municipais de Porto Velho/RO, tem em vista não só propiciar o retorno a que têm direito, mas como recurso para municiar o desencadeamento de um processo conjunto de reflexão sobre a ESF pretendida e o papel das atividades educacionais no seu âmbito, vislumbrando encaminhamentos pertinentes no contexto do desafio continuamente renovado de sua construção.

O resumo e Abstract da dissertação estão disponíveis, em PDF, na página http://www.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_119_educacao_em_saude_na_estrategia_cleson_oliveira.pdf.

Sumário

1. Propósitos da investigação 04

2. Justificativa / O contexto da proposta 05

3. Práticas educativas na estratégia de saúde da família/ em revista/referencial/contornos 08

4. Procedimentos Metodológicos 11

5. Principais Resultados 15

- Mapeamento das Equipes de Saúde da Família 15

- Equipes de Saúde da Família: composição e atividades 20

- Equipes de Saúde da Família: atividades e práticas educativas 21

6. Considerações finais e recomendações 32

7. Pontos para um debate 37

1. PROPÓSITOS DA INVESTIGAÇÃO

O presente relato tem como propósito caracterizar as atividades educativas junto às equipes multiprofissionais na Estratégia de Saúde da Família do Município de Porto Velho/RO no ano de 2012.

Especificamente a investigação pretende:

- Mapear as equipes de saúde da família do município, levando em conta os diferenciais regionais da oferta de serviços assistenciais;

- Elencar a composição das equipes multiprofissionais e as atividades de saúde desenvolvidas;

- Caracterizar o funcionamento das equipes multiprofissionais tendo por referencia as atividades educativas.

2. JUSTIFICATICA

O CONTEXTO DA PROPOSTA

Desde o final do século XIX e início do século XX, paralelamente ao movimento sanitarista, a intervenção de saúde tinha caráter coletivo e se organizava sob a forma de campanhas e programas especiais, temporários, requerendo grande mobilização de recursos (AQUINO, 1997). As primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde apresentavam caráter normativo, envolviam a imposição de normas e comportamentos, as quais surgiram juntamente com as primeiras intervenções de saúde do Estado, com o objetivo de combater epidemias que se instalavam nos grandes centros urbanos de escoamento da produção agro-exportadora (VASCONCELOS, 1999).

A organização dos serviços previdenciários, num contexto do desenvolvimento urbano-industrial, emerge, originalmente, por volta dos anos 20, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, seguida da absorção das mesmas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A institucionalização do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), acabou por implementar a unificação da Assistência Social, cujo desenvolvimento é marcado pelo perfil assistencialista e individualizado dos serviços em saúde (BRASIL, 2007a; COHN, 1996). Nestas circunstâncias foi selado o perfil privatista da assistência médica, de caráter individualizado e especializado, de difícil acesso, baixa eficiência e alto custo de manutenção (COHN, 1996).

Nas décadas de 70 e 80 o movimento em torno da Reforma Sanitária e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), em andamento no país, ecoam discussões internacionais. A Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários, em 1978, afirma que qualidade de vida e paz mundial está atrelada a um desenvolvimento contínuo, econômico e social, diretamente ligado às práticas de promoção e proteção à saúde dos povos, numa perspectiva de conceito ampliado de saúde, que incorpora a dimensão social do processo saúde doença (BRASIL, 2003; BUSS, 2000).

A segunda metade da década de 80 do século passado viu ganhar força no país uma proposta de Política Nacional de Saúde democrática e inclusiva (BRASIL, 2010b). A gestão da educação na saúde para organização dos serviços assistenciais constituiu-se em um dos

pontos fundamentais no contexto da Reforma Sanitária, sendo inclusive abordado na 8ª Conferencia Nacional de Saúde em 1986, marco para a constituição do SUS (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c).

A saúde passa a ser propugnada como um direito de todos e um dever do estado, enquanto acesso universal e igualitário às ações de serviço de promoção, proteção e recuperação da saúde, segundo o artigo 196, da Constituição Federal do Brasil de 1988. Neste contexto se institucionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS) norteado pela Universalidade, Eqüidade e Integralidade (BRASIL, 1990). A implantação do SUS, com seus princípios doutrinários e organizacionais, coloca, desde logo, o desafio de enfrentar a complexidade de problemas que se apresentam em relação às demandas de saúde no Brasil (BRASIL, 2010c e COHN, 1996). Em meio ao modelo hospitalocêntrico e excludente ressaltasse-se diante dessas disposições a importância da atenção primária em consonância com o ideário do SUS, atendendo às concepções de promoção de saúde.

Com base nestas diretrizes se institui o programa Saúde da Família no Brasil, em 1994. A partir de 2006, através da portaria Nº 648/GM, passou a ser uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e em 2011 a portaria Nº 2.488/GM aprovou a política nacional de atenção básica, revisando suas normas e diretrizes em consonância com os princípios do SUS. Diante destas proposições, a Estratégia Saúde da Família deve promover uma transformação interna ao próprio sistema, com vistas á reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na colaboração entre as áreas de promoção e assistência á saúde, rompendo com a dicotomia entre as ações coletivas de saúde pública e a atenção médica individual (BRASIL, 1997; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2011).

A estratégia saúde da família é operacionalizada a partir da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde, que atuam mediante a adstrição de clientela, acompanhando um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, estabelecendo vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Tendo como princípios fundamentais as diretrizes do SUS, as equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes e na manutenção da saúde desta comunidade, buscando melhoria nos indicadores de saúde e na qualidade de

vida da população (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001; BRASIL, 2007b; CAMPOS, 2006; BRASIL, 2011).

Assim considerada a ESF se expande pelo país, alavancando a concretização da atenção primária, resguardando a flexibilidade de sua configuração no tempo e no espaço. Neste movimento se inscreve a indagação sobre a extensão de sua implantação em Porto Velho, capital do Estado de Rondônia desde 1981, começando a estruturar desde então, o seu sistema de saúde (PORTO VELHO, 2008). Destaca-se que o Município passa por profundas transformações sociais e econômicas, acompanhadas de elevado crescimento populacional, em função da construção de duas usinas hidrelétricas no Rio Madeira, as usinas de Santo Antônio e Jirau.

Localizado na Região Norte do Brasil, o Município de Porto Velho tem extensão territorial de 34.096,429 km², sendo considerado maior do que alguns Estados do Brasil, como Sergipe e Alagoas (PORTO VELHO, 2008 e BRASIL, 2010a). Com uma população de 428.527 habitantes, o município apresenta densidade demográfica de 12,57 habitantes /Km². Dividido em três regiões ou Zonas de distribuição populacional - para efeito do mapa sanitário - o Município conta com uma Zona Urbana com população de 390.733 habitantes (91,2%) e a Zona Rural com população de 37.794 habitantes (8,8%), subdividida em Zona Rural Terrestre, que contempla os distritos que apresentam acesso via BR 364, e a Zona Rural Fluvial ou Ribeirinha, que contempla os distritos que apresentam acesso através do Rio Madeira (BRASIL, 2010a).

Em relação ao processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) o Município de Porto Velho passa atualmente, por um período de transição em seu modelo de assistência à saúde. Desde Julho 1998 está sendo implantado e ampliado o modelo vigilância em saúde em substituição ao modelo tradicional médico, com ampliação da Estratégia de Saúde da Família ao passo em que Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) estão sendo transformadas em Unidades de Saúde da Família (USF) e novas USF estão sendo construídas, com o objetivo de ampliação da cobertura do Município por Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Zonas Urbana, Rural Terrestre e Rural Fluvial (PORTO VELHO, 2011).

Nestas condições ao lado da extensão da Estratégia Saúde da Família em Porto Velho coloca-se o foco de investigação sobre as condições de sua implantação, levando em conta a diversidade de sua composição geográfica.

No cenário da Estratégia Saúde da Família passam a ser re-valorizadas as práticas educacionais, no contexto da promoção de saúde, ganhando importância o entendimento de como essas práticas são embasadas em suas teorias.

A propósito dos impasses e desafios que a implantação regional da ESF encerra, coloca-se a propriedade do diagnóstico da extensão do programa em Porto Velho, ao lado da caracterização da constituição das equipes e das atividades desenvolvidas, tendo como referência o trabalho multiprofissional e a abordagem das atividades educativas, conforme orientam as diretrizes oficias que balizam o Programa, em sua origem.

3. PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/ EM REVISTA/REFERENCIAL/CONTORNOS

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Segundo Cszeresnia (2003), a promoção de saúde envolve a capacidade individual e coletiva de tomar decisões cotidianas, diante da diversidade de condicionantes que envolve o processo saúde-doença. Essa capacidade vai além da aplicação técnica e normativa dos conhecimentos sobre esses condicionantes, passa pela capacidade de escolhas que vão determinar o seu modo de viver, na busca da qualidade de vida.

Segundo Starfield (2002, p.28) a Atenção Primária em Saúde (APS), deve ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, articulando-se com os demais níveis de atenção em saúde. Sendo responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, famílias e população, a APS envolve atenção à prevenção, bem como, ao tratamento e à reabilitação. Através do trabalho em equipe busca-se, ao longo do tempo, equilíbrio entre uma

melhor assistência à saúde da população e maior eqüidade na distribuição de recursos utilizados, visando a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Ao final do século XIX e início do século XX as teorias educacionais seguiam os postulados preconizados por Hebart. Segundoo autor Aqui o "intelecto" carreava os interesses e motivações no processo de aprendizagem e do conhecimento. Surge aqui a dimensão do coletivo onde um grande contingente de pessoas deveria aprender conhecimentos e valores morais e universais (GHIRALDELLI Jr., 2000a).

John Dewey invertia o postulado básico de Hebart colocando o "interesse" e não o intelecto como o carro chefe do processo de aprendizagem e do conhecimento, sendo que esse interesse era de base psicológica, gerados por situações de experiência humana com o meio ambiente – a experiência de vida, ou a experiência psíquica e social diversificada. O ser humano é visto como inacabado, sendo essa teoria educacional centrada na institucionalização da escola e na observação e nos cuidados para com a criança em uma sociedade democrática (GHIRALDELLI Jr., 2000a).

Dewey e Freire postularam contra o dogmatismo dos saberes dos educadores e recusaram a idéia de passividade dos educandos diante de ações pedagógicas (GHIRALDELLI Jr., 2000b).

A teoria educacional de Paulo Freire girou em torno do pobre e do desenraizado, fosse esse criança ou adulto, tendo como principal aspecto do processo de aprendizagem e do conhecimento a necessidade de mudanças políticas. (GHIRALDELLI Jr., 2000a). Contra a manipulação do povo pelos meios de comunicação e pela demagogia dos políticos, Freire propõe um movimento de "desalienação do povo", com a instauração de uma "pedagogia do diálogo", que deveria ter por regra a horizontalidade entre educador e educando. Esse diálogo deveria partir de situações vividas pelo educador e pelo educando, na comunidade deste último; depois deveria ser aprofundado através da problematização, colocando, assim, os educandos em condições de alcançarem uma "visão crítica" de suas realidades, num processo denominado de "conscientização" (GHIRALDELLI Jr., 2000b).

A Educação popular em saúde surge como uma nova forma de abordar os problemas de saúde, através de práticas que contemplam a Promoção de saúde e prevenção de doenças. Valorizando as diversidades sociais, a mesma oportuniza a participação ativa dos sujeitos

envolvidos, através do diálogo entre os saberes popular e científico e da Participação popular no gerenciamento e reorientação das políticas públicas (VASCONCELOS, 1999).

Em um plano conceitual, Alves (2005) caracteriza dois modelos de práticas de educação em saúde: o tradicional e o dialógico. O modelo de educação tradicional caracteriza-se pelo planejamento realizado a partir de diagnósticos de necessidades pelos profissionais de saúde, com base na concepção saúde-doença focada na doença, privilegiando a dimensão biológica e a intervenção curativa. Nesta linha de colocação, as ações são norteadas pela concepção de promoção de saúde centrada na doença e com enfoque preventivista. Fundamentada na concepção de educação normativa, se estabelece uma relação linear entre o saber instituído e o comportamento, realizado a partir da transmissão de conhecimentos em contextos formais de ensino, com o objetivo de redução dos riscos individuais e prevenção de doenças. Nas relações educacionais, o profissional, detentor de saber técnico científico e o usuário, carente de informação ou portador de saberes inacabados, configuram uma relação social assimétrica entre profissional/usuário, num processo que utiliza comunicação unilateral de caráter informativo.

A proposta de educação em saúde dialógica, por sua vez, caracteriza-se por considerar, desde o planejamento, as condições de existência dos sujeitos assistidos e sua co-responsabilidade no diagnóstico dos problemas. A concepção de saúde-doença, nesta abordagem, pressupõe a consideração dos determinantes psicossociais e culturais do comportamento de saúde, paralelamente às concepções de promoção de saúde que, centradas no sujeito a que se destina a prática educativa, envolve a participação comunitária ativa. A consideração das relações interpessoais, nestas condições, opera numa integração entre assistência e educação em saúde, seja em contextos formais de ensino, seja em contextos informais. Neste processo, o profissional é detentor de um saber técnico científico inacabado, que reaprende através do diálogo com o saber popular; o usuário é portador de saberes, sujeito da prática educativa - ambos (profissionais e usuários) voltados para a construção da autonomia, sintonizados pela estratégia da problematização e reflexão, num processo que se fundamenta na comunicação dialógica (ALVES, 2005).

Segundo Moretti-Pires e Campos (2010), em estudo realizado com profissionais da atenção básica no Município de Coari (AM), Krug et al (2010), Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011), há uma fragilidade na relação ao trabalho em equipe multiprofissional e na

construção do projeto de intervenção conjunta, apresentando a perspectiva de que o trabalho multiprofissional ainda é segmentado por núcleo profissional (com maior valorização do profissional médico) e se dá apenas em teoria e não na lógica que rege o processo de trabalho. Tem-se a necessidade de reorientar o trabalho na ESF em espaços que abarquem dimensões e objetos de trabalho comuns, assim como peculiaridades das competências profissionais, partindo do multidisciplinar para o trabalho interdisciplinar.

Há uma dificuldade no estabelecimento de planos de ação entre as equipes de saúde da família e suas populações adstritas; diferenças culturais marcam a inter-relação profissional – comunidade não havendo um reconhecimento, por parte dos profissionais, da população como um dos atores do processo de construção do projeto assistencial (KRUG et al, 2010; OLIVEIRA, MORETTI-PIRES e PARENTE, 2011).

As práticas de educação em saúde desenvolvidas nas unidades de saúde se caracterizam por serem realizadas de maneira esporádica, através da transmissão do conhecimento formal, sob uma ótica informativa e distante das reais necessidades da comunidade envolvida, tornando-se, portanto de pouco valor ou impacto social (WALL, 2001).

3. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Atendendo aos objetivos propostos, a pesquisa envolveu três movimentos de investigação: o mapeamento das equipes de saúde da família, a descrição da composição e atividades desenvolvidas e a atuação das equipes multiprofissionais, tendo por referência as práticas de educação em saúde.

No **primeiro movimento** tendo em vista identificar a distribuição de Unidades de Saúde da Família no Município foram coletados dados junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho, Departamento de Atenção Básica (DAB), que disponibilizou o acesso à base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A propósito foram levantadas informações sobre o nome de cada uma das equipes, bem como, a localização nas respectivas Unidades de Saúde da Família (USF), a partir do relatório "Relação das equipes cadastradas", no SIAB/DAB.

A identificação das equipes foi realizada segundo área Urbana, Rural Terrestre e Rural Fluvial ou Ribeirinha, vislumbrando a distribuição dos serviços da Estratégia Saúde da Família nas suas distintas configurações regionais.

Foram levantadas informações a respeito do número de famílias e usuários/pessoas cadastrados na área de cada uma das equipes de saúde da Família do Município a partir do relatório "Cadastramento das famílias e de saúde – Cadastramento familiar" do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foi calculada, a seguir, a relação entre o número de famílias e de usuários/pessoas cobertas por equipe de saúde da família, sendo avaliada a proporcionalidade do número de pessoas, segundo os parâmetros apresentados pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), e a proporcionalidade do número de famílias a partir de parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL 2000; 2002).

O **segundo movimento** envolveu o levantamento de dados em relação à composição dos integrantes das equipes de saúde da família por categoria profissional e por área geográfica do Município de Porto Velho, a partir do relatório "Relação das equipes cadastradas", do SIAB.

As equipes foram classificadas em Completa ou Incompleta, levando em conta a presença ou não de profissionais de saúde bucal, ao lado da presença, ou não, de outros profissionais. Diante destes critérios a composição das equipes foi classificada em:

1. Equipe completa, com saúde bucal e sem acréscimo de outros profissionais;
2. Equipe completa, com saúde bucal, acrescida de outros profissionais: técnico de enfermagem e/ou enfermeiro e/ou técnico em laboratório e/ou biomédico/bioquímico;
3. Equipe incompleta, sem saúde Bucal, acrescida de outros profissionais: técnico de enfermagem e/ou enfermeiro e/ou técnico em laboratório e/ou biomédico/bioquímico;
4. Equipe incompleta, sem Saúde Bucal e sem o acréscimo de outros profissionais.

Os dados referentes às atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, por categoria profissional, reportados as áreas Urbana, Rural Terrestre e Rural Fluvial, no período

de Janeiro a Dezembro de 2011, foram obtidos a partir da coleta de dados do Sistema TABWIM/DATASUS, junto ao Departamento de Avaliação Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho.

Obedecendo as disposições do Sistema de gerenciamento de Tabela de Procedimentos Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP – DESKTOP, versão 1.2.0909141204, do Ministério da Saúde, 2009, as atividades foram classificadas em dois grupos. O primeiro grupo, que aqui chamamos de Grupo "A", contemplava não só as atividades educativas como os procedimentos relacionados às ações de promoção e prevenção em saúde (grupo 01 do SIGTAP). O segundo grupo, que aqui chamamos de Grupo "B", restringia suas atividades aos procedimentos com finalidade diagnóstica, clínicos e cirúrgicos (grupos 02, 03 e 04 do SIGTAP) (BRASIL, 2009).

Os dados obtidos a partir de informações secundárias foram processados em planilhas no programa Microsoft Excel 2010, obedecendo à classificação por área geográfica (Urbana, Rural terrestre e Rural Fluvial). Os resultados encontrados foram apresentados sob a forma de tabelas.

O **terceiro movimento** da investigação focalizou as atividades educativas, desenvolvidas pelos integrantes das equipes de saúde da família, a partir da aplicação de um questionário semi-estruturado, a uma amostra de profissionais das equipes de saúde da família.

As equipes selecionadas foram: equipe Nova Esperança/Industrial e equipe Cidade Nova 2 (área Urbana); equipe Jacy Paraná e equipe Mutum Paraná (área Rural Terrestre); e equipe Aliança e equipe Cujubim Grande (área Rural Fluvial ou Ribeirinha), totalizando 6 (seis) equipes.

Levando-se em consideração a presença de seis categorias profissionais por equipe de saúde da família (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico de saúde bucal e agente comunitário de saúde) e a proposta de aplicação do questionário para duas equipes de cada área geográfica (Urbana, Rural Terrestre e Rural Fluvial) foi prevista, inicialmente, uma amostra de 36 profissionais.

Totalizamos o estudo com informações de trinta profissionais, mantida a representação das seis categorias profissionais (4 médicos, 6 enfermeiros, 4 odontólogos, 5 auxiliar/técnico de enfermagem, 6 auxiliares/técnicos de saúde bucal e 5 agentes comunitários de saúde), que representou no conjunto, 83% do total previsto no início do estudo.

Os dados levantados a partir do questionário no tocante às questões fechadas foram igualmente processados em planilha no programa Microsoft Excel 2010, sendo as tabulações apresentadas por área geográfica das equipes. Os demais dados obtidos no curso das questões abertas foram processados através do programa Microsoft Word 2010. As respostas referentes a cada questão foram igualmente agrupadas por Equipe de Saúde da Família e por Área.

Recorremos à técnica de análise de conteúdo, no âmbito da abordagem qualitativa, para efeito da apresentação dos resultados.

A propósito obedecemos às disposições realizadas por Minayo (1992) relativas à análise temática. Trata-se de identificar as unidades de conteúdo a partir da transcrição literal dos depoimentos dos entrevistados. Seguida da categorização dessas unidades em função do referencial teórico contextualizado no histórico da problematização temática.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo.

O acesso aos dados secundários e às unidades de saúde foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho/RO.

Foi solicitada, por sua vez, a assinatura previa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais que se dispuseram responder aos questionários.

4. PRINCIPAIS RESULTADOS

MAPEAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A rede de Atenção primária em Saúde do Município de Porto Velho apresentou 61 Equipes de Saúde da Família na Área Urbana, 13 na Área Rural Terrestre e 5 Equipes de Saúde da Família e 1 Equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na Área Rural Fluvial, totalizando 79 Equipes de Saúde da Família – as quais encontram-se mapeadas na figura 1.

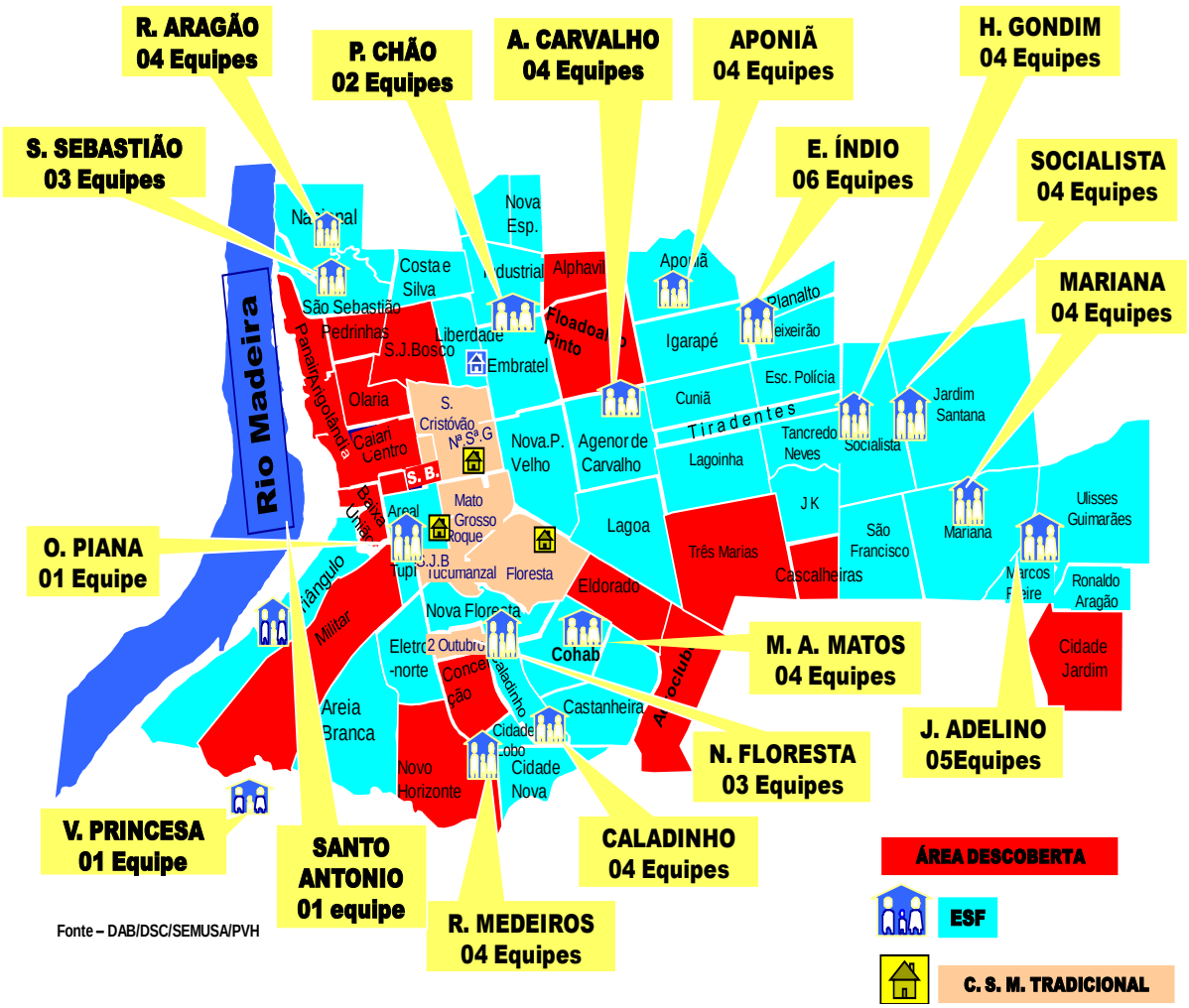
Compuseram a área Urbana do Município de Porto Velho – Figura 2 - 17 (dezesete) Unidades de Saúde da Família (USF). A área Rural Terrestre do município de Porto Velho, por sua vez, apresentou 13 Unidades de Saúde da Família das quais 12, se distribuem ao longo da BR 364, sentido Acre. Contrastaram com a Área Urbana a baixa densidade demográfica e o fato de que ao invés da pluralidade de equipes por unidade de saúde, se configurou a situação onde uma equipe atende mais de uma localidade.

Num cenário diferenciado, a Área Rural Fluvial – Figura 3 - dispõe de 5 equipes de saúde da família e uma equipe de Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS), atendendo a 17 localidades**.** Isso equivale dizer que uma mesma equipe cobre sistematicamente, mais de uma localidade Ribeirinha.

O Município apresentou uma proporção de cobertura populacional estimada de 59,58%, com maior Área descoberta na Zona Urbana. As Unidades de Saúde da família encontravam-se distribuídas em maior quantidade nas Zonas Leste, Norte e Sul que são áreas periféricas da cidade, onde geralmente estão presentes os pontos mais críticos do território. Na região central da cidade (próxima ao Rio Madeira) encontrava-se a Área descoberta pela estratégia saúde da família ou sendo assistida somente por Unidades Básicas de Saúde Tradicionais.

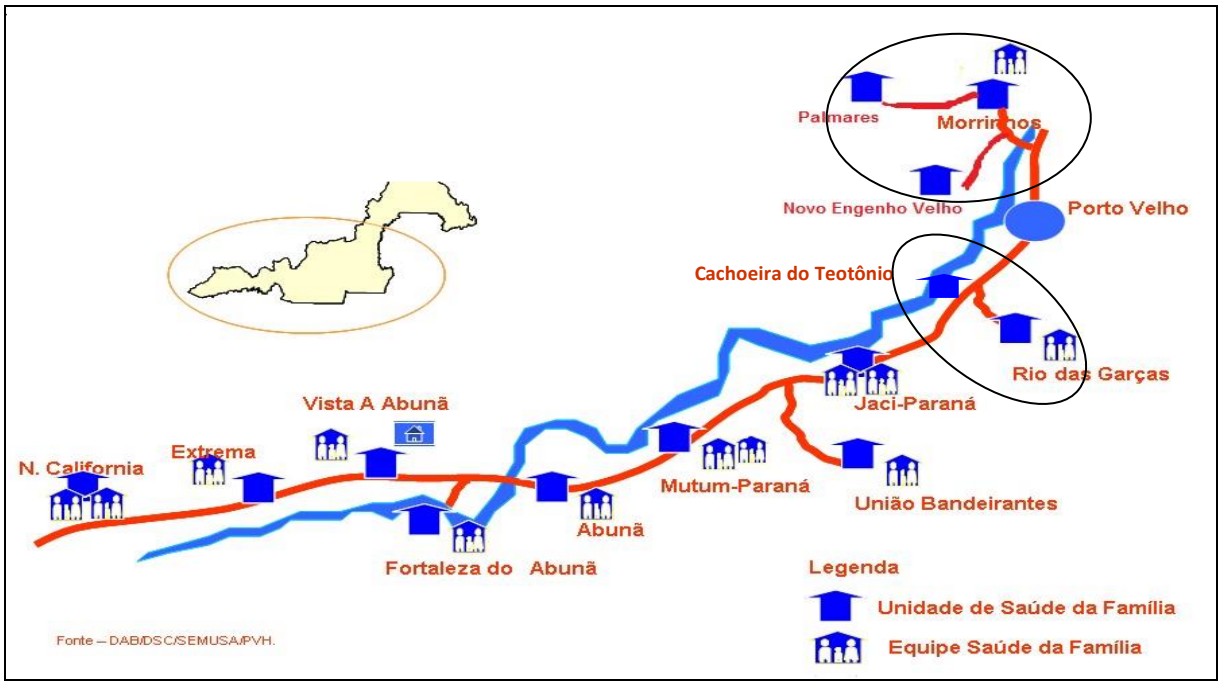
Se os padrões de proporcionalidade de cobertura se aplicam para os casos de áreas de adensamento populacional, o número pequeno de famílias na área Rural atende ao critério da dificuldade de acesso e locomoção o que não só imprime especificidade às condições de implantação da ESF, mas ainda, de maior dificuldade de desenvolvimento de práticas educativas e multiprofissionais preconizadas pela ESF.

Figura 1 - Distribuição geográfica das unidades de saúde da família (USF) e centros de saúde tradicionais. Zona Urbana do Município de Porto Velho, Abril/2012.



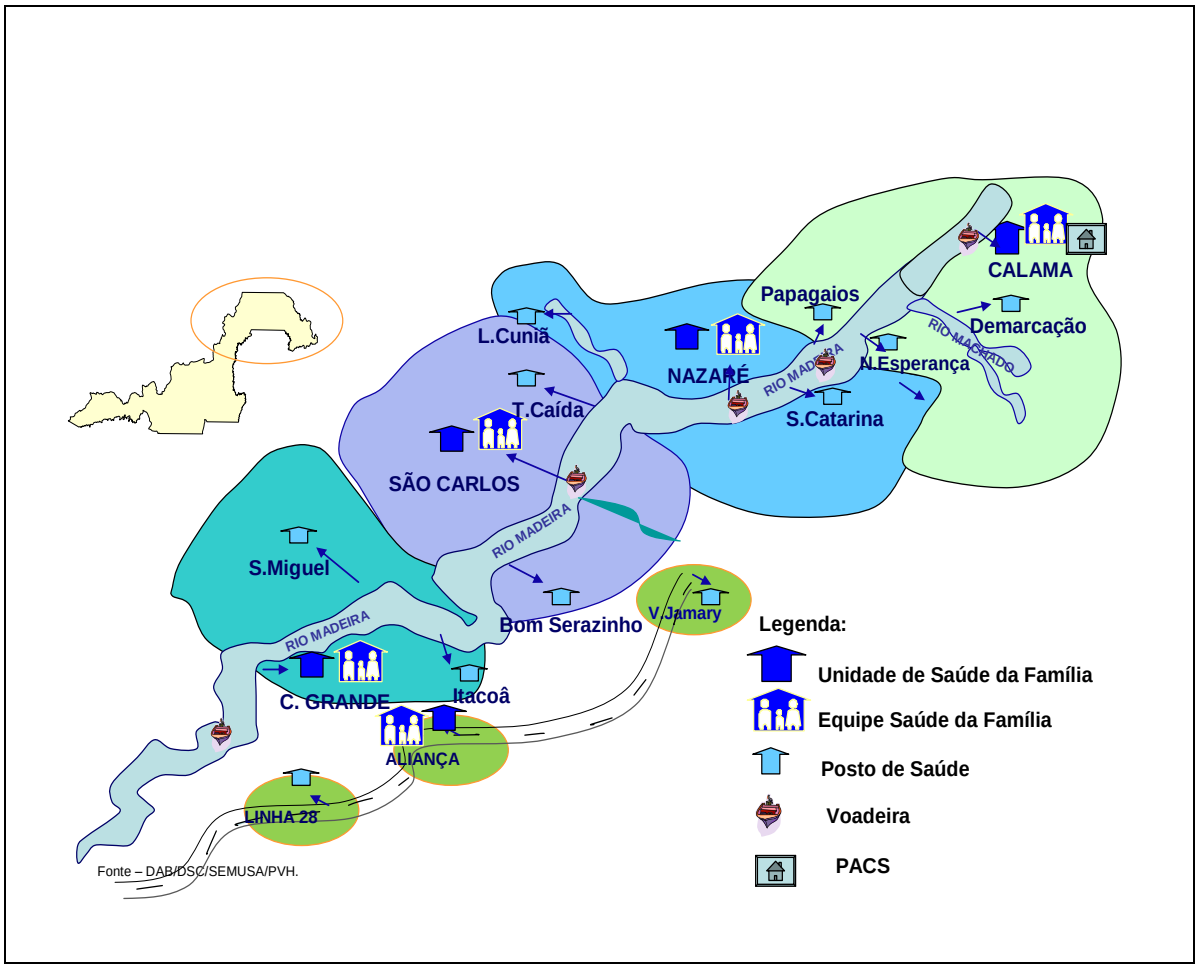
Fonte: PORTO VELHO, 2012.

Figura 2 - Distribuição geográfica das Localidades que apresentaram equipes de saúde da família e Unidades de saúde da família. Zona Rural Área Terrestre do Município de Porto Velho, Abril/2012.



Fonte: PORTO VELHO, 2012.

Figura 3 - Distribuição geográfica das equipes saúde da família e Unidades de Saúde da Família. Zona Rural, Área Fluvial/Ribeirinha do Município de Porto Velho, Abril/2012.



Fonte: PORTO VELHO, 2012.

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: COMPOSIÇÃO E ATIVIDADES.

Resguardada a variedade de tamanho das redes de equipes de saúde da família, foi registrado que 80% delas eram completas na Zona Urbana (49 equipes) e na Zona Rural Fluvial (4 equipes). Na Área Rural Terrestre esta proporção ficou em torno de 77% (10 equipes). Isto significa dizer que ainda persistem situações onde as equipes se apresentavam incompletas, ou seja, não contemplavam a presença de profissionais dentistas, quanto à composição profissional mínima.

No caso do acréscimo de profissionais na Área Urbana registramos a inclusão de profissionais técnicos de enfermagem. Na área Rural Terrestre, algumas equipes eram acrescidas de profissional enfermeiro, bioquímico/biomédico e/ou técnico em enfermagem. Na área Rural Fluvial/Ribeirinha o acréscimo, na maioria das equipes, incluiu profissionais bioquímico/biomédico e/ou técnico em enfermagem.

Avaliadas as atividades – a partir dos registros de produção - o levantamento evidenciou que mais da metade dos procedimentos realizados pelas equipes foram classificadas no grupo B, envolvendo ações e procedimentos com finalidade diagnóstica /clínica/ cirúrgica. Na Área Rural Terrestre, particularmente, este percentual ficou em torno de 71%, na Área Urbana esta proporção atingiu 55% e na Área Rural Fluvial, esse percentual ficou em 50,1%**.** Estes dados são reveladores da existência de um percentual de procedimentos classificados na categoria A, ações de prevenção e promoção à saúde – resguardada a natureza dos dados considerados.

Levando em conta as práticas desenvolvidas por categoria profissional, os dados evidenciaram predominância de procedimentos categorizados nos grupo B da parte dos médicos, enfermeiros e auxiliares/ técnicos de enfermagem, nas três áreas geográficas. Em relação aos dentistas as informações apontaram para um maior equilíbrio entre as proporções de procedimentos/ações classificados nos grupos A e B. Destaca-se, a propósito, que na Área

Rural Fluvial as atividades classificadas no grupo A representaram mais da metade das ações realizadas por essa categoria profissional.

Se estas informações condizem, muito provavelmente, com a premência das ações assistenciais em saúde, elas também revelam a persistência da estruturação do modelo assistencial individualizado, centrado na doença - na perspectiva dos dados de produtividade.

As atividades educativas levaram em conta a orientação em grupo, visita domiciliar por profissional de nível médio, visita domicilia/institucional em reabilitação por profissional nível superior, ao lado da avaliação antropométrica, escovação dental supervisionada e prática corporal/atividade física em grupo. De um modo geral, houve concordância entre os percentuais das ações apresentadas nas três áreas geográficas (Urbana, Rural Terrestre e Rural Fluvial/Ribeirinha), ressalvadas as diferenças do número total de registros destas ações por áreas.

As ações de visita domiciliar realizadas por profissionais de nível médio se sobressaíram no conjunto, levando-se em conta a incorporação dos agentes comunitários de saúde, que têm essa ação como parte da rotina de suas atividades. Essas visitas responderam por 53,2% da produção do grupo A na área Urbana, 80,5% na Área Rural Terrestre e 82,4% na Área Rural Fluvial. A propósito, as atividades educativas propriamente ditas (contemplada no procedimento atividade educativa/Orientação em grupo na atenção básica), apresentaram proporção muito baixa no conjunto das atividades promocionais nas três Áreas consideradas e particularmente na Área Rural.

TERCEIRO MOVIMENTO

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATIVIDADES E PRÁTICAS EDUCATIVAS

Perfil Profissional e Atividades Desenvolvidas

A maioria dos profissionais participantes da pesquisa era do sexo feminino, sendo esta proporção de 92% na Área Urbana e de 78% nas Áreas Rurais Terrestre e Fluvial. A despeito da proporção significativa de profissionais na faixa etária de até 39 anos, chama a atenção a presença considerável de adultos jovens nas três áreas investigadas, particularmente na Área Rural Terrestre.

Coerentemente com a faixa etária, a maioria dos profissionais tinha menos de 10 anos de formado, sendo esta proporção de 66,66% na Área Urbana, 75% na área Rural Terrestre e 100% na área Rural Fluvial. Isso implica considerar o fato de que estes se graduaram após a vigência das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, orientadas para a formação profissional voltada para a atuação no SUS e, particularmente, para a valorização da promoção de saúde e das práticas educativas. Chama a atenção, a propósito, o fato que nas áreas Rurais, Terrestre e fluvial, a maioria dos profissionais (75%) tinha 5 anos ou menos de formado. Em que pese os limitados anos de experiência, essa parcela de profissionais fez sua graduação após a vigência do Pró-Saúde.

No que se refere ao local de residência, 100% dos profissionais da Área Urbana, atuavam no mesmo distrito em que moravam; na área Rural Terrestre 50% residiam num distrito diferente do local de onde atuavam; na Área Rural Fluvial apenas 11% atuavam no mesmo distrito em que moravam - o que caracteriza fator de dificuldade no que se refere ao deslocamento desses profissionais até o local de trabalho e, por suposto, a uma menor convivência com a comunidade a qual assistem.

A maioria dos profissionais apresentava compatibilidade entre formação e função - 92% na área Urbana, 78% na área rural terrestre e 100% na área Rural Fluvial. A maioria dos casos de não compatibilidade ocorreu em relação ao profissional auxiliar de saúde bucal. Esses dados apontaram para a persistência residual de indefinição de papeis profissionais na equipe, o que de certa forma coincide com o não registro de produção em alguns casos.

Na área Urbana, 75% dos profissionais investigados atuavam por período de 1 a 5 anos na Estratégia Saúde da Família; estes, como os demais, atuavam desde o início na mesma equipe. Esses dados podem apontar para uma baixa rotatividade de profissionais nessa área, sugerindo tempo considerável de convivência capaz de albergar o desenvolvimento da experiência de construção do trabalho multiprofissional.

Na Área Rural Terrestre a proporção de tempo de atuação na ESF e na equipe atual foi coincidente. Já na Área Rural Fluvial, ao mesmo tempo em que os dados apontam para a presença de profissionais que chegam para atuar nas equipes com experiência anterior de atuação na estratégia saúde da família, os dados podem também sugerir maior rotatividade de profissionais nessa área.

Indagados sobre as atividades desenvolvidas nas equipes das quais participavam, os depoimentos contemplaram atividades como atendimento individual em ambulatório (médico, enfermeiro e odontólogo) por linha de cuidado (criança, idosos, mulheres, gestantes, hipertensos, diabéticos). Outra atividade explicitada foi a realização de grupos de educação em saúde e acompanhamento por linha do cuidado. Foram relatadas também atividades como palestras, reunião técnica de equipe, visita domiciliar, treinamento dos profissionais da Equipe de saúde da família, imunização e atividade física com a comunidade.

No conjunto os profissionais referenciaram atividades que compõem ações de promoção à saúde ao lado das atividades de recuperação, reabilitação e prevenção de doenças, presente nos depoimentos de todas as equipes das três áreas geográficas.

Constatamos que embora uma das equipes tivesse profissionais de saúde bucal, em nenhum dos relatos desta equipe foram citadas atividades atribuídas aos profissionais de saúde bucal presentes na equipe. Tal fato pode sugerir um distanciamento desse profissional como integrante da equipe, comprometendo a prática multiprofissional e interdisciplinar.

O mesmo não acontece com os profissionais da área laboratorial. Com exceção de uma das equipes da Área Rural Terrestre (equipe 4), os relatos dos demais profissionais das equipes da Zona Rural (Terrestre e Fluvial) creditaram atividade do referido profissional, atestando o seu reconhecimento.

O Trabalho Multiprofissional

A maioria dos integrantes das equipes da Área Urbana (75%) arrolou a presença de todos os profissionais que compões as equipes mínimas completas, ressaltados diferenciais por área.

Ao relativizarmos a percepção sobre a composição das equipes dos entrevistados, e também não excluindo a existência de dissonâncias entre os relatos dos profissionais, consideramos o planejamento das atividades, como uma oportunidade para conferir a questão da atuação multiprofissional das equipes.

Somente um dos relatos mencionou espontaneamente a participação da comunidade no processo de planejamento das atividades. Os resultados, no seu conjunto, apontaram para o distanciamento quanto à consideração desta atividade. A despeito da realização do planejamento a partir de necessidades diagnosticadas pelos profissionais, sem a participação da comunidade em sua elaboração, as diretrizes se concretizam de maneira tradicional.

Nas três áreas geográficas foram diversas as formas de apreender o planejamento executado pelas equipes – ressaltando-se dissonâncias na Área Rural Fluvial. Faltou clareza por parte dos profissionais sobre os recursos utilizados, quem coordenava o processo, com que freqüência era realizado, quais eram as bases de critério para o planejamento e quem eram os atores que participavam do processo. Somaram-se as dificuldades e diversidade de percepções quanto ao reconhecimento dos integrantes que compunham a própria equipe de saúde da família. Netas condições, a construção conjunta de um conhecimento e de uma prática multiprofissional interdisciplinar, ficou comprometida. Sob esta perspectiva, pode-se dizer que o planejamento participativo ainda está por ser construído pelas equipes de saúde da família de Porto Velho.

Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família

Cerca de 58% dos entrevistados (7 profissionais) da Área Urbana, 44% (4 profissionais) da Área Rural Terrestre e 67% (6 profissionais) da Área Rural Fluvial receberam treinamento para atuar na estratégia da saúde da família.

O treinamento não foi uniforme para todas as equipes. Em algumas delas o treinamento só foi citado por uma minoria de profissionais, ao contrário de outras em que a

maioria havia participado. O treinamento introdutório foi a modalidade mais relatada entre as equipes da Área Urbana e Rural Fluvial (não aparecendo em nenhum dos relatos da Área Rural Terrestre). Soma-se a este quadro o fato da educação em saúde ter sido tratada de maneira superficial, insuficiente e pouco relevante.

No caso do treinamento oferecido, de acordo com as informações disponibilizadas (Área Urbana e Área Rural Fluvial), ficou evidenciada, a abordagem da educação em saúde associada a práticas de intervenção curativas, privilegiando a abordagem das dimensões biológicas. Essas práticas se explicitam nas referências vinculadas, em alguns momentos, ao encaminhamento para consultas e agendamentos.

Ecoando o treinamento disponibilizado na preparação para atuar na ESF, vários profissionais que integravam as equipes nas três Áreas associaram o objetivo da educação em saúde à cura, prevenção de doenças e reabilitação da saúde.

Em outros relatos, das duas equipes da Área Urbana e como menos freqüência, de uma das equipes da Área Rural Fluvial o objetivo da educação em saúde foi associado não só a cura, prevenção de doenças e reabilitação da saúde, mas também a aspectos ligados à promoção de saúde e qualidade de vida das pessoas.

Entre os relatos das três Áreas, encontramos – como seria de se esperar - uma proposta de temas relacionados a doenças (prevenção da Hipertensão, diabetes, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, doenças endêmicas, dentre outras), porém, elementos relativos à promoção em saúde também foram contemplados em todos os relatos (atividade física, readequação alimentar, relações interpessoais, higiene pessoal, questões ambientais, redes sociais, dentre outros) demonstrando uma postura intermediária entre o enfoque preventivista e o enfoque da promoção de saúde.

Neste espaço de considerações, como contraponto do exercício de práticas preventivistas prevalentes na Área Rural Terrestre, as Áreas Urbana e Rural Fluvial se aproximaram mais de uma proposta de temas de educação em saúde voltados para a promoção de saúde. Nestas condições se abrem espaços potenciais de desenvolvimento da

perspectiva dialógica na educação em saúde, a despeito dos indícios da manutenção da perspectiva tradicional do trabalho educativo.

Chamou a atenção o fato de que em alguns relatos, das três Áreas, somente os profissionais de nível superior foram citados como atuantes nas atividades de educação em saúde. O profissional enfermeiro, por sua vez, apareceu nos relatos de todos ou da maioria dos profissionais das equipes, das três áreas, constituindo, ao que tudo indica a referência para as atividades educativas, conforme consta dos relatos que se seguem.

Constatamos a falta de clareza dos integrantes das equipes - com exceção da uma equipe da área urbana - sobre quem recai o exercício das funções educativas, somada a fragmentação da atuação quando elas são executadas. Isso reforça a fragilidade no que diz respeito ao trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, que da suporte a valorização das atividades de educação em saúde.

A orientação aos usuários foi a modalidade de participação nas atividades de educação em saúde citada com maior freqüência nos relatos dos profissionais das três Áreas, principalmente durante os grupos de educação em saúde ou a partir da realização de palestras – associadas, portanto, às formas convencionais de ensino.

As práticas relacionadas à execução ou auxílio de procedimentos técnicos clínicos foram relatadas como sendo atividades de educação em saúde, nas três áreas, como a triagem (verificação de pressão arterial e peso corporal), consultas de enfermagem, imunização – sem diferenciar o que seria atividade assistencial e atividade educacional de promoção de saúde.

Em meio à diversidade e amplitude do que se entende por atividades educacionais, foram destacadas duas ordens de participação, relativas à condução e apoio no desenvolvimento das tarefas. Na primeira vertente foi citada a participação na qualidade de coordenador de atividades de educação em saúde. Na outra vertente foi realçada a participação na organização das atividades de educação em saúde, assumida por agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultório dentário e técnicos de enfermagem através de práticas como a mobilização da comunidade (convite para participar das atividades

educativas), aquisição de alimentos (para os lanches coletivos realizados após os grupos de educação em saúde), distribuição de insumos (escovas de dente).

Sem hierarquizar a relevância das duas ordens de participação (condução e apoio) se estabelece uma divisão técnica e trabalho (já referida anteriormente), diferenciada pelo nível de escolaridade. Esta segmentação abre um espaço de indagação quanto ao trabalho integrado, multiprofissional, no planejamento e execução destas ações educativas no âmbito da promoção de saúde, em atenção às disposições relativas à implantação da ESF.

De acordo com os relatos, verificamos que todos os profissionais das três Áreas (Urbana, Rural Terrestre e Rural Fluvial) realizavam atividades de educação em saúde na comunidade. Dentre esses espaços, a escola foi o local mais citado entre as equipes das três Áreas.

Outros espaços foram citados (Igrejas, Associação de moradores e Áreas descobertas de equipes de saúde da família) contemplando uma diversidade maior de espaços utilizados na comunidade, em especial na Área Rural Terrestre.

Uma queixa comum dos profissionais foi de que nem sempre tinham um local disponível para a realização dessas atividades na comunidade, além da falta desse local na unidade de saúde, sendo que muitas vezes os mesmos tinham que ser adequados para poderem ser usados.

A carência de espaços adequados para a realização de atividades de educação em saúde nas três áreas seja na própria Unidade de Saúde, seja na comunidade, imprimem a tônica dos relatos sobre a questão. Esta inadequação constitui, sem dúvida, um dos entraves para a realização das atividades educacionais, ao lado das deficiências apontadas anteriormente, refletindo as marcas da secundarização dessas atividades no conjunto da implantação da ESF no município.

As práticas individuais em consultas diárias, realizadas por profissionais de algumas das equipes (Área Urbana e Área Rural Fluvial), foram citadas de forma exclusiva, ou não.

Os profissionais das equipes das três Áreas destacaram, por sua vez, a realização de grupos de educação em saúde em suas diversas linhas do cuidado (hipertensos e diabéticos, crianças, adolescentes, idosos, mulheres, gestantes e planejamento familiar), como sendo a atividade/ recursos didáticos mais freqüentes. A maioria dos relatos dos profissionais de uma das equipes Área Rural Fluvial resumiram as atividades de educação em saúde à realização de palestras, na comunidade e na Unidade de Saúde.

Os relatos dos profissionais das três áreas do Município apontaram, na sua totalidade, para a utilização da palestra como recurso didático, que remete à perspectiva de educação convencional. Outros tantos, com percentuais variados, também referiram a utilização de recursos didáticos como dinâmicas de grupo, escuta, troca de informações entre usuários, problemas para discussão, dentre outras, que valorizam o usuário como sujeito ativo do processo de educação em saúde, anunciando potencialidades de desenvolvimento da comunicação dialógica.

Se a utilização de recursos didáticos, associados a natureza dos conteúdos contemplados, são indicativos da concepção tradicional de educação em saúde, ainda prevalente de maneira marcante no trabalho das equipes de saúde da família das três Áreas (Urbana, Rurais Terrestre e Fluvial) do Município de Porto Velho, não se pode deixar de registrar a incorporação da práticas renovadas nas atividades de educação em saúde – circunscritas, entretanto, aos limites da incompletude da construção de um projeto educacional acabado, efetivado pelo trabalho multiprofissional e orientado para a comunidade, no contexto da promoção de saúde.

O envolvimento da comunidade nas atividades de educação, nos moldes preconizados na atualidade, constitui num fato novo e, mais do que isto, um processo em construção. Com freqüência, os relatos relacionaram o envolvimento e o interesse da comunidade à sua freqüência nas atividades educativas.

Ao lado do alcance do entendimento das indagações, os relatos, em sua diversidade, expressaram diferentes concepções sobre os modelos de ensino-aprendizagem, como podem

sinalizar para a participação diferenciada dos respondentes quanto ao exercício das atividades educativas. Associadas, com frequência, ao ensino transmissivo convencional, ressalta-se a menção à carência de conhecimentos da comunidade, que aparece como depositária dos ensinamentos disponibilizados, reafirmado a assimetria da relação professor - aluno. Nesta condição ressaltam limitada participação.

Numa outra vertente, os relatos apontaram para a participação ativa da população, particularmente nas atividades de grupo, o que não descarta a postura de dependência em relação aos profissionais de saúde.

Referências sobre a participação ativa da comunidade apontaram potencialidades da incorporação de uma abordagem dialógica. Sua presença configura a composição de uma triangulação necessária com as práticas educacionais e a promoção de saúde. Ressalvados, entretanto, os limites da secundarização das práticas educacionais no âmbito da implantação da ESF no município, estas experiências convivem, no conjunto, com a herança da perspectiva tradicional de educação em saúde. Nestas condições, pode-se aventar que a participação da comunidade constitui, ainda, uma realidade que esta aquém do esperado.

Ao explicitarem aspectos relacionados aos recursos didáticos utilizados na orientação dos usuários, os profissionais da Área Urbana ressaltaram a realização de palestras, nas quais os usuários tiveram a oportunidade de discutir e questionar sobre os temas abordados; prática de atividades físicas (alongamento), procedimentos individuais clínicos (verificação de pressão arterial e de glicemia) e de escuta (durante as consultas).

Vários recursos didáticos visuais (cartazes, baner, figuras para pintar, slides, álbum seriado, panfletos, vídeos, dentre outros) também foram citados nas três Áreas.

Ao falarem especificamente sobre recursos didáticos, alguns relatos das Áreas Urbana e Rural Terrestre associaram os mesmos a recursos materiais necessários para a realização de procedimentos clínicos (Balança, luvas,...).

No conjunto dessas disposições, constatamos práticas semelhantes de educação em saúde realizadas nas três áreas do Município não alcançando contemplar a perspectiva de transformação social. Tudo indica a preservação marcante de práticas tradicionais de ensino,

na medida em que não se configura a participação ativa do educando como eixo estruturante do processo de ensino-aprendizagem – a não ser em situações eventuais – em consonância com a noção de promoção de saúde.

A consideração da participação na última atividade educacional permitiu focalizar o exercício da avaliação enquanto componente da nova racionalidade que se impõe. A propósito, a maioria dos profissionais da Região Urbana (83%) e Rural Fluvial (67%) relatou não ter realizado tal procedimento. Na Área Rural Terrestre houve um equilíbrio entre os profissionais que relataram a realização de tal tarefa (50%).

A Propósito da Finalização...

Mais da metade dos profissionais da Área Rural Terrestre (56%) e Área Rural Fluvial (67%) referiram dificuldades no exercício das atividades de educação em saúde; na Área Urbana o registro de dificuldades foram inferiores, atingindo 42% dos profissionais.

Dentre as dificuldades elencadas, pelos profissionais das três Áreas, predominaram referências relacionadas à disponibilidade de recursos materiais (principalmente material didático) e espaços inadequados.

Nesta linha de abordagem, os relatos de uma das equipes da Área Rural Fluvial, mencionaram a falta de transporte para deslocamentos, em função das grandes distâncias e características das vias de acesso. Ressalta-se nesta ordem de colocação a falta de apoio institucional (que não se restringe exclusivamente a Área Rural Fluvial) na figura da direção da unidade de saúde e dos serviços municipais e demais esferas de governo.

Destacaram-se dificuldades de operacionalização destas atividades relacionadas ao trabalho da equipe, em função da participação/motivação dos profissionais, assim como da presença de usuários não sensibilizados em relação à sua parcela de responsabilidade no que se refere ao auto cuidado em saúde.

Coerentemente com as colocações anteriores - dentre as sugestões realizadas com vistas ao dimensionamento de uma projeção de futuro - a disponibilidade de um espaço adequado para a realização das atividades de educação em saúde foi a proposta mais freqüente, independentemente da área de origem.

Na seqüência foi apontado, como sugestão, o suprimento de materiais didáticos para a melhoria das atividades de educação em saúde, concebidas as atividades de ensino em seus aspectos convencionais:

Num plano diversificado, vários relatos (das três áreas geográficas) sugeriram a necessidade de serem aplicadas (na prática) as diretrizes da estratégia saúde da família quanto a sua composição, conforme disposições ministeriais. Também foram incluídas citações a respeito da dimensão organizativa do trabalho das equipes básicas de saúde, sendo reiterada a necessidade de separação das atividades das unidades que atendem livre demanda (pronto-atendimento) – sem falar na possibilidade de maior divulgação da filosofia das diretrizes da estratégia saúde da família, por instâncias governamentais.

> "*Na minha unidade, separar pronto atendimento da ESF em 1° lugar. Oferecer local adequado para palestras e [contar com] subsídios educacionais; além de uma cobertura maior já que hoje a maior demanda do atendimento tem sido de área descoberta da ESF*". (**Q14**) RRT

Reconhecendo a falta de preparo para a realização das atividades educacionais no âmbito da ESF, várias sugestões se reportaram a oportunidade de implementação do treinamento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família, incluindo a formação na área da educação em saúde desde os cursos graduação:

> "*É necessário que haja um treinamento adequado e um melhor envolvimento entre as equipes [para que haja uma melhora das práticas de educação em saúde]*". (**Q17**) RRT

De forma complementar a recomendação da premência de reforços quanto ao treinamento específico, foi sugerida, por sua vez, a instalação de um processo de reflexão sobre as questões de educação em saúde, incluindo a participação ativa da gestão e outras instituições neste processo. Nesta linha de abordagem são sugestivas as recomendações que seguem:

> "*Construção dentro da SEMUSA de um grupo de educação que oriente as equipes, treine-as, capacite-as e se responsabilize pelo fornecimento dos recursos didáticos e pedagógicos necessários"...* (**Q1**) RU
>
> "*Acredito que deveríamos ter um momento de reflexão coordenado pela gestão para balizar os entendimentos das equipes sobre educação em saúde e construção de estratégias para alcançar a efetividade das ações dentro da lógica do "empoderamento" dos indivíduos*". (**Q2**) RU
>
> *"... [serviços de saúde] sempre em união com a universidade, privilegiando a integração ensino-serviço e estimulando programas como o PET-saúde, criados p/tal".* (**Q1**) RU

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

PRIMEIRO OBJETIVO

Atendendo à proposta do mapeamento da extensão do programa de ESF em Porto velho, o levantamento registrou a presença de uma rede instalada de Unidades de Saúde da Família. As proporções entre população e famílias cadastradas por equipe, de modo geral, estão abaixo dos limites recomendados, particularmente, na Área Rural Fluvial, o que guarda relação com a densidade demográfica e as dificuldades de acesso e locomoção. Ressalta-se, outrossim, a presença de uma área descoberta da ordem de 40,42% delineando-se a necessidade de expansão da ESF, respeitados os diferenciais regionais de intervenção.

Surgem a apartir desse primeiro objetio questões que podem ser abordadas em momentos de reflexão com profissionais e gestão:

- Como a gestão do Município, em seu nível central, analisa esse percentual de área descoberta?
- Que estratégias têm sido planejadas ou desenolvidas para ampliar o percentual de cobertura da ESF no Municiípio?
- Que estratégias têm sido planejadas ou desenvolvidas para o atendiemnto da demanda dessa população das áreas descobertas?

SEGUNDO OBJETIVO

Conquanto as equipes, em sua maioria, atendem a composição regulamentada, o estudo constatou que, cerca de 20% das equipes ainda eram incompletas por ocasião da investigação, ou seja, não contavam com profissionais de saúde bucal, independente do acréscimo, ou não, de outros profissionais, evidenciando distintos graus de incorporação a ESF.

As ações de promoção e prevenção à saúde (Grupo A) fizeram parte do rol de atividades das equipes de saúde da família do Município de Porto Velho, em proporções semelhantes nas três áreas geográficas – resguardadas as variações do total de observações da produção registrada. Predominaram, entretanto, os registros de procedimentos com finalidade diagnóstica, clínica e cirúrgica (Grupo B), particularmente na RRT. Se isto anuncia segmentação das práticas profissionais, também coloca em questão o peso da valorização destas atividades em termos de produtividade.

Com base nas informações desse segundo objetivo o processo de discussão com gestores e profissionais pode ter em pauta questões como:

- Quais estratégias estão sendo pensadas ou colocadas em prática, de modo a garantir a equiparação de uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família?

- As atividades de promoção e prevenção à saúde, realmente não são realizadas em maior escala ou o problema está no registro dessas atividades?

- O que pode ser planejado ou feito para que as atividades de promoção e prevenção à saúde, possam ganhar mais espaço no contexto da realização e do registro da atividades desenvolvidas pelas equipes, levando-se em consideração à necessidade visível da realização das atividades do grupo B?

TERCEIRO OBJETIVO

Não foi consensual o reconhecimento dos integrantes das respectivas equipes por parte dos profissionais abordados, assim como a identificação dos envolvidos nas atividades educativas consideradas no decorrer da investigação. Se isto reporta ao comprometimento do trabalho multiprofissional em equipe, explicitado, inclusive, como uma das dificuldades arroladas pelos depoentes, cabe, ainda, o registro da aproximação limitada destes profissionais junto à comunidade.

O planejamento, especificamente, não envolveu a participação (sistemática) de todos os integrantes das equipes de saúde. Faltou clareza por parte dos profissionais sobre sua organização, quem coordenava o processo, com que freqüência era realizado, quais eram as bases de critério para o planejamento e quem deveria participar do processo. Em meio à incompletude do trabalho em equipe e o registro da ausência de participação da comunidade nestas atividades, é possível inferir que a incorporação das práticas do planejamento participativo, ainda constitui um desafio que está por ser enfrentado.

Na aproximação às questões relativas às atividades educacionais desenvolvidas no âmbito da ESF, o estudo identificou que nem todos os profissionais tinham tido acesso à preparação prévia para atuar na ESF, ressaltando-se ausência de menção ao treinamento introdutório pelos profissionais na Área Rural Terrestre. Em meio aos relatos de ocorrência dos treinamentos, foi registrado o fato da educação em saúde ter sido tratada de maneira superficial, insuficiente e pouco relevante, prevalecendo a valorização de conteúdos "preventivistas", em torno das ações curativas.

A despeito do registro de informações discordantes, as atividades de educação em saúde estiveram mais presentes na RU. Independentemente da quantidade destas ações, entretanto, predominaram, nas três áreas, a associação das mesmas a realização de grupos e palestras, vinculados à prevenção de doenças – ao lado das visitas domiciliares. Estas práticas sinalizam para um quadro de ensino predominantemente transmissivo, de caráter normativo. Considerada a concepção da população como depositária de informações, preservam-se as tradicionais relações professor-aluno.

Constatamos uma divisão técnica de trabalho entre a condução das atividades educativas, realizada por profissionais de nível superior, e o apoio para a realização dessas atividades, por parte dos profissionais de nível médio. Esta segmentação das atividades educacionais, por nível de escolaridade dos profissionais, nos levou a indagar quanto ao trabalho integrado, multiprofissional, no âmbito da promoção de saúde preconizada quando da implantação da ESF.

O levantamento também contemplou a incorporação pontual da perspectiva renovada da participação ativa dos usuários nas atividades de educação em saúde. A mobilização de recursos de dinâmica de grupo, a despeito da menção a receptividade (positiva) por parte da comunidade nestas atividades, não alcança garantir a incorporação de uma abordagem dialógica - na medida em que a participação ativa não se constitui no eixo estruturante do processo ensino-aprendizagem, como parte integrante de um projeto educacional efetivado pelo trabalho multiprofissional e orientado para a comunidade.

Na ausência da realização de avaliações periódicas, ficou evidenciada, a presença de dificuldades vivenciadas no exercício das atividades educativas. Em primeira instância foi destacada a carência de espaços adequados para sua realização, assim como a questão da disponibilidade de recursos didáticos, tanto na própria unidade de saúde quanto na comunidade, nas três áreas. Sem desmerecer a importância destes itens na concretização das atividades educacionais, a forma pela qual dimensionam a questão do ensino em saúde comporta uma redução conceitual que, ao lado das deficiências apontadas anteriormente, reflete e alimenta as marcas da secundarização dessas atividades no conjunto da ESF no município.

Ao lado das dificuldades materiais apontadas, receberam destaque problemas relativos à atuação da equipe de saúde. Ao lado da ausência de profissionais, no caso das equipes incompletas e, porque não dizer das dificuldades de acesso e locomoção, estas observações foram relacionadas à falta de colaboração, no plano pessoal. Tais considerações (num outro plano de considerações) envolveriam, por sua vez, um esforço de reorganização da atuação multiprofissional, o que pressupõe, no âmbito das sugestões, a recomendação da valorização do trabalho profissional, assim como do requisito do apoio institucional.

No que diz respeito ao terceiro objetivo, algumas questões podem ser norteadoras do processo de discussão e construção de conhecimentos e estratégias, entre gestores profissionais e comunidade do Município:

- O que é o trabalho multiprofissional e interdisciplinar? O que ele representa na ESF?
- Como as equipes de saúde da família podem estar alavancando essa perspectiva de trabalho multiprofissional e interdisciplinar?
- Como deve ser o planejamento das atividades das equipes? Quais os critérios devem ser utilizados para a realização desse planejamento?
- Qual deve ser a participação da comunidade no planejamento das decisões tomadas pela equipe?
- Que estratégias podem ser utilizadas para envolver a comunidade nesse planejamento?
- Como pode ser garantido o acesso dos profissionais aos treinamentos preparatórios para a atuação na ESF?
- Qual o papel e como deve ser abordada a questão da educação em saúde nos treinamentos preparatórios para a atuação na ESF?
- O que representa a educação em saúde no contexto da promoção de saúde?
- O que é a educação em saúde na perspectiva dialógica proposta por Alves (2005)?
- Que estratégias podem ser utilizadas para o fortalecimento dessa perspectiva dialógica, na prática cotidiana, de educação em saúde, a serem desenvolvidas pelas equipes?

- Como envolver todos os profissionais da equipe no processo de educação em saúde?
- Qual deve ser a participação da comunidade no processo de educação em saúde, desenvolvido no cotidiano das práticas de saúde?
- Como incorporar no cotidiano de trabalho das equipes a perspectiva do monitoramento de avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família?
- Quais os espaços em potenciais podem ser utilizados para a discussão de questões como a valorização profissional, garantia de condições de trabalho (espaço físico para realização das atividades de educação em saúde e recursos didáticos), apoio às práticas de promoção de saúde em detrimento de prática estritamente assistenciais?
- O que é educação permanente? Qual a política do município em relação à educação permanente dos profissionais da área da saúde, no âmbito da estratégia de saúde da família?

6. PONTOS PARA O DEBATE

Em consonância com o que foi relatado até aqui, sugerimos alguns pontos que podem vir a norteara o processo de discussão e reflexão, sobre qual a estratégia de saúde da família que temos e que estratégia de saúde da família queremos, tendo como pano de fundo, a práticas de educação em saúde.

- A estratégia saúde da família: Percentual de cobertura e sua relação com as práticas de saúde;
- Composição das equipes de saúde da família na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar;
- Planejamento participativo das atividades nas estratégia saúde da família;
- Educação em saúde: do tradicional ao dialógico.
- Desafios a serem superados na estratégia saúde da família;

- Política Municipal de educação permanente para os profissionais da área da saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. S.. Um modelo de educação em saúde para o programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Com., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set 2004/fev 2005.

AQUINO, R. A. G. P.. Estratégia de saúde da família. Pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família - Bahia. **Manual do treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Brasil. p. 22-28, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS doutrinas e princípios**. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS, 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de saúde da Família-PSF**. Brasília: 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1101. Brasília: 2002.

_____. Presidência da Republica. Casa Civil. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários,** URSS, 1978. Brasília: 2003. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=199>. Acesso em: 27 set. 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema único de saúde**. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 1. Brasília: CONASS, 2007a. 291p. ISBN 978-85-89545-08-2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. - 4ª ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 68p. ISBN 978-85-334-1401-3.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 86p. ISBN 978-85-334-1353-5.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIGTAP.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp.> Acesso em 12 jul. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Brasil: 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 09 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – 3ª ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7) ISBN 978-85-334-1639-0.

_____. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da Republica Federativa do Brasil, texto promulgado em 05 de Outubro de 1998**. Brasília: 2010c. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf.> Acesso em 29 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2488**. Brasília: 2011. Disponível em: <HTTP://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> Acesso em: 08 fev. 2012.

BUSS, P. M.. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. de S.; AKERMAN, M.; MINAYO, M. C. de S. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

COHN, A.. A saúde na previdência e na seguridade social: Antigos estigmas e novos desafios. In: COHN A., ELIAS P E. **Saúde no Brasil política e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

CZERESNIA D.; FREITAS C.M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

GHIRALDELLI JÚNIOR, P.. **Filosofia da educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000a. 108p. ISBN: 85-7490-007-9.

GHIRALDELLI JÚNIOR, P.. **Didática e teorias educacionais**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000b. 104p. ISBN: 85-7490-012-5.

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

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A.. Equipe Multiprofissional em Saúde da Família: do Documental ao Empírico no Interior da Amazônia. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n. 3, p. 379–389; 2010.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 1992.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P.. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface comunicação saúde e educação**. V. 15, n.37, p.539-50, abr./jun. 2011.

PORTO VELHO. Prefeitura do Município de Porto Velho. Secretaria Municipal de Saúde.– SEMUSA. **Plano para enfrentamento dos impactos a saúde frente à construção da hidrelétrica de Santo Antônio**. Porto Velho: 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho – SEMUSA. Departamento de Atenção Básica – DAB. Porto Velho: 2011.

STARFIELD, B.. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, Serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN 85-87853-72-4.

VASCONCELOS, E. M.. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec Ltda., 1999.

WALL, M. L.. **Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem em grupos.** Goiânia: AB, 2001. 120p. ISBN 85-7498-041-2.