

Marilda Vilma Rachadel

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM EM GRUPOS DE EDUCAÇÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem - Área de concentração: Filosofia, cuidado em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra Ivonete Terezinha S. B. Heidemann

Coorientadora: Prof^a Dra Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

**FLORIANÓPOLIS
2014**

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

Rachadel, Marilda Vilma

PROMOÇÃO DA SAÚDE: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS
GRUPOS DE EDUCAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA / Marilda Vilma
Rachadel ; orientadora, Profª Dra. Ivonete Terezinha S. B.
Heidemann ; coorientadora, Profª Dra. Maria Fernanda
Baeta Neves Alonso da Costa. - Florianópolis, SC, 2014.
125 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Promoção da Saúde. 3. Atenção Básica.
I. Heidemann, Profª Dra. Ivonete Terezinha S. B. . II.
Costa, Profª Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Marilda Vilma Rachadel

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM NOS GRUPOS DE EDUCAÇÃO NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada sua versão final em, ----- atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, cuidado em saúde e enfermagem.**

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa
Presidente

Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Dr. Antônio de Miranda Wosny Dra. Jussara Gue Miranda

À minha companheira e
grande parceira, Marcinha,
que me incentivou na escolha
desse projeto em um
momento delicado de minha
vida. A ti meu amor, dedico
esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter iluminado meus caminhos quando muitas vezes me sentia perdida, obrigada senhor.

A minha mãe, que me trouxe ao mundo dizendo sempre que tudo o que ela poderia deixar aos seus filhos, seria a educação. Pra ti, estimada mãe, meu agradecimento eterno pelo amor, paciência e compreensão por minha ausência nesse período.

A minha querida irmã Mariza, que soube entender meus momentos de isolamento, dando forças para que eu não desanimasse da caminhada.

Aos meus sobrinhos José Pedro, Lucinha, Juliana e Renata, que sabendo da admiração que eles têm por mim, nem imaginam o quanto sou orgulhosa deles.

A Prof^a Dr^a Ivonete Heidemann, orientadora querida, que acreditou e não desistiu de mim, mesmo distante. Muito obrigada pelo carinho que jamais esquecerei.

A Prof^a Dr^a Maria Fernanda B.N.A. Costa que, em parceria com Prof^a Ivonete, soube com muita sabedoria e paciência, me conduzir na finalização desse trabalho.

Aos professores e colegas do grupo de pesquisa NEPEPS, em especial ao professor Tony, que sempre teve palavras de incentivo e carinho com todos.

Aos professores e colegas membros desta banca que aceitaram participar e contribuir com seus conhecimentos: Prof^o Tony, Prof^a Jussara, Prof^a Eliane Nascimento, Prof^a Ana Rosete e a minha querida amiga Dda Janaina.

Meu especial agradecimento a Maria Hernandes, amiga de todas as horas.

RACHADEL, Marilda Vilma. Promoção da Saúde: Inserção da Equipe de Enfermagem em Grupos de Atenção Básica. 2014. 125p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientadora: Prof^a Dra Ivonete Terezinha S. B. Heidemann
Coorientadora: Prof^a Dra Maria Fernanda Baeta Neves
Alonso da Costa
Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, que teve como objetivo compreender como são desenvolvidas as práticas de Promoção da Saúde nos Grupos de Atenção Básica da equipe de enfermagem integrante da ESF de sete municípios da Grande Florianópolis: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São Pedro de Alcântara, Rancho Queimado. Participaram da pesquisa sete enfermeiros e seis técnicos de enfermagem inseridos na equipe da ESF. Os municípios que apresentaram mais de uma equipe foram sorteados para este estudo. Como critérios de exclusão definiu-se que não participariam da investigação enfermeiros (as) e técnicos de enfermagem (as) não inseridos na equipe da ESF. A coleta de dados foi realizada através de um roteiro para caracterizar as unidades de saúde e o número de equipes. Posteriormente foram realizadas entrevistas, com um guia semiestruturado, com os sujeitos da pesquisa entre os meses de outubro de 2012 a fevereiro de 2013. Os municípios do estudo possuem população de 43.495 mil habitantes, 12 UBS e 16 equipes da ESF (algumas Unidades de Saúde possuem mais que uma equipe de ESF). Os resultados da revisão integrativa evidenciaram que a educação em saúde é uma

prática prevista e atribuída aos profissionais da enfermagem da ESF podendo ser desenvolvida nos espaços convencionais dos serviços e nas ações de saúde cotidianas. Da análise das entrevistas emergiram quatro categorias: formação da equipe de enfermagem da estratégia SF em grupos da AB; atribuições da equipe de enfermagem da estratégia SF em grupos da AB; caminhos para a construção de grupos na AB; temas que emergem para o desenvolvimento dos grupos da AB. A partir disto identifica-se como fragilidade, a pouca formação na graduação e no curso técnico de enfermagem, somado a dupla jornada de trabalho que dificulta o exercício dos profissionais da ESF, no que se refere às atividades desenvolvidas nos grupos de Atenção Básica. Como potencialidade, destaca-se o compromisso e articulação da ESF com a equipe multiprofissional, para o planejamento das práticas da PS nos grupos. Os temas abordados emergem das necessidades das comunidades e das trocas de experiências entre profissional e usuário. Concluímos que existe a necessidade de incentivos por parte dos gestores, para que as atividades e práticas na PS se aproximem das comunidades do interior dos municípios em estudo. Apesar do envolvimento e comprometimento da maior parte dos profissionais da ESF, orientam-se futuros estudos sobre o tema, visando à concretização da PS.

Palavras-Chave: Enfermagem. Promoção da Saúde. Grupo. Atenção Básica.

RACHADEL, Marilda Vilma. Promoción de la Salud: Inserción de La Enfermería em grupos de Atención Básica. 2014. 125p. Disertación (Maestría em Enfermería), Curso de Pos grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientadora: Prof^a Dra Ivonete Terezinha S. B. Heidemann
Coorientadora: Prof^a Dra Maria Fernanda Baeta Neves
Alonso da Costa

Línea de Investigación: Políticas, gestión y evaluación del cuidado en la salud y enfermería

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, cuyo objetivo fue entender cómo se desarrollan las prácticas de Promoción de la Salud en grupos de Atención Primaria del equipo de enfermería de La ESF, en siete municipios de Florianópolis: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São Pedro de Alcântara, Rancho Queimado. Participaron siete enfermeras del estudio y seis técnicos de enfermería miembros del equipo ESF. Aquellos que tenían más de un equipo fueron seleccionados para este estudio. No participaron Del estudio las enfermeras y El personal de enfermería (as) no incluidos em el equipo de la ESF. La recolección de datos se realizó a través de un guion para caracterizar las unidades de salud y el número de equipos. Entrevistas posteriores se llevaron a cabo con una guía semi estructurada con el equipo de enfermería entre los meses de octubre 2012 y febrero 2013. Los municipios tienen en La población de estudio de 43.495.000 habitantes, 12 unidades de salud y 16 equipos ESF. Los resultados de la revisión de literatura mostraron que La educación sanitaria es una práctica programada y asignada al personal de enfermería del ESF puede desarrollarse en espacios convencionales de los servicios y acciones de salud de todos los días. El análisis de las entrevistas revelo cuatro categorías: La formación Del personal de enfermería de la SF grupos estratégicos AB;

asignaciones del personal de enfermería de los grupos de estrategia SF; formas de construir grupos de AB; temas que emergen para El desarrollo de grupos AB. Fue identificado como debilidad, falta de formación en grado y curso técnico de enfermería, agregó la doble jornada que obstaculiza el ejercicio de los profesionales de la ESF, con respecto a Las actividades que se realizan en grupos de Atención Primaria. Cómo potencialidad, se destaca El compromiso y unión de La ESF con el equipo multidisciplinario para planificar las prácticas de los grupos de PS. Los temas que se tratan las nuevas necesidades de las comunidades y el intercambio de experiencias entre profesionales y usuarios. Llegamos a la conclusión de que hay una necesidad de incentivos para los gerentes, para que las actividades y las prácticas en la PS se aproximen a las comunidades que se encuentran en el interior de los municipios estudiados. A pesar de la participación y El compromiso de la mayoría de los profesionales de la ESF, se orientan los futuros estudios sobre esta cuestión a La aplicación de la PS.

Palabras clave: Enfermería. Promoción de La Salud. Grupo. Atención Primaria.

RACHADEL, MarildaVilma. Health Promotion: insertion of nursing team Groups Primary Health Care Health Promotion: Inserting the Team Nursing Care Groups Básica. 2014. 125p. Thesis (Master's in Nursing) – Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Advisor: Prof^a. Dra Ivonete S. Ivonete B. Heidemann
Coadvisor: Maria Fernanda Alonso Baeta Neves da Costa
Research Line: Policies, management and evaluation of health care and nursing.

ABSTRACT

It is about an exploratory and descriptive qualitative study that aimed understand how are developed the practices of health promotion in the groups of Primary Health Care Nursing of the team Family Health Strategy of seven municipalities in Florianopolis: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São Pedro de Alcântara, Rancho Queimado. Seven nurses participated in the study and six technicians nursing inserted in the Family Health teams. The municipalities that presented more than one team were chosen for this study. As exclusion criteria was defined that not could participate in of research nurses and nursing technicians not inserted in the health Family team. The data collection was conducted through a guide to characterize the health units and the number of teams. Were conducted Interviews through of a semistructured guide with the subjects between the months of october 2012 the february 2013. The municipalities have a population of 43, 495,000 inhabitants, with 12 and 16 units and 16 teams. The results of the integrative review showed that health education is a practice provided and assigned to the nursing team of the Health Family can be developed in conventional spaces of services and actions of health every day. Analysis of the interviews revealed four categories: training of the nursing team of the

Health Family and groups Primary Health Care; assignments of the nursing teams of the Health Family; ways to build groups of the Primary Care; themes that emerge for the development of groups Primary Health Care. From this, identifies up as fragility, poor training in undergraduate and nursing technical course, and double workday that prevent the exercise of the professionals, with regard to the activities performed in groups of Primary Health Care. How potentiality, stands out commitment and articulation of the Health Family with the multidisciplinary team, to the planning of the practices of the groups. The themes addressed emerge of the needs of communities and exchanging experiences between professionals and users. We conclude that there is need incentives by the managers, so that the activities and practices in the health promotion up approach those communities within the municipalities under study. Despite the involvement and commitment of the professional of the Family Health Strategy, it stimulates future studies on this issue to the implementation of the Health Promotion

Keywords: Nursing. Health Promotion. Group. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CENES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência a Assistência Social
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuária
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPS	Grupo de Promoção da Saúde
HIPERDIA	Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPEPS	Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular, Enfermagem e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PS	Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UBS	Unidade Básica de Saúde
ZU	Zona Urbana
ZR	Zona Rural
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização dos Municípios no Estado de Santa Catarina	64
Figura 2 - Localização dos Municípios do estudo.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com os títulos e periódico. Florianópolis, Estado de Santa Catarina. Brasil, 2012.	50
Quadro 2 - Distribuição de enfermeiros e técnicos de enfermagem por UBS sorteada, 2013	69
Quadro 3 - Dados de identificação dos profissionais.....	84

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
1.1	OBJETIVOS	26
1.1.1	OBJETIVO GERAL.....	26
1.1.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	26
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1	TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	27
2.2	CARTA DE OTTAWA.....	31
2.3	ATENÇÃO BÁSICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	33
2.4	ATIVIDADES EM GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	38
3	REVISÃO DE LITERATURA	41
3.1	MANUSCRITO I - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM GRUPOS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	43
4	MÉTODO	63
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	63
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	63
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	68
4.4	COLETA DOS DADOS.....	70
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	72
4.6	COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO.....	74
5	ELABORAÇÃO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO BASEADO NOS RESULTADOS	75
5.1	MANUSCRITO II – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM NOS GRUPOS DA ATENÇÃO BÁSICA	77
6	CONCLUSÃO	101
	APENDICES	113

APENDICE A – FICHAMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA	115
APENDICE B – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	117
APENDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	119
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	121
ANEXO	123
ANEXO A – APROVAÇÃO DO MACROPROJETO DE PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA	125

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), preocupada em disseminar conceitos relevantes sobre Promoção da Saúde (PS), realizou no Canadá, em 1986, na cidade de Ottawa, a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, originando a Carta de Ottawa, documento que vem norteando o mais importante conceito de Promoção da Saúde, e que contribuiu para a elaboração de estratégias e ações de políticas públicas saudáveis.

Apresentando um amplo conceito de saúde como “o mais completo bem estar físico, mental e social, determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais”, a Carta de Ottawa reforça a importância de um indivíduo ou grupo, ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, mudar e se adaptar ao meio (BRASIL, 2002). Com essa premissa, as desigualdades sociais tendem a diminuir, tornando os fatores e condições determinantes de saúde uma garantia na qualidade de vida das pessoas.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela constituição de 1988, traz normativas para a Atenção Básica (AB), que consolida vínculos entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e comunidade, através da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Com esses princípios e diretrizes, a Atenção Básica passa a ser, através da Unidade Básica de Saúde, a principal referência para o atendimento à saúde da comunidade (BRASIL, 2012).

No ano de 1994, foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), seguido ao Programa de Agente comunitário de Saúde (ACS), com o intuito de poder dar continuidade aos atendimentos dentro das Unidades Básica Saúde e domicílio de uma determinada área e microárea. Essa

abrangência de território delimita uma população e sua capacidade de cobertura assistencial através de uma equipe multiprofissional, que atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2001).

Sendo assim, dentre as ações da Estratégia de Saúde da Família, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos, sendo umas das principais estratégias educativas, os grupos na Atenção Básica.

A educação em saúde em grupos na Atenção Básica faz parte do cotidiano de enfermeiros e sua equipe na Estratégia de Saúde da Família, levando ao comprometimento profissional ético diante de aspectos culturais e sociais das famílias, onde o conceito de educação em saúde esta ancorado no conceito de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob-risco de adoecer (MACHADO et al., 2007).

Este estudo realiza um diálogo com a Educação e Promoção da Saúde, nas atividades em Grupos da Atenção Básica. Segundo Bernstein (1986) estes grupos podem ser definidos como um conjunto de pessoas com objetivos e metas compartilhadas, que se reúnem em torno de uma tarefa específica.

Os grupos de Atenção Básica são alternativos para as práticas assistenciais junto à comunidade, que são desenvolvidas em espaços que favorecem as relações entre os sujeitos, valorizando saberes individuais no processo de Saúde e doença (DIAS; TOLFO; WITT, 2009).

A formação destes grupos propõe interação e promove a compreensão de situações diversas, como o grupo de gestante. Estudos indicam que a participação de casais e suas famílias com focos no esclarecimento de suas dúvidas, traz tranquilidade e orientação sobre situações fisiológicas que ocorrem no período gestacional, como parto, puerpério e cuidado do recém-nascido, compartilhando troca de experiências, na qual ajuda a diminuir

ansiedades, medos e temores durante este período importante em suas vidas (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Com relação aos grupos de educação em saúde, estes se constituem em uma prática de saúde fundamentada no trabalho coletivo, na interação e no diálogo entre os sujeitos. Seu caráter educativo é exercido bilateralmente, ou seja, aquele que educa é, também, o que aprende por meio de uma relação dialógica entre diferentes saberes o que o caracteriza como um processo mútuo, democrático e solidário (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A educação em saúde não pode ser reduzida apenas às atividades práticas que se reportam a transmitir informação em saúde. Ela deve ser considerada como uma importante ferramenta da Promoção da Saúde, que necessita de uma combinação de apoios educacionais e ambientais que objetivam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997).

Apresenta-se como grupos de Promoção da Saúde, a intervenção coletiva e interdisciplinar, que tem nas atitudes dos sujeitos a racionalidade que compõe a promoção da saúde. Essas atitudes devem ser orientadas pela organização duradoura de crenças e cognições, como carga afetiva que predispõe a uma ação coerente com os afetos e cognições que possibilitem a autonomia (SANTOS et al., 2006).

Nos grupos de Promoção da Saúde propõem-se a horizontalização das relações entre os diferentes sujeitos, resignificando o profissional de saúde como mediador do processo coletivo de construção do conhecimento. Vale ressaltar que, as práticas grupais na Promoção da Saúde ultrapassam o entendimento de grupo como uma reunião de pessoas ou meras palestras diretivas. Nos grupos deve-se priorizar o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento dos sujeitos, promovendo o autocuidado (FERREIRA NETO, 2011).

A valorização do trabalho com grupos vem sendo reconhecido como importante estratégia de Promoção da Saúde, cuja prática vem sendo, cada vez mais discutida, principalmente no contexto da enfermagem. Esta constatação se deve ao fato

de que em um grupo se torna mais fácil aprofundar discussões e conhecimentos sobre a saúde, promovendo e favorecendo a adoção de hábitos saudáveis, e contribuindo para melhor qualidade de vida (VICTOR et al., 2007; SILVA et al., 2003).

Com esta consideração, podemos entender que as práticas desenvolvidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem em grupos da Atenção Básica, vinculados à equipe de Saúde da Família (eSF) são um grande elo de aproximação com a comunidade, seja rural ou urbana, e a Unidade Básica de Saúde de um Município.

Diante disso, é importante o processo de trabalho da equipe de enfermagem, para que sejam estabelecidos vínculos com a comunidade, fortalecendo assim, o conhecimento científico e as práticas de Promoção da Saúde, que não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, indo além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global (WHO, 1986).

Considerando equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde (APS), a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), tem na Saúde da Família, sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Atuar por seis anos no estado do Amazonas como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, possibilitou conhecer as diferenças culturais e a complexidade no atendimento de saúde prestado àquela população. Responsável pelo Programa de Agentes Comunitário de Saúde em comunidades rurais, onde não havia ESF, percebi que as atividades de educação e promoção em saúde não eram desenvolvidas nestas comunidades, devido à grande extensão territorial e o difícil acesso a essa população aos serviços de Atenção Básica.

No retorno em 2007 para Santa Catarina, atuei como enfermeira da ESF em comunidades da periferia da grande Florianópolis, e observei que havia algumas dificuldades semelhantes às do estado do Amazonas, principalmente em relação ao acesso aos serviços de saúde e as práticas desenvolvidas em grupos da AB.

As experiências acumuladas na ESF me levaram a ter uma maior compreensão sobre os serviços de saúde, o SUS, a PNAB e a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), e provocaram a reflexão sobre as dificuldades para desenvolver práticas de Promoção da Saúde em grupos de Atenção Básica.

Atualmente, integro o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), criado em 1994, cujo foco de estudo é a Promoção da Saúde. Desta forma, este estudo faz parte do macro projeto de pesquisa vinculado ao Edital do CNPq nº. 014/2011, intitulado “Possibilidades e limites para implantação da política de Promoção da Saúde na Atenção Básica: investigação de questões problemáticas”, que está sendo realizado nos 22 municípios da grande Florianópolis.

A enfermagem necessariamente trabalha em equipe, portanto, entende-se que o profissional enfermeiro e técnico de enfermagem, devem desenvolver ações de Promoção da Saúde em grupos da Atenção Básica. Portanto, este estudo pretende compreender a participação do enfermeiro e da equipe de enfermagem da ESF sobre as práticas de Promoção da Saúde em grupos da Atenção Básica, nas áreas rurais e urbanas dos municípios de: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, São Bonifácio, São Pedro de Alcântara, Santo Amaro da Imperatriz, Rancho Queimado. A justificativa da escolha por esses municípios se deve pela proximidade territorial, similaridade na economia local bem como características ambientais, socioeconômicas, com predominância na agropecuária e colonização alemã.

Assim, de acordo com minhas experiências profissionais e considerações acerca da importância das práticas de Promoção da Saúde em grupos de Atenção Básica, levanta-se o questionamento: Como são desenvolvidas as práticas de Promoção da Saúde pela equipe de enfermagem nos grupos de Atenção Básica de sete municípios da grande Florianópolis?

Dessa forma, espera-se que o conhecimento produzido através deste estudo, possa oferecer subsídios para a realização das práticas educativas nos grupos da Atenção Básica.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como são as práticas de Promoção da Saúde nos Grupos de atenção Básica da equipe de enfermagem integrante da ESF de sete municípios da Grande Florianópolis.

1.1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Caracterizar as Unidades de Saúde dos sete municípios da Grande Florianópolis.
- Conhecer como são desenvolvidas as práticas de Promoção da Saúde nos grupos de Atenção Básica dos sete municípios da grande Florianópolis

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O referencial teórico é uma “construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo da investigação” (NEVES; GONÇALVES, 1984, p. 213). Para a fundamentação teórica, busquei suporte nas conferências internacionais de Promoção da Saúde e na Carta de Ottawa (1986), a principal abordagem relacionada às estratégias e ações para a melhoria de qualidade de vida da população.

2.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A PS teve grandes modificações em sua trajetória de conceitos e ações efetivas, relacionadas ao comportamento social e econômico da população. Essas ações voltadas à PS foram iniciadas no Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental através de movimentos sanitaristas, para que nas perspectivas da saúde, houvesse melhora das condições de vida das pessoas.

Segundo Buss (2003, p 17) no século XIX e meados do século XX, “já se reconhecia a importância da nutrição e saneamento e como mudanças de hábitos da população em seu meio ambiente, [...] e, foram essas modificações que diminuíram a mortalidade na Inglaterra e no país de Gales”.

Na história da humanidade, as primeiras referências considerando a importância das condições de vida como determinantes da saúde, foram encontradas nos escritos de Hipócrates sobre saúde e ambiente focalizados na trilogia, Ar, Água e Espaços, caracterizando uma preocupação dos povos gregos com a saúde e doença (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

A associação entre doenças e as condições de vida e ambiente das populações, fatores ligados diretamente ao processo saúde-doença, iniciou no século XIX, antes mesmo de se utilizar a expressão PS em 1946, pelo pesquisador Henri

Sigerist, que a definiu por meio de quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação (CARVALHO, 2005). Além disso, para o autor, a PS teria dois significados que de forma positiva, conseguem melhorar as condições de vida: As ações de Educação em Saúde e as ações estruturais do Estado.

Na concepção de Leavell & Clark (1965), que criaram o modelo explicativo sobre “história natural do processo saúde doença”, o ambiente é o que pode ou não favorecer a multiplicação de microrganismos causadores de doenças. Para esses autores, a intervenção através de medidas preventivas nos vários estágios da doença, pode possibilitar a cura, recuperação e prevenção de complicações.

A partir dessa afirmação, foi proposto por Leavell & Clark três níveis de Prevenção da Saúde, que são: a prevenção primária incluindo a PS e a proteção específica, que juntas correspondem ao mesmo nível de prevenção, exemplo simples, é a imunização, que tem como objetivo, a proteção contra algumas doenças. A Prevenção Secundária que tem no diagnóstico e tratamento precoce, a limitação da invalidez, e, a Prevenção Terciária, que através da reabilitação possibilita o restabelecimento da saúde.

A década de 1970 foi marcante e histórica na perspectiva da PS. No Canadá em 1974 houve a divulgação do Informe Lalonde (1981) que oficialmente, foi o primeiro documento a receber a denominação de PS. Para Heidmann et al. (2006, p. 353) “os fundamentos deste Informe se encontravam no conceito de campo da saúde” e introduzem os chamados “determinantes de saúde”, que contempla a composição deste campo em quatro amplos componentes da saúde: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde.

O informe Lalonde estabeleceu também as bases para impulsionar o desenvolvimento de um novo paradigma formalizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978 na URSS, com a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a Estratégia de Atenção

Primária à Saúde. As conclusões e recomendações de Alma Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da PS. A Declaração de Alma-Ata tinha como objetivo principal, diminuir as desigualdades sociais entre os povos e sensibilizar todos os países a promover ações e políticas públicas de saúde.

Esta década apresenta a PS como uma “nova concepção em saúde” internacional, pois mostra a importância de debates anteriores sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença (HEIDMANN et al., 2006, p. 353). Com isso, a PS é tida como essencial para a melhoria da qualidade de vida da população.

A preocupação relacionada aos meios para se promover a saúde da população, vem sendo abordado em Conferências Nacionais e Internacionais sobre saúde nas últimas décadas, dando início então, a 1ª Conferência Internacional sobre PS em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá. As conferências internacionais declarações e eventos anteriores a Carta de Ottawa, tiveram grande importância no seu desenvolvimento e elaboração, sendo considerado o documento mais importante tanto no conceito de PS, quanto instrumento norteador para as ações e estratégias de saúde desenvolvidas com sucesso em diferentes países do mundo. Entretanto, se fazia necessário fortalecer a capacidade de convocação do setor saúde para mobilizar recursos na direção da produção social da saúde e na responsabilização sobre ela (FERNANDEZ; MENDES, 2007). Sendo assim, outras conferências internacionais sobre a PS de igual importância serão citadas neste trabalho.

A 2ª conferência internacional sobre PS aconteceu na Austrália na cidade de Adelaide em 1988, Declaração de Adelaide, com o tema central voltado a políticas saudáveis, cumprindo com seu objetivo de demonstrar como o papel das políticas publica tem influência na resolução dos problemas de saúde (BRASIL, 2001).

Ainda na mesma linha de pensamento para o fortalecimento da PS, uma série de eventos com temas pertinentes a melhoria da qualidade de vida das populações

continua avançando, e, a 3ª conferência internacional sobre PS acontece em Sundsvall, Suécia em 1991, e apresenta os temas ambientes favoráveis a saúde como fator primordial para o desenvolvimento humano. Desta forma, acontece no Brasil em 1992 a conferência Internacional sobre meio ambiente, a ECO 92, reforçando a importância da criação de ambientes de apoio à PS (BRASIL, 1992).

Com o objetivo de aumentar as expectativas de vida saudável e reduzir as desigualdades sociais, a 4ª conferência internacional sobre PS realizada na cidade de Jacarta, República da Indonésia em 1997, Declaração de Jacarta, estabelece cinco prioridades para a PS até o século XXI, com o intuito de enfrentar o novo tempo com novos conhecimentos e novas estratégias: promover a responsabilidade social pela saúde, aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde, expandir e consolidar alianças para a saúde, aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde e assegurar a infraestrutura para a PS.

Maior equidade foi o tema proposto na 5ª conferência internacional sobre PS no México em 2000, observando que os compromissos assumidos por Conferências anteriores não foram realizados.

A 6ª conferência internacional sobre PS foi realizada em Bangkok, Tailândia em 2005, onde o tema Promoção da Saúde num mundo globalizado foi bastante discutido e polemico por se tratar de desigualdades e conflitos sociais.

Na 7ª conferência mundial sobre PS, em Nairobi, Quênia 2009 com o tema Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação, observa-se a relevância da proposta e do documento aprovado: Apelo para a Ação de Nairóbi: acabando com o abismo na implementação da Promoção da Saúde (WHO, 2009), que seguem norteando a promoção da saúde e reforçando a Carta de Ottawa.

Em junho de 2013, aconteceu a 8ª Conferência Global sobre PS, em Helsinki, na Finlândia. Esta conferência considera a “Saúde em Todas as Políticas”, e define como uma abordagem para as políticas públicas em todos os setores que leva em

conta, sistematicamente, as implicações das decisões na saúde, a busca de sinergias e evita impactos nocivos, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade na saúde (WHO, 2013).

Outras Conferências regionais: Conferência Internacional sobre PS na Região das Américas - Declaração de Santa-Fé de Bogotá Colômbia, 1992, I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, Trinidad y Tobago, 1993 e no próprio Canadá, ao revisar o tema da PS em “Action Statement for Health Promotion in Canadá” - CPHA, 1996 e a Rede de Mega países para a PS, Genebra, Suíça, 1998 (BRASIL, 2002; HEIDEMANN, 2006). Além destas, ocorreu em Genebra, na Suíça, 2010, a XX Conferência Mundial de PS sob o tema Unir Forças Para a Saúde, Equidade e Desenvolvimento Sustentável (IUHPE, 2010) e V Conferência Latino-americana de Promoção da Saúde e Educação para Saúde, México, 2012 (OPAS, 2012), e na Tailândia, a 21º Congresso de PS, que objetivou o investimento em saúde na direção da promoção, como a estratégia para a superação da dependência tecnológica pela sociedade e conquista da autonomia no controle da saúde comunitária e individual e enfrentamento dos determinantes sociais (SAÚDE WEB, 2013).

2.2 CARTA DE OTTAWA

A Carta de Ottawa é um documento que resultou da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em 1986, em Ottawa, Canadá. Esta conferência foi antes de tudo uma resposta à crescente demanda de uma nova concepção da saúde pública no mundo moderno, com princípios norteadores que foram definidos como o desenvolvimento social necessário para reduzir as desigualdades e as responsabilidades técnicas e políticas distribuídas entre setores. Neste contexto, a PS com relação à Carta de Ottawa tem como prioridade a equidade em saúde, para que haja a redução nas diferenças entre o estado de saúde da população e maior acesso aos recursos determinantes sociais em saúde, para uma vida mais saudável (BUSS, 2003).

A relação entre determinantes sociais em saúde tem seu foco voltado ao comportamento e estilo de vida saudável de um indivíduo ou de uma população, onde a mesma precisa ser capacitada e organizada para seu empoderamento e poder tomar decisões relacionadas à sua saúde. Essa observação com vista à PS, já era referida por Winslow em 1920 como:

um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma 'maquinaria social' que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde (WINSLOW, 1920, p. 23).

Diante disso, a Carta de Ottawa (WHO, 1986) elege cinco campos importantes:

1. **Implementação de políticas públicas saudáveis:** a divisão de responsabilidades entre os níveis setoriais e o compromisso em formular políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida da população, transforma a PS da Carta de Ottawa, em objetivos mais amplos, como a diminuição da desigualdade social e outros determinantes que possam contribuir para a saúde. Sendo assim, a saúde deve estar na agenda de prioridades de políticos e dirigentes de todos os níveis setoriais, que devem ter consciência de suas decisões e responsabilidades.
2. **Criação de ambientes favoráveis a saúde:** a população global vive um momento preocupante de interação com a natureza e o meio ambiente. Mesmo assim, após 26 anos a Carta de Ottawa com suas intenções, é o documento norteador para as ações e estratégias que foram e continuam sendo realizadas para a conservação dos recursos naturais, visando o monitoramento das áreas de tecnologias, trabalho, produção de energia e urbanização, que podem produzir impacto no meio

ambiente e na saúde. A mudança de estilo de vida, trabalho e lazer, também são fatores que contribuem para a promoção da saúde, bem como a consciência do cuidado recíproco entre as pessoas e o meio em que vivem.

3. **Reforço da ação comunitária:** a implementação de ações e estratégias definidas dentro de um conjunto de prioridades para uma comunidade cria vínculos de confiança, dando apoio ao processo do controle do destino e cuidado a saúde comunitária. Entretanto é necessária a intensificação da autoajuda e o apoio social onde a participação popular seja mais presente nas discussões sobre a saúde, tendo acesso a informações e aprendizado.

4. **Desenvolvimento de habilidades pessoais:** capacitar às pessoas para que estas possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, assim como fazer opção que conduzam uma saúde saudável, além de apoiar no desenvolvimento pessoal e social mediante divulgação de informação e educação para a saúde.

5. **Reorientações dos serviços de saúde:** esta ação afirma que o setor de saúde deve mover-se no sentido da PS, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos, assim como apoiar necessidades dos indivíduos e da comunidade para uma vida saudável. Apresentar a importância da mudança na formação dos profissionais e nas atitudes dos serviços de saúde, para que se identifiquem as necessidades dos indivíduos como pessoa na sua integralidade.

2.3 ATENÇÃO BÁSICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Com a crise do modelo biomédico no mundo nos anos de 1970, centrado na cura e hospitalização, o Brasil também passa por transformações importantes no campo da saúde coletiva e previdência social, tendo um olhar mais voltado à PS. Anterior à

crise, o modelo de assistência à saúde brasileira tinha um caráter fundamentalmente curativo e biomédico, e as poucas práticas preventivistas eram voltadas às endemias e campanhas de vacinação, pautadas no conceito de saúde como ausência de doença.

O modelo de saúde vigente não dava conta das necessidades de saúde da população. As discussões posteriores, lançadas pelo Relatório Lalonde (1974), Alma-Ata (1978), que culminaram com a Carta de Ottawa (1986), levaram à reflexão sobre o paradigma da saúde. A saúde, como fruto da conjunção de elementos determinantes e condicionantes de saúde, que ultrapassam o entendimento do processo saúde-doença limitado ao biológico, foi um grande marco na elaboração de novas políticas públicas e estratégias para a melhoria da saúde (HEIDEMANN et al., 2006).

A Constituição brasileira de 1988 define a saúde como direito de todos e obrigação do Estado, e cria o Sistema Único de Saúde (SUS). A operacionalização do SUS se dá através da descentralização dos serviços de saúde, responsabilizando as esferas Federal, Estadual e Municipal do governo pelas ações de saúde, e intensificando as Políticas Públicas de Saúde voltadas para a Atenção Básica de Saúde (PAIM, 1998). A corresponsabilização dos entes federados pela atenção à saúde, com destaque das práticas voltadas à PS, fortaleceu a AB, considerando o direito a Saúde.

Com isso, o Ministério da Saúde implanta em 1994, o PSF, objetivando melhorar o acesso da população à AB e o alcance das ações de PS realizadas pelos profissionais de saúde. Para a implantação das Equipes de Saúde da Família é necessária a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS.

Antes da criação do PSF, a estratégia existente era o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que tinha na figura do ACS, o principal elo entre a comunidade e a unidade de

saúde, com grande importância na observação e acompanhamento da saúde da população. Essa colocação é necessária, pois a expansão do PSF nos últimos anos transformou positivamente as estratégias e ações de promoção da saúde, também por meio do estabelecimento de uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2006).

Com a consolidação do PSF, a população passa ser acompanhada de forma mais integral através da concepção do cuidado holístico da enfermagem, que ganha espaço efetivo no sentido da organização dos serviços na AB. Indicadores de saúde como a morbimortalidade infantil e a morte materna, por exemplo, apresentam-se positivos diante das políticas públicas estabelecidas entre as esferas de governo e a intersectoralidade, comprovando certa eficiência no processo de implantação/implementação do SUS (BRASIL, 2011).

Com a efetividade do PSF através das ações e práticas da PS, o governo lança em março de 2006 a portaria nº. 648, transformando em estratégia o PSF, que passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), enfatizando a reorganização da AB e não prevê um tempo para sua finalização (BRASIL, 2006).

A PNPS entendendo que as práticas de PS desenvolvidas pelas equipes da ESF é uma realidade apresenta normativas para a reestruturação da AB com vistas aos grupos. Segundo WITT (2005) a ação educativa na AB estabelece-se a partir de programas determinados verticalmente, ou ligada às ações de PS e prevenção da doença junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais, permeando densamente as atividades que os profissionais de saúde realizam no âmbito das unidades, no domicílio, em outras instituições e nos espaços comunitários.

O Ministério da Saúde afirma que as atividades de grupos são realizadas pela ESF como ferramenta de PS. O caderno da AB enfatiza que a PS é uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, que são ações que ocorrerão tanto no âmbito da clínica quanto na realização e/ou condução

de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade (BRASIL, 2010).

O Manual de Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2003) considera que ações de Atendimento em Grupo de Educação em Saúde são aqueles que contam com, no mínimo, dez participantes e duração mínima de trinta minutos. Esse procedimento pode ser realizado tanto por profissionais de nível superior como por aqueles de nível médio (MACENO, 2013).

No contexto da AB no Brasil, o trabalho com grupos é uma atribuição das equipes da ESF. A dinâmica de grupo favorece a troca de experiências e ajuda a desfazer o ciclo de ansiedades e temor. O trabalho destes grupos da AB está atribuído à equipe da ESF, que desenvolvem as práticas de educação e saúde, valorizando diversos saberes e possibilitando intervir no processo de saúde-doença de cada pessoa (ALVES, 2010, MACENO, 2013).

No Brasil, a proposta de descentralização do sistema de saúde teve início em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Democracia é Saúde”. A implantação de políticas pública social também foram sugeridas em prol da vida, no mesmo evento, contribuindo assim, para a construção do SUS (BRASIL, 2006a).

Com a garantia do acesso universal e igualitário a todos os cidadãos aos serviços de saúde, um dos princípios do SUS, a PNPS aprovada em março de 2006, tem como objetivo criar estratégias para o desenvolvimento de ações interativas junto à população e corresponsabilização de vários setores para realização do cuidado em rede. Essas ações estratégicas estão voltadas para a PS através da educação, que em conjunto, formulam as necessidades citadas na Carta de Ottawa (BRASIL, 2006a).

A PNPS, através da Portaria nº. 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, propõem um esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde no cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde, para ratificar o compromisso da gestão do Ministério da Saúde em fortalecer o Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006b).

Essa Política tem como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006c). Como diretrizes, tem-se:

- Reconhecer na PS uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de PS;
- Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de PS, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- Incentivar a pesquisa em PS, avaliando eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e
- Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a PS para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Em seu entendimento mais amplo e atual, a PS é exercida através de estratégias conjuntas, onde o poder público, privado e sociedade trabalham em parceria possibilitando o desenvolvimento das igualdades sociais. As intervenções e medidas adotadas para fortalecer a PS devem ser focadas na educação coletiva e individual, sendo observadas as diferenças culturais e necessidades primordiais, como moradia, emprego e renda. Para Heidemann et al. (2006, p. 353), “a saúde passou a ser reconhecida como resultante da determinação social, a saber: pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais”.

Ao longo dos anos com as modificações e ampliações das ações de PS, diferentes análises sobre as iniciativas de como diminuir os fatores de risco e agravos de doenças, foram realizadas e classificadas por Naido&Wills (2003), e cinco grupos conceituais relacionados às atividades de PS consideradas: biomédicas, tendo como definição de saúde a ausência de doença, as atividades comportamentais que relacionam a transformação de comportamento do indivíduo e seu estilo de vida, as atividades educacionais que possibilitem o empoderamento individual ou da autoajuda, atividade de empoderamento coletivo que busca a participação de todos os envolvidos no problema e as atividades para a transformação social, que apresentem políticas públicas saudáveis norteadas pela equidade e intersetorialidade.

Para Westphal (2000) a prevenção das doenças é mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde doença e a PS são vinculadas a uma visão holística e socioambiental do mesmo processo. “A prevenção de doenças identifica riscos, atua sobre eles, mas não considera ser de sua alçada a gênese desses riscos; nem os estudo de suas naturezas, mecanismos de atuação, meios de prevenir sua existência”.

2.4 ATIVIDADES EM GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Os grupos na AB se definem como ações educativas que possibilitem o aprendizado de diversas formas de lidar e viver com o processo saúde e doença, esclarecendo e provocando mudanças de hábitos saudáveis.

O trabalho em grupos na AB é uma alternativa para as práticas assistenciais, que podem ser conduzidas por equipe multidisciplinar. Diante disto, a PNAB prevê que sejam desenvolvidas continuamente nos serviços ações individuais e coletivas voltadas as populações e as patologias específicas, principalmente na PS, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos.

Com isso, a AB prioriza ações educativas estratégicas em todo país que contemplem a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal e mental (BRASIL 2006).

Sendo assim, grupos podem ser definidos como espaços nos quais convivem e interagem pessoas, conceitos, valores e culturas diferentes. Nesses espaços, cada ator se diferencia e se reconhece no outro e, por meio da dinâmica estabelecida, tem a possibilidade de falar e ser compreendido, sentir e ser sentido, indagar e ser indagado, enfim, de afetar e ser afetado, com intuito de estabelecer um processo que gere reflexão e aprendizado (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A formação destes grupos são caracterizados pela integração e troca de experiências entre profissionais e sujeitos. Os grupos têm o intuito de ampliar capacidades, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e o enfrentamento das situações que ocasionem sofrimentos evitáveis (SANTOS et al.2006).

Trabalhar com grupos não é uma prerrogativa apenas daqueles que se acham com talento para a execução deste processo. Além disso, o estudo aponta a ação centrada no coletivo como tendência a ser seguida por diversos outros atores da saúde, a ponto de ser considerada exigência para aqueles que lidam com o cuidado (MUNARI et al. 2007). Destaca-se que, a enfermagem tendo como foco o cuidado deve incorporar no seu processo de trabalho, atividades nos grupos de Promoção da Saúde.

Atualmente, a educação em saúde é concebida como processo teórico prático que busca a integração de saberes dos vários atores envolvidos por meio da valorização dos conhecimentos científico e popular, tendo em vista que ambos apresentam importância ímpar no desenvolvimento das práticas de saúde, pois proporcionam aos envolvidos uma visão crítica, bem como maior autonomia e participação frente à saúde no cotidiano (GAZZINELLI; REIS; MARQUES; 2006).

Nos grupos de educação em saúde, para Torres, Hortale e Schall (2003), pode se estimulado a capacitação dos indivíduos

na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos. Essas ações ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável.

Considerando que o processo educativo é um processo político, que deve favorecer a desalienação e emancipação do sujeito, percebe-se no modelo de educação proposto por Freire (1996) um importante guia para os processos educativos desenvolvidos pelo enfermeiro nos grupos de educação em saúde, haja vista a consideração da racionalidade do ser humano, alvo das ações educativas, que pensa, sente e tem valores ligados ao contexto social no qual está inserido, bem como crenças que norteiam muitas de suas atitudes (GILVAN, 2011).

Os grupos de Promoção da Saúde (GPS) possibilitam através do diálogo o desenvolvimento da autonomia do sujeito, com respeito às diferenças, diante das culturas e condições de vida de cada pessoa. Os GPS, ao atuarem no campo comunitário, abrem perspectivas de intervenção na saúde, com novos horizontes que vão além do simples objetivo de combater as doenças dos indivíduos (SANTOS, 2006).

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é apresentada em forma de artigo, em concordância com a Instrução Normativa nº 10/PEN/2011, a qual dispõe sobre os critérios para a elaboração e apresentação de trabalho terminais dos cursos de Mestrado e Doutorados em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como título: Produção de conhecimento da equipe de enfermagem sobre promoção da saúde em grupos da atenção básica: uma revisão integrativa. A revisão integrativa seguiu as etapas, segundo Ganong (1987) de identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos e da busca na literatura e seleção da amostra (APÊNDICE A); definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; e interpretação dos resultados, e apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

3.1 MANUSCRITO I - PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM GRUPOS DA ATENÇÃO BÁSICA

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM GRUPOS DA ATENÇÃO BÁSICA

PRODUCTION KNOWLEDGE OF THE NURSING TEAM ABOUT HEALTH PROMOTION IN GROUPS OF PRIMARY HEALTH CARE

PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERIA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EM GRUPOS DE LA ATENCIÓN BASICA

Marilda Vilma Rachadel¹
Ivonete Terezinha S. B. Heidemann²
Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa³

RESUMO

Objetivo: Levantar conhecimentos produzidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos grupos da Atenção Básica (AB) na perspectiva da Promoção da Saúde (PS).

Método: O método utilizado foi a revisão integrativa que teve a seguinte construção: formulação do problema, elaboração de um instrumento e coleta de dados, análise crítica dos achados, e, interpretação dos resultados. **Resultados:** A educação em saúde

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Núcleo de Enfermagem e Promoção da Saúde NEPEPS. E-mail: marildarachadel@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do NEPEPS. Florianópolis/SC. E-mail: ivonete@nfr.ufsc.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Coletiva. Membro do Grupo de Pesquisa NEPEPS. Professora Tutora da Especialização em Atenção Básica- Programa Mais Médicos, modalidade EaD, UNASUS/UFSC. E-mail: mafebaeta@gmail.com.

figura como uma prática prevista e atribuída aos profissionais da Enfermagem da ESF podendo ser desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços e nas ações de saúde cotidianas, que na sua maioria, não estão orientadas na direção da PS. Entretanto, observam-se movimentos de ruptura em relação aos modelos de educação hegemônicos na AB. **Conclusão:** A PS relacionada aos grupos da AB segue uma trajetória otimista diante da ESF. Porém, observa-se no estudo a falta de identificação de métodos que possibilitem a avaliação e fortalecimento das ações da PS.

Palavras-chave: Enfermagem, Promoção da Saúde, Atenção Básica, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: Raise up knowledge produced by the Family Health Strategy (FHS) staff in groups of Primary Health Care (PHC) from the perspective of health promotion (HP). **Method:** The method used was the integrative review that took the following construction: problem formulation, elaboration of an instrument, data collection, critical analysis of findings, and interpretation of results. **Results:** Health education appears as a practice expected and attributed to nursing professionals FHS can be developed in the conventional spaces of the services and actions of health, which mostly are not oriented toward PS. However, we observe up movements of the break in relation hegemonic models of education in PHC. **Conclusion:** PS related the groups of PHC follows an optimistic trajectory front FHS. However, it is observed in the study the lack of identification of methods that allow the assessment and strengthening of the shares of PS.

Keywords: Nursing. Health Promotion. Primary Health Care. Family Health Program.

RESUMEN

Objetivo: Levantar el conocimiento producido por el equipo de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en grupos de atención básica (AB) desde la perspectiva de promoción de la salud (PS).

Método: El método utilizado fue la revisión integradora que tuvo la siguiente construcción: formulación del problema, la preparación de un instrumento y la recopilación de datos, el análisis crítico de los resultados y la interpretación de los resultados. **Resultados:** La educación em salud aparece como una práctica prevista y atribuida a los profesionales de Enfermería de la ESF pudiendo ser desarrolladas em espacios convencional es de los servicios y las acciones de salud cotidianas que em sumayoría no están orientados hacia la PS. Sin embargo, observamos movimientos de rupturas em relación a los modelos de educación hegemónicos en la AB. **Conclusión:** La PS relacionados a los grupos de AB sigue una trayectoria optimista delante de la ESF. Sin embargo, se observa em el estudio de la falta de identificación de métodos que permitan la evaluación y el fortalecimiento de las acciones de PS.

Palabras-Clave: Enfermería. Promoción de la salud. Atención Basica. Programa salud de la familia.

INTRODUÇÃO

A partir da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (PS) realizada no Canadá na cidade de Ottawa em 1986, elaborou-se documento que elencou fatores importantes para a qualidade de vida das pessoas, como justiça social, alimentação, renda, educação, meio ambiente e outros. Com isso, a Carta de Ottawa representa os princípios, ações e estratégias para a PS do indivíduo e da coletividade (BRASIL, 2006).

A Carta de Ottawa trás o conceito de PS, como processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação nesse processo e, como proposta apresenta indicadores positivos a saúde e ações quais sejam: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de

habilidades pessoais, e reorientação dos serviços em saúde (BRASIL, 2002).

No estudo realizado por Heidmann et al. (2006), essa visão positiva de saúde foi mencionada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1984, através de um documento prévio que instituiu elementos para a concepção da PS, onde a saúde passou a ser reconhecida como resultante da determinação social, a saber: pobreza; desemprego; habitação precária, e outras desigualdades econômicas e sociais.

Nesta perspectiva, a PS apresenta-se como estratégia de fortalecimento coletivo e individual considerando os determinantes da saúde, ou seja, da mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde (BUSS; CZERESNIA, 2009).

Como estratégia positiva e promissora no enfrentamento dos problemas da saúde das populações, a PS mostra estreitamento com a Atenção Primária da Saúde (APS), que passa a ser conceituada como parte do sistema integral de saúde do país da qual é função central, o desenvolvimento social e econômico global das comunidades. A APS representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados em saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado através da constituição brasileira de 1988, possibilitou o fortalecimento da Atenção Básica (AB) de forma progressiva e positiva. Seguindo os princípios e diretrizes norteadores que criam vínculos no atendimento à comunidade, sendo eles a universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, é entendido que quanto mais próximo uma Unidade Básica de Saúde (UBS) estiver do usuário, melhor a distribuição de oferta e serviços no atendimento da rede de saúde. Assim, a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da

saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de reorganizar a AB, em 1994 foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Saúde da Família, hoje, Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo centrado na família e na equipe (WALISETE; LABATE, 2005).

É importante salientar, que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos AB e APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, as atividades educativas desenvolvidas em grupos da AB, refletem a importância da equipe de enfermagem, inserida na ESF, estar ancorada no conceito de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da sua vida cotidiana, e não apenas as pessoas sob o risco de adoecer (MACHADO et al., 2007).

Para a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o processo saúde-doença está diretamente relacionado com as condições de trabalho, qualidade de moradia, alimentação, meio ambiente, lazer e outros. Com essa compreensão, a PNPS prioriza as ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos, propondo formas de articulação e diálogo entre setores governamentais, privados e sociedade, além de estabelecer o compromisso e corresponsabilidade sobre a qualidade de vida da população.

Diante do exposto, faz-se necessário buscar o conhecimento produzido pela Equipe de Enfermagem, inserida na ESF, sobre PS nos grupos da AB.

MÉTODO

O método utilizado neste estudo foi à revisão integrativa que, em geral, para sua construção é preciso percorrer as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou

questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e da amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; interpretação dos resultados, e apresentação da revisão e síntese do conhecimento (GANONG,1987).

Desta forma, a revisão integrativa foi conduzida, conforme Ganong (1987), passando pelas seguintes fases: formulação do problema; elaboração de um instrumento e coleta de dados (URSI, 2005); análise crítica dos achados identificando diferenças e conflitos, interpretação dos resultados reportando de forma clara a evidencia encontrada.

A busca foi efetuada no primeiro semestre do ano de 2012, em artigos publicados em periódicos escritos em português e espanhol, na base de dados online, procurando identificar as produções do conhecimento sobre a PS e equipe de enfermagem em grupos de AB.

Utilizaram-se os descritores nos três idiomas, português, inglês e espanhol: enfermagem, nursing, enfermeria; Promoção da Saúde, Health Promotion, Promocion de laSalud; Atenção Primária a Saúde, Primary Health Care, Atencion Primaria de laSalud; Programa Saúde da Família, Family Health Program, Programa de Salud de la Familia. Estes descritores foram previamente identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e nas bases eletrônicas de dados específicas da PubMed, no período de 2007 a 2012.

A pesquisa nos bancos de dados eletrônicos foi realizada com dois ou mais descritores e a palavra “and”, com o objetivo de recuperar todos os documentos que contenham obrigatoriamente os descritores, seja nos títulos ou resumos.

Os critérios de inclusão foram artigos completos publicados entre os anos de 2007 a 2012 e nos idiomas português e espanhol. Foram excluídos da amostra artigos que não tinham relação com a enfermagem, ensaios, reflexões e artigos em idioma inglês.

Na primeira etapa de busca virtual obtiveram-se 1302 artigos na base de dados Literatura Latino-Americana e do

Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 705 artigos na biblioteca Scientific Electronic Library Online (SciELO). Na segunda etapa, os artigos identificados foram submetidos aos critérios de inclusão, obtendo-se assim 120 artigos; destes, 12 eram semelhantes nas duas bases de dados. Sendo subtraída esta duplicidade, obtiveram-se 108, os quais foram criteriosamente lidos e submetidos aos critérios de exclusão, resultando em 20. Posteriormente, procedeu-se a leitura minuciosa de cada artigo destacando aqueles que corresponderam ao objetivo proposto, a fim de organizar e tabular os dados.

Os 20 artigos selecionados atenderam ao instrumento de coleta de dados validado (URSI, 2005), que contemplava os seguintes itens: base de dados, título do artigo, autor, periódico, e ano.

A partir da leitura dos artigos selecionados, foram levantados temas que por semelhanças formaram categorias, são elas: a equipe de enfermagem na Atenção Básica; práticas educativas da equipe de enfermagem da Estratégia da Saúde da Família e práticas educativas e Promoção da Saúde.

Na fase da interpretação e síntese dos resultados foi realizada a comparação dos dados evidenciados ao referencial teórico e identificada às lacunas do conhecimento (GANONG, 1987).

RESULTADOS

Pode-se constatar no Quadro 1 que, dezesseis (80%) dos artigos foram publicados em periódicos nacionais e quatro (20%) em internacionais. Os países de origem dos estudos foram: Brasil, com dezesseis (80%), e Espanha, México, Colômbia e Chile, com quatro (20%), sendo cada qual com um artigo publicado.

Quadro 1 - Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com os títulos e periódico. Florianópolis, Estado de Santa Catarina. Brasil, 2012.

TÍTULO	BASE DE DADOS	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO
1. Atenção Integral de pacientes diabéticos Hipertenso com participação de Enfermeira em medicina familiar	Scielo	1.Ricardo Pérez Cuevas 2.Hortensia Reyes Morales 3.Svetlana Vladislavovna Doubova 4.Maribel Zepeda Arias 5.Gustavo Díaz Rodríguez 6.Abel Peña Valdovinos 7 Onofre Muñoz Hernández	Revista Panam saúde pública /Pan Am J Public Health
2. Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica	Lilacs	1.Lilian Hortale de Oliveira Moreira 2.Cristina Maria Douat Loyola	Ver Esc Enferm USP 2011; 45(3):692-9
3. O perfil e a ação profissional da(o)enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial	Lilacs	1.Cristiane Bergues Dias; 2.Ana Luisa Aranha e Silva.	Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):469-75
4. Discussão de famílias na ESF: Processo de trabalho em construção	Lilacs	Silvia Matumoto, Silvana Martins Mishima, Cinira Magali Fortuna, Maria José Bistafa Pereira, Maria Cecília Puntel de Almeida.	Ver Esc Enferm USP 2011

5. O efeito de intervenções educativas no conhecimento de equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial	Lilacs	Stael Silvana Bagno Eleutério da Silva ¹ , Flávia Cortez Colósimo ² , Angela Maria Geraldo Pierin	Rev Esc Enferm USP 2010
6. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR)	Lilacs	Sônia Regina Nery 1 Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes 2 Brígida Gimenez de Carvalho 2 Regina Melchior 2 Rossana Staevie Baduy 2 Josiane Vivian Camargo de Lima 2	Ciência & Saúde Coletiva, 14 (Supl.1):1411-1419, 2009
7. Eficácia da educação lúdica na prevenção da dengue na escola		1. Celmira Vesga-Gómez 2. Flor de María Cáceres-Manrique.	Rev. salud pública. 12 (4): 558-569, 2010
8. A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in) visibilidade do cuidado de enfermagem	Lilacs	Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes ¹ Ivone Evangelista Cabral ²	Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2012
9. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à saúde	Lilacs	Rosana Teresa Onocko-Campos ¹ Gastão Wagner de Sousa Campos ¹ Ana Luiza Ferrer ^{II} Carlos Roberto Silveira Corrêal Paulo Roberto de Madureiral Carlos Alberto Pegolo da Gamall, III Deivisson Vianna Dantas ^I Roberta Nascimento	Rev Saúde Pública 2012;46(1):43-50

10. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central	Lilacs	1. Suziana Martins de Vasconcelos ; 2. Maria Lúcia Magalhães Bosi 3. Ricardo José Soares Pontes	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(12):2891-2900, dez, 2008
11. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários	Lilacs	Karine Amorim de Andrade 1, Mariana Tâmara Teixeira de Toledo 2, Mariana Souza Lopes 3, Glaucilene Eliane Silva do Carmo 4, Aline Cristine Souza Lopes 5	Ver Esc Enferm USP 2012; 46(5):1117-1124
12. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária	SciELO	1. Angélica Cotta Lobo Leite Carneiro, 2. Vânia de Souza, 3. Luanna Kelen Godinho 4. Isabela Cristiane Marinho de Faria 5. Kênia Lara Silva 6. Maria Flávia Gazzinelli	Rev Panam Salud Publica 31(2), 2012
13. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG) 13. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG)	SciELO	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha 1, Joice Moreira Schmalfluss 2, Virgínia Leismann Moretto 3, Jussara Mendes Lipinski 4, Mariana Bello Porciuncula 5	Rev Bras Enferm, Brasília 2010 set-out; 63(5): 811-6.
15. Epidemiologia das consultas pediátricas respiratórias Santiago de Chile em 1993-2009	SciELO	Pedro Astudillo, 1 Pedro Mancilla, 2. Claudio Olmos 1 y Álvaro Reyes 3	Rev Panam Salud Publica 32(1), 2012

16.Ambientes verdes e saudáveis: formação dos agentes comunitários de saúde na Cidade de São Paulo, Brasil.	SciELO	Maria Fátima de Sousa1; Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira 2	Rev Panam Salud Publica 28(5), 2010 399
17.Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo	SciELO	Gilmara Celli Maia de Almeida 1 Maria Ângela Fernandes Ferreira 1	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(9):2131-2140, set,2008
18.Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica	Lilacs	Rosane Siqueira Vasconcellos Pereira 1 Maria Inês Couto de Oliveira 1 Carla Lourenço Tavares de Andrade 2 Alexandre dos Santos Brito 1	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(12):2343-2354, dez, 2010
19.O grau de conhecimento sobre AVC entre a população de uma área rural na província de Leida	SciELO	Oró M, Sanahuja-Montesinos J, Hernández L, Setó E, Purroy F.	Rev Neurol. 2009 May 16-31;48(10):515-9.
20.A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus	SciELO	Andréia Cristina Seabra Rodrigues, Gisele de Lacerda Chaves Vieira, Heloisa de Carvalho Torres	Ver Esc Enferm USP 2010

Em relação à formação dos autores dos artigos selecionados, identificou-se que dezesseis (80%) são

enfermeiros e quatro (20%) médico, nutricionista, psicólogo e odontólogo, sendo uma publicação de cada profissional.

No que se refere à instituição e sede de estudo, doze (60%) foram realizados na Atenção Básica, quatro (20%) na Secretaria de Saúde, Hospitais, Escolas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e três (15%) em Instituições Psiquiátricas.

Segundo a Tabela 2, em 2010 ocorreu o maior número de publicações (7) e nos anos subsequentes, até 2012, uma diminuição de publicações sobre a temática deste estudo.

Tabela 1 - Distribuição de revistas publicadas segundo o ano. Florianópolis, SC- Brasil, 2012.

Ano de Publicação	N	%
2007	-	-
2008	2	10
2009	3	15
2010	7	35
2011	3	15
2012	5	25
TOTAL	20	100%

Na sequência, serão apresentadas e discutidas as três categorias que emergiram neste estudo: a equipe de enfermagem na Atenção Básica; práticas educativas da equipe de enfermagem da Estratégia da Saúde da Família, e Grupos de AB e Promoção da Saúde.

A equipe de enfermagem na Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) é considerada porta de entrada para os serviços de saúde, e a equipe de enfermagem, tem como responsabilidade desenvolver práticas de promoção à saúde nos grupos.

O estudo realizado com indivíduos que apresentam hipertensão arterial na AB mostra que é neste contexto privilegiado que são desenvolvidas práticas educativas em saúde, sendo a AB considerada por sua particularidade, de maior

proximidade com a população destacando-se nas ações preventivas e promocionais de saúde ⁵.

A forma de abordagem da equipe de saúde na AB foi realizada de forma participativa, evitando a redução à assistência ao aspecto apenas curativo, desenvolvendo ações de promoção e reconstruindo práticas que possibilitem um modelo assistencial que seja integrado, humanizado, visando responder as necessidades individuais e coletivas (ALVES, 2005).

Além disso, estudos apontam que indivíduos que compartilham e vivenciam experiências similares em grupos da AB com a participação do enfermeiro, podem desenvolver planos de ação para modificar aspectos da realidade compartilhada que repercutem na sua saúde, configurando-se, assim, como sujeitos de suas próprias vidas (SOUZA et al., 2005).

Práticas educativas da equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família

A ESF tem contribuído para a construção de um novo espaço pedagógico, de competências profissionais que levam a conscientização do trabalhador, incorporando a função de capacitador da equipe de saúde ¹³.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Entende-se que seja um recurso utilizado por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais da enfermagem, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde ⁵. No âmbito da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais da enfermagem que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença,

desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado das pessoas⁴.

O estudo²⁰ refere que o profissional da enfermagem não deve se restringir a realizar apenas educação para a saúde, já que os pacientes portadores de doenças necessitam durante a consulta, orientações importantes para a sua saúde.

Considera-se que, as práticas educativas podem ser desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização de palestras, distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser informais, desenvolvida nas ações de saúde cotidianas. Contudo, esta abordagem de educação em saúde, ainda muito comum nos serviços, destaca-se por apresentar metodologias tradicionais, com um diálogo verticalizado com a população participante. Porém, os profissionais da enfermagem precisam estar conscientizados para realizar estas atividades diárias e que se comprometam com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população⁷.

Compreendendo a educação em saúde numa perspectiva libertadora devemos considerar a educação não apenas na transmissão de conhecimentos, mas, que trabalhe na perspectiva da construção de conhecimentos e de qualidade de vida por todos aqueles que a integram (BESEN, 2007).

Os estudos apontam que todo profissional de saúde, especialmente da enfermagem é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial a sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como, o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia de sua saúde⁵.

Práticas educativas e Promoção da Saúde

As práticas educativas, em sua maioria, não estão orientadas na direção da promoção da saúde no sentido de fortalecimento da autonomia na gestão dos processos de saúde, da participação social e do emprego de abordagens dialógicas de ensino. Entretanto, observam-se movimentos de ruptura em relação aos modelos de educação hegemônicos na AB¹².

Nos grupos da AB em que se utilizam as oficinas, obtém-se maior interação e compreensão sobre as práticas desenvolvidas para a PS, mostrando que é possível utilizar e combinar estratégias de promoção da saúde e prevenção, orientando continuidade das ações²⁰.

A compreensão do profissional enfermeiro da ESF sobre a prática de atividades desenvolvidas em grupos da AB é no mínimo limitada, sendo realizados basicamente trabalhos em grupos de gestantes, hipertensos ou diabéticos, e as atividades de educação em saúde são dirigidas de acordo com o programa e sua demanda. Com esse entendimento, percebe-se pouco envolvimento da equipe da ESF em grupos da AB nas comunidades locais, devido à grande demanda no acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) (MARTIN, 2010).

A prática da educação e da promoção de saúde tende a se confundir no cotidiano do profissional enfermeiro que desenvolve atividades de educação em saúde em grupos da AB. Neste contexto, a educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a promoção de saúde, embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde da população (CANDEIAS, 1997).

A partir desta percepção, os profissionais da AB devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam as necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na PS (COTTA et al., 2006).

Com a prática de educação em saúde em grupos de AB podemos estimular a autonomia individual, contribuir para transformações coletivas e ações para a promoção de saúde, considerando o usuário como sujeito histórico, social e político, no contexto familiar, do meio ambiente e da sociedade na qual ele se insere (MACHADO et al., 2007).

CONCLUSÃO

Este estudo de revisão integrativa possibilitou a construção de um panorama nacional e internacional do

conhecimento da equipe de enfermagem sobre promoção da saúde em grupos da AB.

Os resultados da revisão Integrativa identificaram que, as maiorias dos artigos foram publicados no ano de 2010, sendo os enfermeiros (35%) responsáveis pelo maior número de publicações. Esses dados demonstram que o enfermeiro e sua equipe se preocupam com as ações da PS desenvolvidas em grupos de AB.

Os estudos apontam também que a equipe de enfermagem da AB mostra-se atuante no atendimento aos usuários, realizando práticas educativas em saúde, com destaque nas ações preventivas e promocionais. Percebe-se, que buscam reconstruir práticas focadas em um modelo assistencial que possibilitem a humanização visando responder as necessidades individuais e coletivas.

As pessoas que vivenciam experiências similares em grupos da AB, com a participação da equipe da enfermagem, podem desenvolver planos de ação para a troca de experiências que repercutem na sua saúde, configurando-se como sujeitos de suas próprias vidas.

As práticas educativas da equipe de enfermagem da ESF, geralmente são realizadas, nos espaços da saúde, escolas e outros ambientes da comunidade. Essas ações educativas, são orientadas, principalmente, para dialogar aspectos relacionados a prevenção de doenças e promoção da saúde da população.

Os estudos destacam que a produção de conhecimento da equipe de enfermagem, podem interferir na vida cotidiana das pessoas. Essas ações estimulam a compreensão dos determinantes sociais e oferecem subsídios para as melhorarias da qualidade de vida.

Destaca-se ainda que todo profissional de saúde, especialmente da enfermagem é um educador em saúde em potencial. É condição essencial na sua prática, o reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como, dos usuários enquanto agentes em busca da autonomia de sua saúde.

No que se refere às práticas educativas da equipe de enfermagem da ESF, a proposta de oficina como modalidade educativa favoreceu a discussão sobre os desafios e dificuldades

para a estruturação da prática da educação, promoção e prevenção em saúde, mostrando que é possível utilizar e combinar estratégias com orientações continuadas das ações.

A PS no contexto dos grupos da AB segue uma trajetória otimista diante da equipe de enfermagem da ESF. A forma de como organizar e realizar as diversas atividades e práticas para a PS, talvez seja o maior desafio. Paralelamente, observa-se no estudo a falta de identificação de métodos que possibilitem a avaliação e fortalecimento das ações da PS.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar as condutas da equipe de enfermagem para a prática da PS em grupos da AB, bem como estimular educação e saúde continuada. Recomenda-se em estudos futuros uma análise mais detalhada de fatores implícitos à execução e alcance do objetivo do estudo, que é buscar o conhecimento produzido sobre PS da equipe de enfermagem na ESF inserida nos grupos da AB.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. V. **Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família:** pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v. 9, n. 16, p.39-52, 2005.

BESEN, B. C. et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Sociedade*, v.16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

_____. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 15-38.

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

CARNEIRO, A.C.L.L, SOUZ, V, GODINHO, L.K, FARIA, I.C.M, SILVA, K.L, GAZZINELLI, MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*, n. 31, v. 2, p. 115–20, 2012,

CERVERA, D.P, PARREIRA, B.D.M, GOULART, BF. Educação em Saúde: percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica em Uberaba (MG). *Rev C S Col*. v.16, n. 1, p.1547-1554, 2011.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.15, n.3, p.7-18. Set, 2006

GOMEZ CV, MANRIQUE FMC. **Eficacia de La educacion lúdica em la prevencion del dengue em escolares**. Colombia *Rev Salud Publica* 2010, v.12, n.4, p. 558-569

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, 1987 v. 1, n. 10, p. 1-11.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto-enferm.**, 2006, v. 15, n. 2, p. 352-358.

MARTINS, A. R. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2010, v. 26, n. 12, p. 2279-2295.

MATUMOTO S, MISCHIMA SM, FORTUNA CM, PEREIRA MJB, ALMEIDA MCP. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. *Ver esc enferm USP* 2011, n. 45, v. 3. p. 603-610.

MACHADO, M. F. A. S. al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, n. 12, v. 2, p. 335– 342, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ministério da Saúde**: relatório da Conferência Internacional sobre cuidados Primários em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1978.

RODRIGUES ACS, VIEIRA GLC, TORRES HC. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Ver.esc.enferm USP** 2010; v.44, n.2 p.531

SILVA SSBE da, COLOSIMO FC, PIERIN, AMG. O Efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev. esc. enferm USP** 2010, v.44, n. 2. p. 488-496.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, 2005. v. 26, n. 2, p. 147-153,.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade do Estado de São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005. Ribeirão Preto (SC), 2005.

WALISETE, A. G. R.; LABATE. C. R. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2010) a pesquisa qualitativa é um método aplicado para o estudo da história, dos valores e atitudes num espaço de relações, das representações das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações pessoais a respeito de como vivem, sentem e pensam. Nesse sentido é um estudo de conhecimento de uma realidade na qual não cabe a quantificação, por se tratar de um universo de questões subjetivas. Para Gil (2005), a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.

A opção de um estudo exploratório-descritivo foi adotada, por permitir ampliar o conhecimento sobre determinado assunto e descrever com certa exatidão os fatos e fenômenos vivenciados na realidade. De acordo com Gil (2005), as pesquisas exploratórias visam desenvolver, clarear e transformar conceitos e ideias com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, além de lançarem novas luzes a problemas recorrentes da realidade social, vistos em novos ângulos focalizados na pesquisa.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

Para Trentini e Paim (2004) a escolha do espaço físico da pesquisa (local do estudo) é compreendida como o local onde se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da pesquisa: Biblioteca, Internet, Secretarias de Saúde Municipais.

Essa pesquisa faz parte do macro projeto, Edital MCT/CNPq no 014/2011 intitulado “Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemas”, que foram realizados nos 22 municípios que compõe a grande Florianópolis. Desses, sete foram selecionados para este estudo: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São Pedro de Alcântara, e Rancho Queimado.

Estes municípios, fazem parte de uma divisão regional de Santa Catarina, que pela proximidade entre si e características semelhantes, otimizou e facilitou o estudo.

Figura 1 - Localização dos Municípios no Estado de Santa Catarina



Fonte: Elaborado pela autora, segundo dados coletados em pesquisa, Florianópolis, 2013.

A região dos municípios em estudo é formada por encostas de serra e montanhas, mata atlântica, vales e rios. Com pouca extensão de terras em linha reta, proporcionam uma agricultura permanente, de reflorestamento e de preservação, com população urbana e rural no total de 43.495 habitantes, e traz descendência europeia, principalmente alemã (IBGE, 2010). Estes municípios contam com 16 equipes da ESF distribuídas em

12 UBS. A seguir, descreveremos as principais características dos municípios pesquisados:

- **Águas Mornas:** o município de Águas mornas está localizado a 36 km de Florianópolis e possui uma população de 5.926 habitantes. O principal atrativo turístico da cidade são as fontes de águas termais que estão classificadas entre as melhores do mundo, além da maior produção de hortigranjeiros da Grande Florianópolis (SEBRAE/SC, 2010). A Secretaria de Saúde presta atendimento ambulatorial na AB e de média complexidade. O município conta com dois Centros de Saúde cada qual com uma equipe da ESF– Unidade Central com 800 famílias cadastradas divididas em seis microárea e Unidade Santa Cruz da Figueira com 922 famílias cadastradas divididas em sete microárea, distante aproximadamente 10 km do centro da cidade; um laboratório de análise clínica e uma ambulância do SAMU. As equipes da ESF trabalham com os seguintes grupos na AB: hiperdia, gestantes, idosos (CNES. DATASUS, 2013).
- **Angelina:** a principal atração do município de Angelina é o turismo religioso. A Gruta Nossa Senhora de Lourdes e a Colina da Louvação recebem turistas de todo país. O mel e o queijo são os produtos característicos da cidade que nomeiam um dos principais eventos da região – A festa do Queijo e do Mel que em 2013 teve sua 19ª edição. A população é de 5.166 habitantes, sendo que 4.172 moram na zona rural (ANGELINA, 2014). O município através da Secretaria de Saúde, contam com um Hospital e maternidade, tendo parcerias com os municípios de Rancho Queimado e São Pedro de Alcântara, nas consultas e exames com especialistas, como colonoscopia, e cirurgias eletivas: vascular, ortopedia e cesáreas. Quatro são as unidades de saúde (dois Centros de Saúde/Unidade Básica e dois Postos de

saúde). Com duas equipes da ESF, a UBS Hélio Scherer Martins tem cadastradas 987 famílias, e a UBS Barra Clara, 782 famílias cadastradas. Os grupos trabalhados na AB são os de hiperdia, gestantes e idosos, que contam com o apoio de profissionais do NASF (fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo). Além disso, a equipe da ESF mantém atividade nas escolas, com o Programa saúde na escola (PSE), com temas sobre nutrição, prevenção da hipertensão na infância, o uso de drogas, DST, práticas de atividades físicas, saúde auditiva e outros. A UBS Hélio Scherer Martins, também é referência nos programas dos sondados (pacientes que necessitam de sonda vesical) ostomizados, oxigenioterapia, saúde visual e auditiva. O município tem a representação do conselho municipal de saúde. A educação conta comunidades de ensino, entre creche, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio, educação profissionalizante, educação especial, educação de jovens e adultos e educação superior (ANGELINA, 2014).

- **Anitápolis:** o município possui 3.259 habitantes, sendo que 1.899 moram na zona rural. A maioria da população trabalha no campo o que torna a agricultura à base econômica da cidade. O turismo rural e ecológico atrai visitantes para a prática de canoagem e pescaria. Na saúde, Anitápolis conta com o Hospital e Maternidade filantrópico São Sebastião, com emergência 24hs e uma unidade básica de saúde com uma equipe de ESF. Atualmente a equipe da ESF não trabalha com grupos na AB de forma contínua, porém, realiza o outubro rosa, com a saúde da mulher. O NASF foi aprovado e aguarda processo seletivo para contratação de profissionais. Com relação à educação o município conta com creches, pré-escola, ensino fundamental e ensino médio (SEBRAE/SC, 2010).
- **Santo Amaro da Imperatriz:** o município de Santa Amaro se destaca pelas águas termais. Sua economia tem base na agricultura, principalmente no cultivo do

milho, tomate e batatas. O turismo vem se destacando por conta do grande manancial natural. A secretaria de saúde, contam com um hospital filantrópico São Francisco de Assis, que atende a região da grande Florianópolis e outros municípios vizinhos, com cirurgias eletivas de médio porte; existem sete equipes da ESF, distribuídas em quatro unidades de saúde: Unidade Básica Central localizada no centro, três unidades de saúde nos demais bairros, e dois consultórios odontológicos em duas escolas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A Secretaria da Assistência Social através do Centro de referência a assistência social (CRAS), também estabelece parceria importante com a Secretaria de Saúde. Entre o ensino público e privado, Santa Amaro da Imperatriz possui 45 unidades de educação, 11 pré-escolas municipais, 4 escolas estaduais, 7 escolas particulares, 6 escolas filantrópicas e uma de ensino superior (SEBRAE/SC, 2010).

- **São Bonifácio:** com 2.989 habitantes (25% ZU e 75% ZR) São Bonifácio é a capital catarinense das cachoeiras. A economia baseia-se na agricultura, pecuária, apicultura, avicultura, beneficiamento de madeira, indústrias de laticínios e turismo, com destaque para o turismo ecológico. O município conta com duas unidades de saúde, uma no centro da cidade, onde as famílias são cadastradas (990), e outra mais afastada, no bairro Santa Maria, que recebe atendimento médico, odontológico, de enfermagem e psicólogo uma vez na semana. Esses atendimentos são realizados por uma única equipe da ESF, e todas as famílias são cadastradas em zona urbana; um hospital de pequena complexidade– (Fundação Médica Assistencial do Trabalhador Rural), que presta atendimentos também nas cirurgias eletivas, através de convênios com outros municípios. Na área da educação, entre pré-escola, ensino fundamental e

ensino médio, São Bonifácio conta com 11 unidades de ensino (SEBRAE/SC, 2010).

- **São Pedro de Alcântara:** o município foi a primeira colônia alemã em Santa Catarina e mantém até hoje a cultura germânica. Como exemplo de tradição, as festas Oktobertanz e Stammtischsão realizadas na cidade para comemorar e disseminar a cultura local. A produção de cachaça – artesanal e alambique - também é muito conhecida e atraem turistas de todo Brasil. A população da cidade é de 5.139 habitantes e conta com três unidades de saúde – duas básicas e um hospital estadual especializado na dermatologia, no bairro Santa Tereza. Na educação, da pré-escola ao ensino médio, São Pedro de Alcântara tem 12 unidades de ensino (SEBRAE/SC, 2010).
- **Rancho Queimado:** tem sua economia baseada no Turismo e na agricultura, com destaque para a produção de cebola, feijão, tomate, milho e morango – onde recebe o título de capital catarinense do morango. Com 2.827 habitantes, o município tem duas unidades de saúde – um pronto socorro e uma unidade básica – e 12 unidades de ensino – da creche ao ensino médio e educação especial (SEBRAE/SC, 2010).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa treze profissionais entre enfermeiros (sete) e técnicos de enfermagem (seis). Como critérios de inclusão foram considerados: enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem inseridos na equipe da ESF. Os municípios que apresentaram mais de uma equipe foram sorteados para este estudo. Como critério de exclusão definiu-se que não participariam da investigação enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem que não estavam inseridos na equipe da ESF.

A escolha por esses participantes se deve em função de que na metodologia qualitativa os participantes do estudo são

peças com determinadas características sociais e culturais, pertencentes a determinados grupos, que agregam crenças, valores e significados próprios ao do grupo a que pertencem (MINAYO, 2010). Foram treze profissionais entrevistados (Quadro 2), que no quadro abaixo, mostra além da predominância do sexo feminino na área de atuação em equipes da ESF na AB, outras informações relevantes.

Quadro 2 - Distribuição de enfermeiros e técnicos de enfermagem por UBS sorteada, 2013

ENFERMEIRO (A)	VINCULO	TEMPO DE SERVIÇO	FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	SEXO	MUNICÍPIO
Daisy	CLT	1 ano e 3 meses	Especialização ESF	F	Águas Mornas
Kamelien	Efetivo	3 anos	Especialização ESF	F	Agelina
Lavendel	CLT	0 anos	Especialização ESF	F	Anitápolis
Lilien	CLT	4 anos	NT	F	Rancho Queimado
Orchideen	CLT	VER	Especialização ESF	F	São Bonifácio
Nelken	Efetivo	9 anos	Especialização ESF	M	Santo Amaro da Imperatriz
Rosen	Efetivo	11 anos	Especialização ESF	F	São Pedro de Alcântara
TEC.ENF	VINCULO	TEMPO DE SERVIÇO	FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	SEXO	MUNICÍPIO

Gänseblümchen	Efetivo	5 anos	NT		Águas Mornas
Sonnenblume	Efetivo	3 anos	NT	F	Agelina
Jasmin	CLT	10 anos	NT	F	Anitápolis
Begonie	CLT	5 anos	NT	F	Rancho Queimado
Dália	Efetivo	9 anos	NT	M	Santo Amaro da Imperatriz
Rosmarin	Efetivo	1 ano e 9 meses	NT	F	São Pedro de Alcântara

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas com os profissionais selecionados nas UBS dos municípios do estudo.

Dos sete enfermeiros entrevistados, quatro são concursados e três contratados em regime de consolidação das leis trabalhistas (CLT). Seis enfermeiros trabalham há mais de 3 anos em seus municípios e somente um, trabalha a um ano e três meses, assim como, apenas um não possui especialização em Saúde da Família.

Com relação aos técnicos de Enfermagem todos são de sexo feminino, três são CLT e quatro efetivos, dos sete técnicos de enfermagem, um encontrava-se de licença de saúde no momento do estudo. Quanto ao tempo do serviço todos tinham mais de dois anos de trabalho, quanto à formação complementar nenhum técnico de enfermagem realizou especialização nas práticas da AB.

4.4 COLETA DOS DADOS

A caracterização do número de Unidades e de equipes foi realizada através da busca na base de dados do DATASUS e no Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB). Realizou-se

também o levantamento das informações pertinentes ao estudo junto a Secretaria de Saúde dos municípios e atendimentos de grupos na Atenção Básica conforme roteiro guia (Apêndice B), e no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Além disso, realizou-se visita às respectivas Unidades Básicas de Saúde e conhecimento da equipe atuante.

As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro guia semiestruturado (Apêndice C). Segundo Gil (2008), a entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É uma forma de interação social com diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Segundo Minayo (2010), o roteiro semiestruturado deve desdobrar os vários indicadores essenciais e suficientes em tópicos que contemplem as abrangências das informações esperadas.

A entrevista semiestruturadas com os profissionais enfermeiros e os técnicos de enfermagem da equipe da ESF, dos sete municípios, foi realizada os meses de outubro de 2012 a fevereiro de 2013. As entrevistas foram agendadas por contato telefônico e realizadas pela entrevistadora nas UBS, conforme disponibilidade de horário dos profissionais, e técnicos, com autorização prévia para gravação em áudio, bem como transcritas posteriormente para análise dos dados. Um enfermeiro foi substituído por outro no momento da entrevista, pois entrou de licença maternidade. Já em outro município, a técnica de enfermagem encontrava-se afastada por motivo de doença e sem previsão de retorno, ficando assim, sem a coleta de dados deste profissional, pois a mesma era a única que compõe a equipe da ESF.

As entrevistas tiveram duração entre 15 e 50 minutos e foram norteadas por um formulário que continham oito perguntas, todas sobre ações e atividades. E foram realizadas em um lugar privativo e livre de ruídos, evitando constrangimento do entrevistado, facilitando a conversação. Segundo recomendações de Lefrève e Lefrève (2005), no que se refere ao

local da realização da entrevista, deve ser escolhido e preparado de forma a oferecer privacidade, tanto para o pesquisador quanto para o entrevistado, não devendo ter barulhos, como conversas de outras pessoas, ou outros ruídos ambientais que possam comprometer a qualidade da entrevista.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados buscando identificar a inserção do Enfermeiro e Técnico de enfermagem nas atividades de promoção da saúde em grupos de atenção básica existente em sete municípios da grande Florianópolis.

Para análise dos dados, foi utilizado o referencial da Promoção da Saúde de acordo com as estratégias da carta de Ottawa, revisão integrativa e a análise de conteúdo temático de Minayo (2010), organizada em torno de três fases:

- **pré-análise** - esta fase consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciados da pesquisa; reformulando-os frente aos dados coletados; e na definição de temas que orientem a interpretação final. Esta etapa foi decomposta, seguindo-se os passos: (1) leitura flutuante, do conjunto das comunicações, que consiste em tomar o contato exaustivo com os dados, deixando-se impregnar por seu conteúdo. A dinâmica das teorias relacionadas ao tema tornará a leitura mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial; e (2) constituição do corpus consiste na organização dos dados de tal forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha a representação do universo pretendido); homogeneidade, (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (que os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho).

- **exploração do material** - esta fase consiste essencialmente numa operação classificatória que busca alcançar um núcleo da compreensão do texto. Segundo Minayo (2010) a análise temática trabalha na primeira fase esta fase,

pelo recorte do texto em unidades de registro que pode ser uma palavra, ou frase, estabelecida na pré-análise. Nesta fase, escolheram-se as regras de contagem, uma vez que, tradicionalmente a compreensão é construída por meio de codificações.

• **tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação**, realizou-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas.

Com estes passos, foram realizadas as transcrições das entrevistas gravadas, sem a alteração de palavras e/ou expressões ditas pelos participantes. Realizou-se leitura do material coletado e a organização dos dados. Essas entrevistas foram armazenadas em pasta de arquivo, separada por município e profissional enfermeiro ou técnico de enfermagem. A partir disto, realizou-se a primeira classificação dos dados.

Com base nos objetivos da pesquisa e na leitura exaustiva do material, foram captadas as ideias centrais das falas mais emergentes dos participantes, obtendo as categorias: formação da equipe de enfermagem da estratégia SF em grupos da AB; atribuições da equipe de enfermagem da estratégia SF em grupos da AB; caminhos para a construção de grupos na AB; temas que emergem para o desenvolvimento dos grupos da AB.

Com a definição das categorias, foi estabelecido um quadro para cada entrevista, sendo copiadas e coladas as falas principais. E foram definidas quatro categorias analisadas e discutidas sobre a PS relacionadas às estratégias da Carta de Ottawa.

No segundo momento, as entrevistas realizadas foram separadas por participantes e conforme as categorias propostas e suas falas foram analisadas.

Para o terceiro momento houve a reflexão dessas categorias, sendo utilizada a concepção de Promoção da Saúde, de acordo com as ações da Carta de Ottawa e Revisão Integrativa.

4.6 COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a mesma foi norteada pela Resolução 196/96, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), a qual preconiza diretrizes que respeitam os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética, com o número de Processo: 2368; FR: 476682, intitulado Possibilidades e limites para a implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemas (ANEXO D).

Observando os princípios de beneficência e justiça, será assegurado a todas as participantes de que a pesquisa não trará riscos ou danos à sua vida, integridade ou à sua saúde. Como garantia de assegurar a privacidade dos participantes, todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) sem qualquer tipo de coação. Para manter o anonimato dos participantes da pesquisa, nomes de flores no idioma alemão foram escolhidos: Daisy; Kamelien; Lavendel; Lilien; Orchideen; Nelken e Rosen (enfermeiros) e Gänseblümchen; Sonnenblume; Jasmin; Begonie; Dália; Rosmarin (técnicos de enfermagem).

5 ELABORAÇÃO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO BASEADO NOS RESULTADOS

O manuscrito foi elaborado a partir dos resultados das entrevistas com o tema: “Inserção do enfermeiro e técnico de enfermagem nos grupos da Atenção Básica”, apresentando os resultados e as discussões, seguindo a Instrução Normativa n. 10/PEN/2011.

5.1 MANUSCRITO II – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM NOS GRUPOS DA ATENÇÃO BÁSICA

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM NOS GRUPOS DA ATENÇÃO BÁSICA

INSERTION OF NURSES AND NURSING TECHNICIAN IN GROUPS OF PRIMARY CARE

INSERCIÓN DE ENFERMERAS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA EN GRUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Marilda Vilma Rachadel¹

Prof^a Dr^a Ivonete Heidemann²

Prof^a Dr^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa³

RESUMO: A pesquisa buscou conhecer a inserção do enfermeiro e técnico de enfermagem nos grupos de atenção básica de sete municípios da grande Florianópolis /SC. Trata-se de estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Participaram treze profissionais de enfermagem da equipe da Estratégia Saúde da Família, nos meses de outubro de 2012 a fevereiro de 2013. Para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, e os dados foram avaliados a partir da análise

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de pesquisa do Núcleo de extensão e pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS). E-mail: marildarachadel@hotmail.com.

²Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do grupo de pesquisa NEPEPS. Florianópolis/SC.E-mail: ivonete.heidemann@ufsc.br.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Coletiva. Membro do Grupo de Pesquisa NEPEPS. Professora Tutora da Especialização em Atenção Básica- Programa Mais Médicos, modalidade EaD, UNASUS/UFSC. E-mail: mafebaeta@gmail.com.

temática de Minayo, discutidos com a Promoção da Saúde de acordo com as estratégias da carta de Ottawa.

Os resultados indicam a fragilidade e a pouca formação na graduação e no curso técnico de enfermagem, somado a dupla jornada de trabalho que dificulta o exercício dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família, no que se refere às atividades desenvolvidas nos grupos de Atenção Básica. Como potencialidade, destaca-se o compromisso e articulação da Estratégia Saúde da Família com a equipe multiprofissional, para o planejamento das práticas da Promoção da Saúde nos grupos. Os temas abordados emergem das necessidades das comunidades e das trocas de experiências entre profissional e usuário. Concluímos que existe a necessidade de incentivos por parte dos gestores, para que as atividades e práticas na Promoção de Saúde se aproximem das comunidades do interior dos municípios em estudo. Apesar do envolvimento e comprometimento da maior parte dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família, orientam-se futuros estudos sobre o tema, visando à concretização da Promoção da Saúde.

Palavras chave: Promoção da Saúde. Atenção Básica. Equipe de enfermagem. Práticas.

RESUMEN: La investigación dirigida a descubrir La inclusión de enfermeras y técnicos de enfermeira en grupos de atención primaria de siete municipios de Florianópolis/SC. Se trata de um estudio cualitativo exploratório descriptivo. Participaron em trece profesionales de enfermeira del equipo Estrategia de salud de La familia ,en los meses de Octubre 2012 a Febrero 2013 . Para La recolección de datos se utilizó una entrevista semi-estructurada, y los datos fueron evaluados a partir Del análisis temático de Minayo, discutido com Promoción de La Salud de conformidad com las estrategias de la Carta de Ottawa. Los resultados indican La fragilidad, La poca formación de graduación e curso técnico de enfermería, agregasse la doble carga de trabajo que impide El ejercicio de profesionales em las Estrategia de salud de La familia, em relación com las actividades realizadas em los grupos

de Atención Primaria. Como potencialidad, se destaca El compromiso y Estrategia de salud de La familia, con el equipo multidisciplinario para planificar las prácticas de Promoción de Salud Sem los grupos. Los temas que se tratan emergen de las necesidades de las comunidades y el intercambio de experiencias entre profesionales y usuarios. Llegamos a La conclusión de que hay una necesidad de incentivos para los gerentes, para que las actividades y prácticas en PS se acercan a las comunidades de interior de los municipios en estudio. A pesar de La participación y El compromiso de La mayoría de profesionales de La Estrategia de salud de La familia, se orientan los futuros estudios sobre esta cuestión a La aplicación de La Promoción de salud.

PalabrasClave: Promoción de La Salud. Atención Basica. Equipo de Enfermería. Practicas.

ABSTRACT: The research aimed to know the insertion of nurses and nursing technicians in primary health care groups of seven municipalities of Florianópolis / SC. It is a descriptive exploratory qualitative study. Participated this study thirteen nursing professionals of the Family Health team, from October 2012 to February 2013. For data collection, we used semi-structured interview, and the data were evaluated from the thematic analysis of Minayo, was discussed Health Promotion in accordance with the strategies of the Ottawa Charter. The results indicated as fragility little training in undergraduate and nursing technical course, added the double workday that impeding the exercise of the professionals of the Family Health with regard to the activities performed in groups of Primary Health Care. How potentiality, stands out commitment and articulation of the Health Family with the multidisciplinary team, to the planning of the practices of the groups. The themes addressed emerge of needs community and exchanging experiences between professionals and users. We conclude that there is the need of incentives for managers, so that the activities and practices in health promotion approach those communities of the municipalities under study. Despite the

involvement and commitment of the professional Health Family, are oriented future studies on this issue to the implementation of the health promotion. Despite the involvement and commitment of the professional of the Family Health Strategy, it stimulates future studies on this issue to the implementation of the Health Promotion

Keywords: Health Promotion. Primary Health Care. Team Nurse. Practice.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) aprovada em março de 2006, tem como objetivo, criar estratégias para o desenvolvimento de ações interativas junto à população e corresponsabilização de vários setores para realização do cuidado em rede. Essas estratégias conjuntas formulam as necessidades citadas na Carta de Ottawa, documento elaborado na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (PS), no Canadá, em 1986 (BRASIL, 2006).

A Promoção da Saúde tem seu conceito, segundo a Carta de Ottawa, como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Entende-se que esse conceito favorece o fortalecimento do indivíduo e coletividade, desde que sejam oportunizados, determinantes sociais que possibilitem a melhoria da qualidade de vida.

Com a expansão das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada nos municípios nos anos 90 pelo Ministério da Saúde, a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2011).

A PNPS, ao lado de diretrizes atuais da estratégia Saúde da Família como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), estimulam ações com coletivos. As propostas de operacionalização das ações específicas da PNPS e algumas diretrizes preconizadas pela portaria que institui o NASF

favorecem o investimento em práticas grupais como estratégia de promoção da saúde (NETO; KIND, 2011).

As ações da PS e as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem em grupos da Atenção Básica, vinculados a equipe de Saúde da Família (eSF), são um grande elo de aproximação entre a comunidade. Essa interação possibilita a troca de experiência profissional e pessoal, sendo o grande objetivo, o reconhecimento e a forma de lidar com a saúde-doença, em um espaço comum a todos.

No campo da saúde, testemunhamos esforços de teorização sobre práticas grupais, quase sempre pondo em pauta a necessidades de produção autônoma dos sujeitos neles envolvidos. Os grupos são considerados importantes ferramentas de PS (NETO; KIND, 2011).

Os Grupos de Promoção da Saúde (GPS), descritos por um grupo de pesquisadores de Santa Catarina têm como eixo central a noção de autonomia. Participação cooperativa e autonomia são destacadas como condição de possibilidades para os GPS acontecerem. Por autonomia, os autores entendem a ampliação das capacidades de “fazer escolhas de forma livre e esclarecida de seus próprios desígnios”. Norteia os grupos o objetivo de mudança de comportamentos. Os autores diferenciam sua proposta de outras metodologias coletivas identificadas na literatura sobre grupos em saúde (grupos terapêuticos, ações preventivistas, oficinas para a promoção da cidadania) (SANTOS et al., 2006).

Para Santos e colaboradores (2006) é expor um modelo de grupos de PS no qual um *setting* grupal particular possibilitaria avanços inequívocos para a PS. A promessa é a criação de *settings* com os objetivos de criação de um espaço cooperativo onde os participantes têm a oportunidade de resignificar conceitos obstrutivos ao processo de PS, valorizar conteúdos disponíveis na comunidade, manifestar e processar mobilizações emocionais, conhecer e refletir práticas e saberes em saúde que possam favorecer o incremento das capacidades funcionais dos indivíduos.

Os autores defendem que as ações promotoras de saúde inseridas na AB deveriam promover o controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde. Em sua discussão, sustentam que para se alcançar tal controle sobre sua saúde, coletivo e indivíduos deveriam ser envolvidos em práticas e processos geradores de participação ativa e deliberativa em direção a PS (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

No entanto, percebe-se que as ações educativas na ESF seguem o modelo tradicional, caracterizadas por intervenções verticalizadas e pouco preocupadas com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos (CARNEIRO et al., 2012).

Diante desse contexto, emerge a seguinte questão: como são desenvolvidas as práticas de Promoção da Saúde pela equipe de enfermagem nos grupos de Atenção Básica de sete municípios da grande Florianópolis?

Para obter respostas a essa questão, foi realizado o presente estudo com o objetivo de conhecer a atuação do enfermeiro e técnico de enfermagem nos grupos de atenção básica de sete municípios da grande Florianópolis.

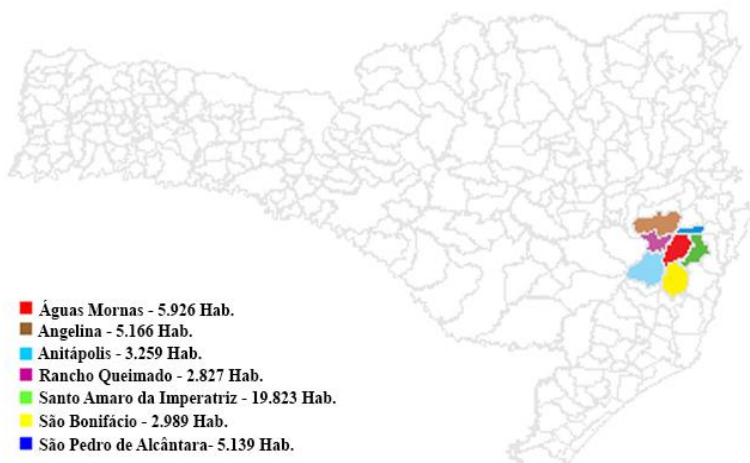
MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, tendo como fundamentação teórica, a PS relacionada à Carta de Ottawa, trazendo abordagem sobre a estratégia e ações para a melhoria de qualidade de vida da população.

Os locais de pesquisa foram: biblioteca; Internet; Secretarias de Saúde Municipais dos municípios de Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São Pedro de Alcântara, Rancho queimado. As entrevistas com os profissionais das eESF selecionados foram todas nas UBS.

Estes municípios estão localizados na região da grande Florianópolis, e fazem parte de uma divisão regional de Santa Catarina em um total de 22 municípios, que pela proximidade entre si e características semelhantes, otimizou e facilitou o estudo.

Figura 2 - Localização dos Municípios do estudo



Fonte: Elaborado pela autora, segundo dados coletados em pesquisa. Florianópolis, 2013.

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros (as) e técnicos de enfermagem que tiveram como critérios de inclusão a ser considerados: enfermeiros (as) e técnicos de enfermagem de equipe da ESF, sendo que os municípios que apresentaram mais que uma equipe da ESF foram sorteados. Como critério de exclusão considerou-se os enfermeiros (as) e técnicos de enfermagem (as) que não estavam inseridos na equipe da ESF.

Foram entrevistados treze profissionais de enfermagem e conforme tabela (Quadro 3), identifica-se a predominância do sexo feminino na área de atuação em equipes da ESF na AB. Os entrevistados foram identificados por nomes de flores em idioma alemão.

Quadro 3 - Dados de identificação dos profissionais.

ENFERMEIRO (A)	VINCULO	TEMPO DE SERVIÇO	FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	S E X O	MUNICÍPIO
Daisy	CLT	1 ano e 3 meses	Especialização ESF	F	Águas Mornas
Kamelien	Efetivo	3 anos	Especialização ESF	F	Angelina
Lavendel	CLT	0 anos	Especialização ESF	F	Anitápolis
Lilien	CLT	4 anos	NT	F	Rancho Queimado
Orchidee n	CLT	VER	Especialização ESF	F	São Bonifácio
Nelken	Efetivo	9 anos	Especialização ESF	M	Santo Amaro da Imperatriz
Rosen	Efetivo	11 anos	Especialização ESF	F	São Pedro de Alcântara
TEC.ENF	VINCULO	TEMPO DE SERVIÇO	FORMAÇÃO COMPLEMEN TAR	S E X O	MUNICÍPIO
Gänseblümchen	Efetivo	5 anos	NT		Águas Mornas
Sonnenblume	Efetivo	3 anos	NT	F	Angelina
Jasmin	CLT	10 anos	NT	F	Anitápolis

Begonie	CLT	5 anos	NT	F	Rancho Queimado
Dália	Efetivo	9 anos	NT	M	Santo Amaro da Imperatriz
Rosmarin	Efetivo	1ano e 9 meses	NT	F	São Pedro de Alcântara

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas com os profissionais selecionados nas UBS dos municípios do estudo

A coleta de dados seguiu dois objetivos, o primeiro realizado nas Secretarias Municipais de Saúde com Secretários de Saúde, Coordenadores municipais da Atenção Básica e coordenadores de UBS dos municípios em estudo. Posteriormente, foi realizada entrevista conduzida por um guia semiestruturado.

Participaram da entrevista sete enfermeiros e seis técnicos de enfermagem vinculados a eSF, pré selecionados. Os agendamentos das entrevistas ocorreram através de contato telefônico, conforme disponibilidade de horário dos participantes em suas UBS, bem como a autorização prévia para gravação das entrevistas em áudio, sendo assinado um termo de consentimento e, posteriormente transcritas.

As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro de 2012 a fevereiro de 2013 nas UBS dos participantes da pesquisa, em local privado livre de ruídos evitando constrangimento do entrevistado. Um técnico de enfermagem estava de licença para tratamento de saúde e uma enfermeira no dia da entrevista, foi substituída, pois estava de licença maternidade. As durações das entrevistas variaram entre 20 e 50 minutos.

Para análise de dados foi utilizado o referencial da PS de acordo com as estratégias da carta de Ottawa, revisão integrativa e a análise de conteúdo temático de Minayo (2010), organizando-se em torno de três fases: Pré-análise - escolha dos documentos a serem analisados e reformulados frente aos dados coletados.

Neste primeiro momento, foi realizada a transcrição fiel das gravações, com leituras exaustivas do material coletado e organizado em quatorze pastas de arquivos identificadas por município. Nesses arquivos encontram-se todas as entrevistas que foram gravadas, com identificação do entrevistado, local da pesquisa, horário e a duração. Ainda nesta fase, a proximidade com o objetivo do estudo fica mais evidente, pois a primeira classificação dos dados é organizada em cima das falas do sujeito. Exploração do material – A formação das categorias tem início após exaustiva leitura do material transcrito, identificando-se as principais ideias de cada questão norteadora apresentada pela pesquisadora, no momento da entrevista, sendo elas: formação que recebeu para desenvolver atividades educativas em grupo da AB; atribuições nos grupos de AB; metodologia adotada na condução dos grupos da AB; escolha dos temas e assuntos para o desenvolvimento do grupo da AB; resultados alcançados; facilidades e dificuldades para o desenvolvimento de atividades de grupos na AB, em um total de oito questões possibilitando assim, identificar as práticas desenvolvidas na PS pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem das eSF em grupos da AB. Tratamento dos resultados – Após a classificação das categorias confrontaram-se as entrevistas com as diferentes falas, para então, desenvolver a análise dos dados levantados. Foram sete categorias analisadas e discutidas sobre a PS relacionadas às estratégias da Carta de Ottawa.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a mesma será norteadora pela Resolução 196/96, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), a qual preconiza diretrizes que respeitam os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética, com o número de Processo: 2368; FR: 476682, intitulado Possibilidades e limites para a implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas. Como garantia de assegurar a privacidade dos participantes, todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo e foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sem qualquer tipo de coação. Preservando o anonimato dos participantes da

pesquisa, optou-se por utilizar a denominação de flores em idioma alemão.

RESULTADOS

A seguir descreveremos os resultados e análises dos principais dados encontrados nas pesquisas realizadas nos sete municípios em estudo, que a apresentam população rural e urbana, onde o maior número de habitantes reside no interior.

Todos os municípios pesquisados apresentam o profissional enfermeiro como organizador dos grupos da AB, conduzidos eventualmente por profissional de outra área quando solicitado.

A partir das entrevistas observou-se que todos os municípios apresentam dois grupos que incorporam as práticas educativas de PS na AB: os grupos de Hiperdia (hipertensos e diabéticos) e o grupo de gestantes. Nos municípios que apresentam grupo de idosos, seguido das falas, parece estar associado ao grupo de hiperdia, justificado pela faixa etária da maioria dos participantes.

Dos sete municípios pesquisados, apenas um enfermeiro não mantém a estruturação dos grupos com relação ao planejamento, agendamento dos encontros, temas e local. Ficando este, com a responsabilidade somente de indicar qual profissional o faria. Os outros municípios mantêm estrutura organizacional, com flexibilidade aos temas que são apresentados aos grupos, de forma democrática.

Dois fatores são citados com ênfase e que dificultam o desenvolvimento das práticas de educação na PS: o idioma alemão e a falta de transporte coletivo na zona rural. Em dois municípios, se faz necessário a presença de um tradutor quando o encontro do grupo acontece no interior. Esse tradutor faz parte da eSF ou é funcionário da prefeitura. Outros três municípios destacam a demanda excessiva de acolhimento realizado na UBS pelo enfermeiro, dificultando as atividades que deveriam acontecer na comunidade através de visita domiciliar e encontros nas comunidades.

Como facilidade para o desenvolvimento das práticas de educação na PS em grupos da AB, a Secretária de Saúde Municipal através de seus secretários, é citada como parceiros importantes por cinco dos sete municípios entrevistados. A equipe multidisciplinar com profissionais da fisioterapia, educador físico, psicólogo e outros, também contribuem de forma positiva com trocas de experiências profissionais e pessoais.

Com relação aos técnicos de enfermagem, as falas identificam os procedimentos de triagem como verificação de pressão arterial, glicemia capilar e distribuição de medicamentos, como única atividade desenvolvida. Um município usa da distribuição de material didático para a aproximação dos grupos com a eSF, visando o fortalecimento do vínculo entre as partes através da PS.

Através das entrevistas com enfermeiros e técnicos de enfermagem, foi possível analisar as falas e quatro categorias relacionadas às atividades de grupo da AB surgiram: formação da equipe de enfermagem da estratégia SF em grupos da AB; atribuições da equipe de enfermagem da estratégia SF em grupos da AB; caminhos para a construção de grupos na AB; temas que emergem para o desenvolvimento dos grupos da AB.

Categoria I: formação da equipe de enfermagem da ESF em grupos da AB

Entre os sete enfermeiros entrevistados, a maioria referiu pouco conteúdo recebido na graduação de enfermagem direcionado a promoção da saúde e condução de grupos na AB. No entanto, foi unânime o relato de que, no campo de estágio nas UBS, ocorreu contato com grupos de gestantes, idosos, diabéticos e hipertensos, onde observaram e acompanharam a introdução de atividades educativas desenvolvidas em grupos da AB. Contudo, destacam a importância da especialização na ESF para o aprimoramento na condução de grupos, assim relatado pelo enfermeiro Rosen: *“eu fui saber um pouquinho mais quando fiz especialização em saúde da família, daí a gente trabalhou um pouco mais sobre os temas, e a importância de fazer atividade em grupo, mesmo sendo especialização a distância. Entrava na*

internet, respondia as perguntas que auxiliava bastante na prática cotidiana, sendo que fazem dez anos que terminei a graduação.

As atividades práticas oferecidas na graduação foram desenvolvidas na disciplina de saúde coletiva, com abordagem voltada para a prevenção da doença e promoção da saúde, nas UBS e visitas domiciliares com os Agentes comunitários de Saúde (ACS), que tiveram uma grande contribuição na divulgação e construção dos grupos. Apenas, dois enfermeiros, formados a mais de dez anos, relataram que sua graduação foi mais voltada à consulta de enfermagem no atendimento hospitalar.

Os entrevistados enfermeiros, também expuseram dificuldades e limitações, após sua formação acadêmica, no que se refere, ao enfrentamento das diversidades culturais e regionais, as rotinas do cotidiano e experiências de colegas da eSF, como nos coloca a enfermeira Lilien: *“Quando eu iniciei aqui foi bastante difícil desenvolver as atividades em grupo, eu não tive essa base na universidade, somente na disciplina da atenção básica, onde passamos pelos grupos mas não aprendemos especificamente como formar e trabalhar os mesmos.”*

Em relação ao conhecimento sobre PS e grupos de AB, os técnicos de enfermagem (TE) não diferem dos enfermeiros. Entre os seis TE, apenas um diz ter recebido no curso conhecimento sobre a AB, embora sua formação não fosse na AB. Os demais informaram sobre o pouco conteúdo ministrado no curso, principalmente, em relação aos estágios nas UBS e as visitas domiciliares.

A rotina de trabalho do TE e dos enfermeiros contribuíram para que os mesmos tivessem o entendimento sobre a formação de grupos na AB e as atividades de educação na PS.

Categoria II: atribuições da equipe de enfermagem da estratégia SF em grupos da AB

As entrevistas apontaram que as atividades que os enfermeiros desenvolvem em grupos da AB, são basicamente voltadas a coordenação e organização. Dentre as atividades, a palestra, também é uma prática educativa, com o intuito de mediar às ações da PS da equipe multiprofissional. Porém, fica evidente o domínio do profissional enfermeiro, no que diz respeito ao controle e manutenção dos grupos.

“Aqui nós trabalhamos em conjunto, temos um grupo e organizamos as duas áreas (três e sete) assim, eu e a enfermeira da área sete, organizamos esses grupos; contamos com a colaboração dos médicos das duas áreas, procuramos contemplar a saúde, a promoção, a prevenção e não a doença. Então coordenamos em conjunto”, Enfermeira Lilien.

Fato importante relatado por três enfermeiros é o mecanismo de revezamento para a efetiva participação de todos os integrantes da equipe. Foi percebida, durante a entrevista com os enfermeiros, a insatisfação e angústia no que se refere a organização e planejamento da próxima reunião. A maioria tem dificuldade em escolher o tema a ser desenvolvido no grupo, sem que esteja associado a uma consulta médica ou a entrega de medicamentos, como relata a enfermeira Orchideen: *“Eu acho que agente deve de repente, aqui no nosso município mudar um pouquinho nosso modo de fazer esses grupos. Porque como eu te falei, a gente faz uma troca: levamos os cartõezinhos e as medicações, anotamos e entregamos ao grupo, para que eles possam retirar a medicação. Então, muitos dos que estão lá, é somente pra ganhar o cartãozinho, e retirar a medicação. É o jeito que agente encontrou de fazer com que eles participem, mas eu não sei até que ponto isso é válido, deveríamos ter outra estratégia, pra chamar o grupo, e não só por troca”.*

Em geral, os grupos podem ser desenvolvidos com temas aleatórios ou com a escolha de seus integrantes.

Todos os TE informaram que as suas atribuições nos grupos da AB, limitam-se a triagem e acolhimento bem como a distribuição de medicamentos: *“a gente verifica a pressão deles e entrega a medicação”, TE Rosmarim.*

Categoria III: caminhos para a construção de grupos na AB

A experiência dos profissionais, o conhecimento sobre a comunidade e a visita domiciliar são referidos pela maioria dos enfermeiros, como caminhos para buscar o objetivo de construir os grupos na AB. Uma vez planejado e organizado o grupo, é realizado o convite pelo ACS para participar na comunidade.

Além da troca de experiências, é importante seguir um caminho metodológico para desenvolver a autonomia dos integrantes do grupo em suas exposições. Segundo relato da enfermeira Nelken, a criação de espaços, com os integrantes, sentados na forma de círculo, pode contribuir para que se sintam acolhidos: *“Nós procuramos fazer tipo uma mesa redonda, em forma de círculo, nada de carteira igual escola. Organizamos o grupo para trocar ideias, vivências e experiências. Ninguém é detentor da verdade, queremos crescer juntos, discutir suas experiências, sendo eles responsáveis pela própria vida, saúde, com co-responsabilidade, sem impor e dizer “é assim e pronto”, “tem que ser e fazer”.*

Dois enfermeiros buscam nas equipes do NASF, a interação dos grupos em forma de atividades práticas e físicas como, por exemplo, a nutricionista e o educador físico. Para esses profissionais, essa alternativa favorece o envolvimento do grupo possibilitando a promoção da saúde, de forma prazerosa e harmônica.

Entre os seis TE entrevistados, apenas um realiza métodos expositivos, como a distribuição de panfletos, cartazes e folders para que os grupos possam levar para casa todo material com temas específicos. Segundo o relato de um TE, não é utilizada nenhuma metodologia para a condução dos grupos da AB, pois sua participação ocorre somente na triagem. As palestras também são a forma mais utilizada como método de abordagem de temas nos encontros dos grupos na AB.

Os enfermeiros entrevistados referiram que o trabalho em equipe multidisciplinar é um fator que contribui para o desenvolvimento das atividades e ações nos grupos da AB,

mesmo sendo profissionais que não estejam vinculados a ESF. Destaca-se o apoio das Secretarias de Saúde, com a logística e necessidades da equipe da ESF para os encontros dos grupos.

A adesão para participar dos grupos da AB de outros profissionais veio, por meio de convite dos enfermeiros, para outras secretarias, entre elas, a Secretaria de Educação com o profissional educador físico, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) com a assistente social, e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com os psicólogos e psiquiatras. Outros setores também são convidados a participarem dos grupos, tendo em vista, esclarecer algumas situações de emergência ocorridas nas residências, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Polícia Militar.

Também foi relatado pelos enfermeiros sobre a proximidade do local para a realização dos grupos, sendo todos realizados no salão da igreja, com a disponibilidade dos responsáveis e apoio da comunidade. Desta forma foi percebida, pelos enfermeiros, a grande adesão de todos da comunidade nos grupos da AB.

Especificamente, nos grupos de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) os encontros são realizados na própria comunidade por área (território) e micro área (subdivisão da área) centrada em local de fácil acesso para todos. Para os TE, as facilidades, para o desenvolvimento dos grupos da AB, é a participação da comunidade através do comprometimento e envolvimento dos ACS e a sua satisfação. O trabalho em equipe, bem como o suporte das Secretarias de Saúde, foi citado por cinco dos seis entrevistados, e apenas um, diz que a distribuição de medicamentos seria uma facilidade.

O vínculo com a comunidade é a resposta mais positiva entre todos os enfermeiros entrevistados. A aproximação com os grupos, às visitas domiciliares e o elo dos ACS com todo o processo de intermediação, registram uma maior adesão na participação dos grupos da AB, e, a melhora da qualidade de vida das pessoas.

As atividades como orientações sobre PS nos grupos da AB resultaram no autocuidado realizado por seus participantes, diminuindo as consultas médicas como um todo, mesmo com o

foco ainda na medicalização, as ações de educação e PS, são recebidas com satisfação pelo grupo.

No entanto, algumas dificuldades foram apontadas, segundo os enfermeiros entrevistados, entre elas, a relação com gestores, em que se percebe a pouca valorização na formação de grupos voltados para a PS, a demanda reprimida e a falta de tempo por conta da dupla responsabilidade de trabalho (coordenadora de UBS e enfermeira da ESF) acabando por prejudicar a qualidade do atendimento das necessidades de saúde da população. O número excessivo de famílias cadastradas por área é outro indicador de dificuldades para a realização de atividades nos grupos da AB.

Tanto enfermeiros como TE, referem problemas com o transporte, pois, os municípios do estudo, contam com população rural e urbana, dificultando o acesso deste coletivo: *“O grande problema é que precisamos buscar as pessoas em suas casas para virem nas reuniões. O convite é realizado pelas agentes de saúde, que quando se tem carro, ocorre uma maior participação, pois não há transporte coletivo na área rural. Isso é um dos obstáculos que impede as pessoas de virem nos encontros”*, TE Begonie.

Também, a cultura alemã, com as suas especificidades, foi referida como um fator que contribui para a falta de interesse dos participantes dos grupos da AB, por não entenderem o que está sendo dito: *“Tem uma parte que só fala alemão. Às vezes eu tenho até uma certa facilidade porque eu entendo um pouco o alemão, não sei falar, mas entendo, isso ajuda. Não consigo me comunicar, preciso de um interprete, a sorte que existem pessoas que conhecem a língua alemã. Isso é uma dificuldade”*, Enfermeira Daisy.

Categoria IV: temas que emergem para o desenvolvimento dos grupos da AB

Em sua grande maioria, os grupos existentes nos municípios em estudo são de idosos, gestantes, hipertensos e diabéticos, chamados de hiperdia. Com isso, os temas

geralmente são pertinentes às necessidades do grupo, ou de situações relevantes que, segundo a população, precisa ser abordado: *“Vem da necessidade dos participantes. Os profissionais têm um calendário, mas os participantes selecionam os temas, por exemplo, a programação do próximo mês “saúde auditiva”, mas pode-se mudar a temática como: “dificuldade de sono do idoso”, “dormir pouco”, “depressão”, a partir disso, elabora-se as dinâmicas dos encontros, é bastante flexível.”*, Enfermeira Kamelien.

Os enfermeiros contam com o suporte de profissionais da AB que prestam serviço na UBS, não sendo especificamente da equipe da ESF. Os profissionais nutricionistas, fisioterapeutas e educador físico, segundo os enfermeiros, são os mais presentes nos grupos, interagindo com as experiências do cotidiano dos participantes. Desta forma, a escolha dos temas torna-se democrática, pois advém da necessidade ou da demanda espontânea do grupo.

Com relação ao grupo de gestantes, os temas ficam mais evidentes com a introdução de palestras direcionadas a promoção da saúde como a importância da amamentação, cuidados com as mamas e esquema de imunização da criança

DISCUSSÃO

A PS destaca-se na melhoria da qualidade de vida das pessoas, através da educação em saúde, porém, os resultados apontaram, pouca formação para conduzir grupos da AB, na graduação, bem como, no curso técnico de enfermagem. Isto dificulta o exercício dos profissionais da ESF, no que se refere às atividades desenvolvidas nas práticas de educação na PS. Contudo, percebe-se criatividade e compromisso das equipes da ESF com os grupos.

Para Uchôa (2009), o desenvolvimento das práticas de educação e PS, está associado à sensibilidade, criatividade e percepção dos profissionais, que diante da necessidade, ampliam as ações para além de grupos e palestras.

A coordenação e organização dos grupos da AB são atribuições quase que exclusivas do enfermeiro, que articula e media o desenvolvimento das práticas da PS com uma equipe multiprofissional. Desta forma, se faz necessário que as ações da PS sejam focadas no trabalho coletivo com garantias de políticas sociais que possibilitem a assistência humanizada e resolutiva, além de permitir o planejamento e o desenvolvimento de ações educativas onde as famílias e comunidades sejam o foco central da atenção a saúde (COSTA et al., 2009).

A interação da equipe da ESF com a comunidade define os caminhos para a construção de grupos na AB, sendo destaque a figura do ACS como importante elo de aproximação e diálogo. Essa interação cria vínculo com o grupo através de atividades de promoção e educação em saúde, resultando no autocuidado dos sujeitos, diminuindo assim, os atendimentos médicos. Essa interação traz como proposta a emancipação e autonomia dos sujeitos, que para Heidemann (2010), pode ultrapassar os limites da educação enquanto contexto social, possibilitando a reflexão e transformação de ações conscientes. Com isso, a educação permanente em saúde se faz necessária na medida em que as práticas de saúde se tornam ferramentas capazes de conduzir a relação trabalhador-usuário, com propostas pedagógicas e problematizadoras pautadas na melhor qualidade de vida, através da PS (SILVEIRA, 2005).

Com relação à dupla responsabilidade com o trabalho entre coordenação de UBS e enfermeiro da ESF citado pelos profissionais, percebeu-se o desgaste da equipe e o pouco reconhecimento dos gestores com tal situação. As atividades que deveriam ser desenvolvidas junto à comunidade ficam limitadas ao atendimento clínico e individual, sendo a falta de tempo, o principal argumento para a não realização das práticas educativas, que poderiam ser realizadas em grupos considerando o interesse coletivo (BRASIL, 2010).

Os municípios apresentam em sua maioria, os mesmos grupos: hipertensos e diabéticos (HIPERDIA); gestantes e idosos. Quanto à metodologia, as palestras são as práticas mais utilizadas na condução desses grupos, com temas que emergem

das necessidades de saúde da comunidade. Neste tipo de abordagem os participantes ainda ouvem passivamente os assuntos abordados, com orientações, muitas vezes prescritivas, sobre tópicos de comportamento e de ideias voltadas para a doença propriamente.

Diante dessa participação, é relevante avançar para uma abordagem dialógica, e como defende Freire (2000), a emancipação dos indivíduos torna-se um instrumento necessário e importante para a transformação da sociedade. É com a participação popular, através de grupos organizados, que vivem e sentem os problemas de suas comunidades, que discussões e soluções serão mais reais e efetivas, sendo a sociedade responsável por sua transformação (WESTPHAL, 1997).

A troca de experiências entre equipe e grupo, deve ser estimulada através dos temas escolhidos, visando o vínculo e a interação de todos os componentes, para que juntos, consigam desenvolver e realizar as práticas de educação e saúde. Segundo Campos (2000), a experiência pessoal, saberes específicos de cada profissão, habilidades, gosto, vocação-núcleo do sujeito deve ser estimulado a manifestar-se mediante composição com características dos outros componentes do grupo.

A PS e as ações educativas favorecem a autonomia dos sujeitos em seu cotidiano, possibilitando a tomada de decisões sobre seu modo de viver. Desta maneira a PS é vista como uma das principais estratégias pelas quais os indivíduos são capacitados para ter maior controle sobre sua própria saúde, reconhecendo seus limites e objetivando melhoria da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada nos sete municípios, identificou que existe interação dos profissionais das eSF (enfermeiros e técnicos de enfermagem) com as práticas educativas da PS e a preocupação em manter os grupos da AB. Essa interação se expande entre profissionais de outras áreas e setores parceiros dos municípios quando convidados, e, que embora apresentem

limitações de estrutura e logística, relacionam essas práticas como forte elo entre equipe e comunidade.

A PS é exercida através de estratégias conjuntas, onde o poder público, privado e sociedade trabalham em parceria possibilitando o desenvolvimento das igualdades sociais, as intervenções e medidas adotadas devem ser focadas na educação coletiva e individual. O enfoque na PS contribui com a melhoria dos determinantes de saúde da população e eSF possibilita estas ações através do seu processo de trabalho, especialmente nos grupos de Atenção Básica.

Por outro lado, percebe-se que a maioria das atividades nos grupos de AB é ainda agendada com algum incentivo para que os participantes se sintam estimulados a participar. Além disso, o estudo demonstrou a prevalência do cuidado médico nas atividades dos grupos da AB.

O estudo buscou abranger todos as áreas com eSF implantadas, área urbana e rural para que fossem analisados todos os grupos existentes no município. Com relação à abordagem metodológica utilizada nos grupos da AB, as palestras são em sua maioria, a única estratégia desenvolvida. Além disso, percebe-se a preocupação dos entrevistados, principalmente dos enfermeiros, com a continuidade e manutenção desses grupos.

A democracia prevalece com relação à escolha de temas a serem abordados. Os grupos se identificam mais quando existe a participação mútua através da troca de experiências relacionada ao processo saúde-doença.

A pesquisa aponta o descontentamento e falta de estímulo de alguns TE com relação à falta de capacitação para lidar com PS e a importância das práticas educativas na comunidade, sendo que esse profissional sente-se pouco reconhecido na coletividade.

Através da pesquisa realizada, tivemos o entendimento de que existe a necessidade de incentivos por parte do poder público, para que as atividades e práticas na PS consigam se aproximar das comunidades do interior dos municípios em estudo. Apesar do envolvimento e comprometimento da maior

parte dos profissionais das eSF, orientam-se futuros estudos sobre o tema, visando à concretização da PS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Atenção Básica**, Brasília DF: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em Instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 2, p.115-120, 2012.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 669–78, 2004.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 01, p. 113-118. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2013

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica**: investigação de questões problemáticas. Florianópolis: UFSC, 2010.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, 1ª Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec /ABRASCO; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo um da Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2013.

NETO, J. L. F.; KIND, L. **Promoção da Saúde**: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família. HUCITEC Editora; FAPEMIG, 2011, p. 55-84.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SILVEIRA, L.M.C, RIBEIRO, V.M.V. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface Comum Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, Supl 2, p. 2115-2122, 2008.

UCHÔA, A. C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Interface**. Botucatu, v.13, n. 29, p. 299–311, 2009.

WESTPHAL, M.F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade* 1997, v.6, n. 2, p. 9-18.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa charter for health promotion. Ottawa, Canadá, nov. 1986.

6 CONCLUSÃO

Motivada por inquietações e reflexões advindas da minha experiência profissional, retomam-se os objetivos traçados no início desta caminhada, que foi o de compreender como são desenvolvidas as práticas de Promoção da Saúde nos Grupos de Atenção Básica da equipe de enfermagem integrante da ESF de sete municípios da Grande Florianópolis: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São Pedro de Alcântara, Rancho Queimado.

A coleta dos dados se deu no ambiente de trabalho dos participantes; através desta metodologia, houve uma maior aproximação, que teve como única dificuldade, a disponibilidade desses profissionais, que apresentavam com frequência, uma agenda cheia, sendo necessários, alguns contatos antes da entrevista. A entrevista semiestruturada utilizada com os participantes possibilitou a análise das questões sobre PS nos grupos na AB.

Os sujeitos da pesquisa, sete enfermeiros e seis técnicos de enfermagem inseridos na equipe da ESF, revelaram preocupação com as ações de Promoção da Saúde expressando suas facilidades e dificuldades ao desenvolverem grupos de Atenção Básica.

Para compreender as dificuldades encontradas pelos participantes sobre grupos de PS na AB, busquei suporte na Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde. Esse documento traz o fortalecimento das ações elaboradas para as práticas da PS definindo como prioridade a equidade em saúde.

O estudo aponta que a equipe de enfermagem vem buscando aproximações do ideário da PS. No entanto, há necessidades de avanços para uma melhor compreensão dos reais determinantes sociais de saúde, que interferem no processo saúde doença da população.

Os resultados da revisão integrativa evidenciaram que a educação em saúde realizadas nos Grupos de Atenção Básica é

uma prática prevista e atribuída aos profissionais da enfermagem da ESF podendo ser desenvolvida nos espaços convencionais dos serviços e nas ações de saúde cotidianas.

O conjunto dos dados obtidos na entrevista a partir dos estudos possibilitou identificar como fragilidade, que a pouca formação na graduação e no curso técnico de enfermagem, somado a dupla responsabilidade de trabalho, dificulta o exercício dos profissionais da ESF, no que se refere às atividades desenvolvidas nos grupos de Atenção Básica. Como potencialidade, destaca-se o compromisso e articulação da ESF com a equipe multiprofissional, para o planejamento das práticas da PS nos grupos. Os temas abordados emergem das necessidades das comunidades e das trocas de experiências entre profissional e usuário.

Foi percebido no estudo como limitação, a identificação de metodologias de avaliação do processo de trabalho das equipes da ESF, bem como a falta de projetos para a educação continuada pelos municípios relacionados a AB.

Como recomendação, enfatiza-se que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem nos grupos de atenção básica, ocorra de forma multidisciplinar, focado nas ações da Promoção da Saúde. Estimula-se a realização de outras pesquisas sobre a percepção do usuário sobre as realizações das atividades educativas pelas eSF.

REFERÊNCIAS

ALVES, Lucia Helena de Souza. **Grupo de Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF):** a visão dos profissionais e dos usuários. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ANGELINA. Prefeitura Municipal. Disponível em: <http://www.angelina.sc.gov.br/>. Acesso em: 02 fev. 2014

BERSTEIN, M. Contribuições de Pichón-Riviere à psicoterapia de grupo. In: OSORIO, L. C. et al. **Grupo terapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União:** Brasília (DF), 15 out. 1996, p. 21082.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Tradução Luís Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**, 1ª ed, 4ª reimpressão. Brasília:

Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:
<http://dter2001.saude.gov.br/editora/produtos/libros/pdf/03_1543_M.pdf> Acesso em: 31 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional de Promoção da Saúde, I**: documento-síntese, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Anexo um da Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006b. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em: 16.08. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, 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. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.15-38.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, abr. 1997.

CARDOSO, K. P. S. **Grupo de atenção básica e sua articulação com a promoção da Saúde**, 2013. 104f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2013.104 p.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986**; Ottawa; Ca. In: BRASIL (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 19.

CARVALHO S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde-sujeito e mudança**, 2^a ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.
Disponível em:
<http://www.cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.
Município de Aguas Mornas.> 2013

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002, v. 9, n. 2, p. 315-333.

DIAS, V.P.T; D.S.WITT, R.R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**; v.12, n.2, abr.-jun. 2009.

FERNANDES, J. C. A.; MENDES, R. **Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida: Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, Cepedoc; 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

GILVAN F. F. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM GRUPO: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso**. Fortaleza – Ceará 2011. Disponível em:
<http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/gilvan_ferreira.pdf>

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.** v.15, n.2, p.352-8, 2006.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIAS E ESTATÍSTICA. **Censo**, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 25 out. 2013

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians.** Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1981.

LEAVELL, H.; Clark, E.G. **Preventive medicine for the doctor in his community.** New York: MacGraw-Hill, 1965.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Comunic, Saúde, Educ**, v. 10, n. 20, p. 517-524, jul/dez 2006.

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

MACENO, P. R. **Desvelando as ações de promoção da saúde das enfermeiras nos grupos de atendimentos coletivos de atenção básica.** 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MAGALHÃES, L. B. **Postos de saúde municipais no estado do Paraná e sua relação com a formação profissional e a organização dos serviços.** 1991. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo (SP), 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUNARI, D. B.; PADILHA, G. C.; MOTA, K. A. M. B.; MEDEIROS, M. Contribuições para a abordagem da dimensão psicológica dos grupos. **Ver Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 107-112. 2007.

NAIDOO, J.; WILLS, J. **Health promotion**: foundations for practice. 2nd Ed. London: BaillièreTindall, 2003.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Santa Catarina, 1984. p. 210-229.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas**: edição 2012. Panorama Regional de perfis de países. Washington (DC): OPAS, 2012.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre (RS): Artmed, 2003.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos". In: PAIM, J. S. **Conferência regional sobre tendências futuras e a renovação da meta saúde para todos**. Série estudos em saúde coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21 p.

SANTOS, Luciane de Medeiros dos; DA ROS, Marco Aurélio; CREPALDI, Maria Aparecida and RAMOS, Luiz Roberto. **Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. v.40, n.2, p. 346-352, 2006

SAÚDE WEB. **21º Congresso de Promoção à Saúde**, Tailândia, 2013. Disponível em: <<http://saudeweb.com.br/galeria/marco-akerman-da-iuhpe-na-tailandia/>> Acesso em: 05 fev. 2014

SEBRAE/SC. **Santa Catarina em Números.** Florianópolis/Sebrae/SC. Florianópolis: Sebrae/SC, 2010. 112p. Disponível em: <<http://www.sebraeSc.com.br/scemnumero/arquivo/Rancho-Queimado.pdf> 10-01-2014.> Acesso em: 10 jan. 2014

_____. Santa Catarina em Números: Florianópolis/ Sebrae/SC, 2010. 114p. Disponível em: <<http://www.sebrae-sc.com.br/scemnumero/arquivo/sao-pedro-de-alcantara.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2014

_____. Santa Catarina em Números: Florianópolis/ Sebrae/SC, 2010. 110p. Disponível em: <<http://www.sebrae-sc.com.br/scemnumero/arquivo/Sao-Bonifacio.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2014

_____. Santa Catarina em Números: Florianópolis/ Sebrae/SC, 2010. 114p. Disponível em: <<http://www.sebrae-sc.com.br/scemnumero/arquivo/santo-amaro-da-imperatriz.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014

_____. Santa Catarina em Números: Florianópolis/ Sebrae/SC, 2010. 110p. Disponível em: <<http://www.sebrae-sc.com.br/scemnumero/arquivo/Anitapolis.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Santa Catarina em Números: Florianópolis/ Sebrae/SC, 2010. 112p. Disponível em: <<http://www.sebrae-sc.com.br/scemnumero/arquivo/aguas-mornas.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014

SILVA, D.G.V.; FRANCIONI, F.F.; NATIVIDADE, S.L.; AZEVEDO, M.; ANDOVAL, R.C.B.; DI'LOURENZO, V.M. Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.12, n.1, p.97-103, 2003

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.91-104, 2005.

TORRES, H.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A. experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde- enfermagem, 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VICTOR, J.F.; VASCONCELOS, F.F.; ARAÚJO, A.R.; XIMENES, L.B.; ARAÚJO, T.L. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem

para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.4, p.724-30, 2007.

WESTPHAL M. Promoção da saúde e prevenção da doença. In: CAMPOS, G. W. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. **Science**, v. 51, n. 23, p. 23-33, jan. 1920.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa, Canadá, nov. 1986.

APENDICES

**APENDICE A – FICHAMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS
ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA**

IDENTIFICAÇÃO	
Título do artigo	
Título do Periódico	
Autores	Nome: Local de trabalho: Graduação
País	
Idioma	
Instituição sede do estudo	
Tipo de publicação	
Características metodológicas do estudo	
D.1 Tipo de estudo	D.1.1 Pesquisa: quali D.1.2 Não Pesquisa:
D.2 Objetivo ou questão de investigação	
D.3 Amostra	D.3.1 Seleção: D.3.2 Tamanho (n): D.3.3 Características: D.3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos:
D.4 Tratamento dos dados	

D.5 Intervenções realizadas	D.5.1 Variável independente. D.5.2 Variável dependente. D.5.3 Grupo controle. D.5.4 Instrumento de Medida (sim ou não). D.5.5 Duração do estudo. D.5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção.
D.6 Resultados	
D.7 Análise	D.7.1 Tratamento estatístico. D.7.2 Nível de significância.
D.8 Implicações	D.8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados. D.8.2 Quais são as recomendações dos autores.
D.9 Nível de evidência	
Avaliação do rigor metodológico	E.1 Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos, participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção e resultados) E.2 Identificação de limitações ou vieses

APENDICE B – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Identificação da instituição

Nome da UBS:

Localização:

Sistema de informação em saúde (da UBS e próprio do ESF)

CNES Hiperdia SIAB SIASUS SINASC
 SIS Pré Natal Sisvam RAAC Outros:

Relatórios e registros das ações bem como a divulgação

RAAC PMA2/Atendimento grupo/educação em saúde
 Outros:

Força de Trabalho e Qualificação

Profissionais da Equipe	Nº	Atividades que desenvolve
ACS		
Auxiliar de Cirurgião Dentista (ACD)		
Assistente Social		
Auxiliar de Enfermagem		
Auxiliar Técnico Administrativo (ATA)		
Cirurgião Dentista		
Educador Físico		
Enfermeiro		
Farmacêutico		
Fisioterapeuta		
Fonoaudiólogo		
Médico		
Psicólogo		
Técnico de Enfermagem		
Técnico de Higiene Bucal (THB)		
Outros		

APENDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Identificação do Participante

Sexo: M () F ()

Vínculo:

Tempo de atividade:

Formação específica (ou complementar): Enfermeiro com especialização em saúde da família.

Sobre os Grupos de Promoção da Saúde na Atenção Básica

1. Qual a formação que você recebeu para desenvolver atividades educativas em grupo da Atenção Básica?
2. Quais são suas atribuições enquanto enfermeiro nos grupos de Atenção Básica?
3. Qual metodologia você adota na condução dos grupos da Atenção Básica?
4. Como emergem os temas para o desenvolvimento do grupo da Atenção Básica?
5. Quais são os assuntos incluídos nas ações do planejamento do grupo da Atenção Básica?
6. Quais os resultados alcançados com o desenvolvimento do grupo da Atenção Básica?
7. Quais as facilidades para o desenvolvimento de atividades de grupos na Atenção Básica?
8. Quais as dificuldades para o desenvolvimento de atividades de grupos na Atenção Básica?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Esclarecimentos que serão compartilhados com os profissionais.

Nome da pesquisa: Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas.

Pesquisadora coordenadora: Prof. Dra Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Esta pesquisa tem por objetivo caracterizar as unidades de saúde e identificar a incorporação das ações de promoção da saúde da equipe de enfermagem integrantes da Estratégia Saúde da Família, da grande Florianópolis SC. O estudo pretende contribuir para a Estratégia de Saúde da Família - ESF identificando as principais ações de promoção da saúde desenvolvidas pelo enfermeiro e técnico de enfermagem nos grupos da Atenção Básica. Neste sentido, solicitamos permissão para a coleta de dados que serão realizadas através de entrevistas com a equipe de enfermagem da ESF selecionados. Gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa respondendo as perguntas de um formulário através da entrevista gravada, que poderá ter duração de trinta a quarenta e cinco minutos. Seu anonimato será garantido, não sendo colocados dados de identificação em todos os documentos da pesquisa.

Pelo presente consentimento informado declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada livre de qualquer forma de constrangimento e coerção dos objetivos da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Os dados desta pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade do coordenador da pesquisa e serão utilizados

somente na elaboração de relatórios e publicação de artigos científicos.

Lembramos que as informações fornecidas ficarão no mais absoluto sigilo. Você, profissional da Unidade Local de Saúde, terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa.

Assim:

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa. Estou ciente que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.


Florianópolis, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da coordenadora da pesquisa

ANEXO

ANEXO A – APROVAÇÃO DO MACROPROJETO DE PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA


 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2368

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.


APROVADO

PROCESSO: 2368 **FR:** 476682

TÍTULO: Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas

AUTOR: Ivonete Teresinha Schaller Buss Heidemann, Ivonete Teresinha Schaller Buss Heidemann Antonio de Miranda Wozny Astrid Eggert Bocha Maria Teresinha Bessa Neves Alonzo da Costa Juliana Medeiros de Souza Maria Francisca dos Santos Dantas Karine Stajki Jannira Galesiata Marchi Heuser Cristiane Lucca

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2011.


 Coordenadora do CEPSH UFSC
 Prof. Washington Pereira de Souza
 Coordenador do CEP/PPG/UFSC

15/12/2011 10:14