

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

HASSYLA MARIA DE CARVALHO BEZERRA

**ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS
EDUCATIVAS VOLTADAS PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO**

RECIFE

2017

HASSYLA MARIA DE CARVALHO BEZERRA

ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS
EDUCATIVAS VOLTADAS PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Msc Nathália Paula de Souza

RECIFE

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

B574e Bezerra, Hassyla Maria de Carvalho.

Estrutura e processo de trabalho relacionados às práticas educativas voltadas para hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco / Hassyla Maria de Carvalho Bezerra.— Recife: [s.n.], 2017.

23 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Nathália Paula de Souza.

1. Educação em Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Pessoal de Saúde. 4. Hipertensão. 5. Diabetes Mellitus. I. Souza, Nathália Paula de. II. Título.

CDU 37:61

HASSYLA MARIA DE CARVALHO BEZERRA

ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS
EDUCATIVAS VOLTADAS PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 17/5/2017

BANCA EXAMINADORA

Msc. Nathália Paula de Souza

Instituto Aggeu Magalhães-IAM/Fundação Oswaldo Cruz -FIOCRUZ-PE.

PhD. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Instituto Aggeu Magalhães-IAM/ Fundação Oswaldo Cruz -FIOCRUZ-PE.

Msc. Silvia Pereira da Silva de Carvalho

Instituto Aggeu Magalhães-IAM/ Fundação Oswaldo Cruz -FIOCRUZ-PE.

**ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS
EDUCATIVAS VOLTADAS PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO**

**STRUCTURE AND WORK PROCESSES RELATED TO EDUCATIONAL
PRACTICES AIMED AT HYPERTENSIVE AND DIABETICS IN THE FAMILY
HEALTH STRATEGY IN PERNAMBUCO**

Hassyla Maria de Carvalho Bezerra¹

Nathália Paula de Souza¹

Kesia Valentim do Nascimento Duarte¹

Annick Fontbonne¹

Eduarda Ângela Pessoa Cesse¹

⁽¹⁾Instituto Aggeu Magalhães - CPqAM / Fundação Oswaldo Cruz

Endereço para correspondência do autor responsável:

Hassyla Carvalho: Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde,
Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Moraes Rego,
s/n, Recife - Pernambuco - Brasil, 50670-420. Telefone: 81 2101-2500. Fax: 55 813413-1275

Artigo a ser submetido à Revista de APS-Atenção Primária a Saúde

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a estrutura e processos de trabalho relacionados às práticas educativas voltadas para hipertensos e diabéticos e realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Pernambuco. Trata-se de um estudo transversal e analítico com base nos dados da pesquisa “SERVIDIAH - Avaliação de Serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família”, desenvolvida no estado de Pernambuco entre novembro de 2009 e dezembro de 2010. A pesquisa abrangeu 207 ESF das quais 16 eram de municípios de pequeno porte, 16 de médio porte e 3 de grande porte. A partir do banco de dados SERVIDIAH direcionado aos profissionais, foram selecionadas variáveis de estrutura e processo para a avaliação das práticas educativas realizadas. Participaram da pesquisa 207 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 207 profissionais de nível superior, dentre eles médicos e enfermeiros. A maioria das ESF (75,2%, n=155) não possuía salas para reuniões e mais da metade (53,1%; n= 26) foram consideradas inadequadas para a função. Aproximadamente 89% dos médicos ou enfermeiros e 94% dos ACS desenvolviam atividades educativas direcionadas à promoção da saúde, a prevenção e ao controle da Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM). Entre as estratégias educativas mais utilizadas destacaram-se a abordagem individual, palestras e atividades em grupo. Houve diferenças significativas entre os portes dos municípios na realização de grupos, com predominância nos de grande porte. Percebe-se a necessidade de ruptura do modelo biomédico ainda presente, focado na assistência individual e curativista, precisando assim da incorporação de práticas de promoção a saúde que considerem a realidade da população e promovam o autocuidado.

Palavras-chave: Educação em saúde. Estratégia Saúde da Família. Pessoal de Saúde. Hipertensão. Diabetes.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the structure and work processes related to educational practices directed to hypertensive and diabetic patients and performed by Family Health Strategy (FHS) professionals in Pernambuco. It is a cross-sectional study that used the database of the SERVIDIAH study "Evaluation of health care services for diabetic and hypertensive patients attended by the Family Health Program", conducted in the state of Pernambuco, Brazil from November 2009 to December 2010. The study covered 207 ESF in 16 small, 16 medium and 3 large cities. From the part of SERVIDIAH directed to professionals, structure variables and process for the evaluation of educational practices were selected. There were 207 Community Health Agents (CHA) and 207 doctors or nurses who were interviewed. Most of the FHS teams (75.2%, n = 155) did not have meeting rooms and when they did, more than half (53.1%; n = 26) were considered unsuitable for the role. Approximately 89% of the doctors or nurses and 94% of CHA developed educational activities directed to the promotion of health, prevention and control of hypertension and diabetes. Among the educational strategies used were the individual approach, lectures and group activities. There were significant differences between the sizes of the cities for group activities. The study shows the need to break from the still present biomedical model, focused on curative and individual assistance, and to incorporate health promotion practices that consider the reality of the population and promote self-care.

Keywords: Health education. Family Health Strategy. Health Personnel. Hypertension. Diabetes.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem apresentando importantes avanços como a expansão e a qualificação da atenção básica à saúde através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta surgiu de forma necessária para reorientar as práticas de atenção que estavam focadas na assistência individual e curativista, passando a atuar em uma assistência integral e contínua a família.^{1,2} Desta forma, promove maior conhecimento das condições de vida que determinam o processo saúde-doença, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação.³

Nesse sentido, a ESF planeja e implementa atividades de atenção à saúde centradas no território de acordo com as necessidades das famílias e comunidades, voltando-se para a articulação de uma prática intersetorial, que ultrapassa o setor saúde e lida com a determinação social. Também atua na prevenção do aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis, de forma compartilhada com a equipe multiprofissional que a compõe.^{1,2}

Um grande desafio para a ESF é a atenção em saúde das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Dentre esses agravos, destacam-se a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM), por constituírem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que são atualmente a principal causa de mortalidade no país.⁴⁻⁶ O sucesso da prevenção e tratamento das suas complicações está condicionado à redução dos fatores de risco, dentre eles o excesso de peso, a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool, além de sofrer influencia direta do contexto socioeconômico, cultural e ambiental dos usuários.⁴⁻⁶

Diante disso, as práticas educativas são importantes para ajudar na promoção da saúde, prevenção de agravos e controle desses fatores, pois constituem um importante recurso no cuidado aos usuários, fortalecendo o vínculo, o acolhimento, o empoderamento e o desenvolvimento da autonomia.^{1,6} Essas práticas podem ser realizadas por meio de intervenções coletivas, com grupos de usuários, famílias e na comunidade.² Devem ser pautadas no fazer educativo dialógico, em que o educador reconhece que não é o detentor do saber e o educando percebe que também pode contribuir para a construção do conhecimento.⁷⁻

9

Para tanto, os trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo, pois quando o indivíduo compreende sua realidade,

pode levantar soluções para transformá-la. Desta forma, o processo educativo não deve ser somente informativo, mas reflexivo, levando os usuários a compreenderem o contexto político e social que estão inseridos.^{10,11}

Assim, torna-se necessário a compreensão da atuação da ESF na atenção aos portadores de HA e DM, no que se refere às práticas educativas realizadas, considerando a estrutura disponível e os processos conduzidos. Para Donabedian¹², a estrutura constitui aquilo que é relativamente estável no sistema e que propicia a prestação dos serviços, como os recursos humanos, ambiente físico e materiais disponíveis e o processo é o conjunto de atividades e procedimentos empregados.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a estrutura e processos de trabalho relacionados às práticas educativas voltadas para hipertensos e diabéticos e realizadas pelos profissionais da ESF em Pernambuco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de caráter analítico que utilizou o banco de dados da pesquisa “SERVIDIAH - Avaliação de Serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito da Estratégia Saúde da Família”, desenvolvida no estado de Pernambuco entre novembro de 2009 e dezembro de 2010.

O estudo abrangeu 35 municípios, dos quais 16 eram de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes), 16 de médio porte (entre 20.000 e 100.000 habitantes) e 3 de grande porte (mais de 100.000 habitantes). Os de pequeno e médio porte foram selecionados aleatoriamente do censo brasileiro de 2000, utilizando-se o software Epi Info 3.5.1. Os municípios de grande porte escolhidos foram Recife, Caruaru e Petrolina, por critérios de representatividade, sendo os principais municípios de três macrorregiões geográficas do estado de Pernambuco, ou seja, Região Metropolitana, Agreste e Sertão.

A seleção das ESF partiu do total de equipes cadastradas nos municípios de pequeno, médio e grande porte, a partir da relação de agosto de 2008, conforme consolidado na base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em seguida, foi realizado um sorteio de 10% do total das equipes dos municípios de forma proporcional ao porte populacional. Ao final, obteve-se 37 equipes nos municípios de pequeno porte, 99 em municípios de médio porte e 71 em municípios de grande porte, constituindo no total uma amostra de 207 ESF. A amostra de profissionais para cada equipe selecionada foi de um

Agente Comunitário de Saúde (ACS) (através de sorteio) e um profissional de nível superior (médico ou enfermeiro) que aceitaram participar da pesquisa.

Os dados SERVIDIAH foram coletados por meio de questionários estruturados direcionados aos profissionais de saúde e aos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na ESF. Para o presente estudo foi selecionado o questionário aplicado aos profissionais, que recolheu informações sobre a estrutura (área física, recursos humanos, recursos materiais) e processo de trabalho (ações de promoção da saúde, prevenção e controle, articulação e intersetorialidade).

A partir do banco de dados SERVIDIAH foram selecionadas variáveis de estrutura e processo para a avaliação das práticas educativas realizadas (Quadro 1). As variáveis de estrutura e de articulação e intersetorialidade foram respondidas por um dos profissionais contemplados no estudo (médico, enfermeiro ou ACS). Enquanto que as ações de promoção e prevenção da saúde foram respondidas especificamente por categoria profissional. Maiores informações sobre a metodologia da pesquisa SERVIDIAH estão contidas no estudo de Fontbonne et al¹³.

Quadro 01. Variáveis de estrutura e processo utilizadas para a análise das práticas educativas.

Estrutura		Processo	
Variáveis	Descrição	Variáveis	Descrição
Espaço físico	Espaço para recepção	Ações de prevenção e promoção da saúde	Abordagem utilizada Assuntos Abordados
	Sala para reuniões		
Recursos Materiais	Material educativo para o controle de hipertensão, diabetes ou promoção de hábitos saudáveis	Articulação multiprofissional e intersetorialidade	Envolvimento multiprofissional na operacionalização do controle da HA e do DM
Recursos Humanos	Treinamento introdutório para o ESF		Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias
	Curso de especialização em saúde da família/saúde pública		Ações referentes ao controle da HAS e DM desenvolvidas em parceria com outros setores e ONGs
	Capacitação específica na atenção à HA e DM		

O processamento e análise dos dados foram realizados no software SPSS 20.0. A variável dependente foi o porte do município (grande, médio e pequeno porte) e as independentes foram os aspectos estruturais e processuais que apresentavam relação com as práticas educativas voltadas para hipertensos e diabéticos no âmbito da estratégia saúde da família, como descrito no quadro 1. A associação entre as variáveis explicativas com a variável resposta foi analisada por meio do teste qui-quadrado de Pearson, e considerados significantes quando $p \leq 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CEP/CPqAM (registro nº 43/2008) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por se tratar de um projeto de cooperação internacional, tendo sido aprovada de acordo com o parecer nº 889/2008.

RESULTADOS

Participaram do estudo 207 ACS e 207 profissionais de nível superior, dentre eles médicos e enfermeiros, no total de 207 ESF. As ESF estavam distribuídas entre 71 (34,3%) municípios de grande porte (GP), 99 (47,8%) de médio porte (MP) e 37 (17,9%) de pequeno porte (PP).

A descrição dos resultados foi dividida em duas sessões baseadas nas variáveis de estrutura (estrutura física e recursos materiais para as práticas educativas e características quanto à formação profissional) e de processo (ações de promoção e prevenção da saúde; articulação e intersetorialidade).

Estrutura disponível para realização de práticas educativas e características quanto à formação profissional

A maioria das ESF possuía espaço para recepção e sala de espera (87,9%; $n=182$), no entanto pouco mais da metade (52,2%; $n=95$;) foi considerado adequado pelos profissionais. Estes espaços adequados estavam em maior proporção nas ESF dos municípios de médio e pequeno porte ($p=0,003$)(Tabela 1).

As salas para reuniões estiveram mais presentes nos municípios de grande porte (39,4%; $n=28$) ($p=0,002$), embora a maioria das ESF não a possuísse (75,2%, $n=155$). Além disso, mais da metade (53,1%; $n=26$;) também foram consideradas inadequadas para a função ($p=0,056$).

A maioria das ESF (66,3; n=136) não tinham materiais educativos disponíveis para o controle da HAS e DM ou promoção de hábitos saudáveis(Tabela 1).

Tabela 1. Características da estrutura física e dos recursos materiais disponíveis na ESF de municípios de pequeno, médio e grande porte. Pernambuco, 2010.

Estrutura Física	GP		MP		PP		Total		Valor de P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Presença de espaço para recepção e sala de espera									
Sim	59	83,1	90	90,9	33	89,2	182	87,9	
Não	12	16,9	9	9,1	4	10,8	25	12,1	0,295
Adequação do espaço na sala de espera									
Adequado	20	39,9	56	62,2	19	57,6	95	52,2	
Inadequado	39	66,1	34	37,8	14	42,4	87	47,8	0,003
Presença de sala para reuniões									
Sim	28	39,4	17	17,2	6	16,2	51	24,8	
Não	43	60,6	82	82,8	31	83,8	155	75,2	0,002
Adequação do espaço na sala para reuniões									
Adequada	9	33,3	9	56,2	5	83,3	23	46,9	
Inadequada	18	66,7	7	43,8	1	16,7	26	53,1	0,056
Existe material educativo para o controle de HA, DM ou promoção de hábitos saudáveis									
Sim	28	40,0	28	28,3	13	36,1	69	33,7	
Não	42	60,0	71	71,7	23	63,9	136	66,3	0,267

Nos municípios de grande porte haviam profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, com qualificação superior aos municípios de pequeno e médio porte, no que se refere à participação em algum treinamento para atuar na ESF(90%, médicos; 91,4%, enfermeiros) ($p<0,001$) e ter especialização em saúde da família ou saúde pública (74,6%, médicos; 95,5%, enfermeiros) ($p<0,001$)(Tabela 2).

No entanto, foi observado que pouco mais de 50% dos médicos e enfermeiros realizaram capacitação específica para atenção à HA e DM, sendo que os enfermeiros tiveram maior proporção em comparação aos médicos e não houve diferenças significativas entre os portes municipais (Tabela 2).

Tabela 2. Formação de recursos humanos da ESF segundo municípios de pequeno, médio e grande porte. Pernambuco, 2010.

Formação RH	GP		MP		PP		Total		Valor de P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Médico realizou treinamento introdutório para o ESF									
Sim	63	90,0	38	45,8	18	60,0	119	65,0	
Não	7	10,0	45	54,2	12	40,0	64	35,0	< 0,001

Formação RH	GP		MP		PP		Total		Valor de P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Enfermeiro realizou treinamento introdutório para o ESF									
Sim	64	91,4	68	71,6	22	59,5	154	76,2	
Não	6	8,6	27	28,4	15	40,5	48	23,8	<0,001
ACS realizou treinamento introdutório para o ESF									
Sim	59	84,3	78	79,6	26	70,3	163	79,5	
Não	11	15,7	20	20,4	11	29,7	42	20,5	0,223
Os médicos possuem curso de especialização em saúde da família/saúde pública									
Sim	47	74,6	21	24,7	7	23,3	75	42,1	
Não	16	25,4	64	75,3	23	76,7	103	57,9	<0,001
Os enfermeiros possuem curso de especialização em saúde da família/saúde pública									
Sim	63	95,5	60	63,2	25	67,6	148	74,7	
Não	3	4,5	35	36,8	12	32,4	50	25,3	<0,001
Os médicos realizaram capacitação específica na atenção à HA									
Sim	33	55,9	40	48,2	14	43,8	87	50,0	
Não	26	44,1	43	51,8	18	56,3	87	50,0	0,487
Os enfermeiros realizaram capacitação específica na atenção à HA									
Sim	31	50,0	64	67,4	20	54,1	115	59,3	
Não	31	50,0	31	32,6	17	45,9	79	40,7	0,074
Médicos com capacitação específica na atenção à DM									
Sim	29	49,2	37	44,0	13	39,4	79	44,9	
Não	30	50,8	47	56,0	20	60,6	97	55,1	0,650
Enfermeiros com capacitação específica na atenção à DM									
Sim	28	45,9	60	63,2	18	48,6	106	54,9	
Não	33	54,1	35	36,8	19	51,4	87	45,1	0,074

Processo de trabalho relacionado às práticas educativas

Aproximadamente 89% dos médicos ou enfermeiros e 94% dos ACS desenvolviam atividades educativas direcionadas à promoção da saúde, a prevenção e controle da HA e DM. Entre as estratégias educativas mais utilizadas por médicos e enfermeiros com diferenças significativas entre os portes dos municípios, destacaram-se as palestras ($p<0,001$) e atividades em grupo ($p<0,001$). Sendo que a primeira foi predominantemente maior nos municípios de pequeno porte (84,8%) e a segunda naqueles de grande porte (71%) (Tabela3).

As estratégias educativas mais utilizadas pelos ACS foram a abordagem individual (89,5%), palestras (66,3%) e atividades em grupo (51,8%). Houve diferenças significativas entre os portes dos municípios na realização de grupos ($p=0,015$), com predominância nos de grande porte (66,2%).

Os assuntos mais abordados nas orientações aos usuários hipertensos e diabéticos pelos médicos e enfermeiros foram sobre o uso de medicamentos (77,5%) e fatores de risco (43,6%), sendo a abordagem dos fatores de riscos predominantemente maior nos municípios de grande porte (71,4%) ($p<0,001$). Os mais abordados pelos ACS foram a alimentação saudável (82,4%) e o estímulo e a atividade física (63,2%). Houve diferenças significativas quanto à abordagem da alimentação saudável, com predominância nos municípios de grande porte (92,8%) ($p=0,037$) (Tabela 3).

Tabela 3. Ações de promoção e prevenção à HA e DM em estabelecimentos da ESF de municípios de pequeno, médio e grande porte do estado de Pernambuco, 2010.

Ações de Promoção e Prevenção	GP		MP		PP		Total		Valor de P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Variáveis específicas para médico ou enfermeiro									
Desenvolve ações educativas para o controle das situações de risco e prevenção de complicações									
Sim	62	88,6	86	88,7	33	89,2	181	88,7	
Não	8	11,4	11	11,3	4	10,8	23	11,3	0,995
Abordagem utilizada									
Realiza Palestras para os usuários da ESF									
Sim	32	51,6	65	76,5	28	84,8	125	69,4	
Não	30	48,4	20	23,5	5	15,2	55	30,6	<0,001
Realiza a abordagem Individual									
Sim	37	59,7	49	57,6	18	54,5	104	57,8	
Não	25	40,3	36	42,4	15	45,5	76	42,2	0,890
Realiza grupos de HA e DM									
Sim	44	71,0	18	21,2	5	15,2	67	37,2	
Não	18	29,0	67	78,8	28	84,8	113	62,8	<0,001
Realiza campanhas educativas com a comunidade									
Sim	15	24,2	12	14,0	8	24,2	35	19,3	
Não	47	75,8	74	86,0	25	75,8	176	80,7	0,218
Nas orientações aos usuários hipertensos e diabéticos aborda									
Uso de medicamentos									
Sim	49	70,0	79	81,4	30	81,1	158	77,5	
Não	21	30,0	18	18,6	7	18,9	46	22,5	0,184

Ações de Promoção e Prevenção	GP		MP		PP		Total		Valor de P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Fatores de risco									
Sim	50	71,4	30	30,9	9	24,3	89	43,6	
Não	20	28,6	67	69,1	28	75,7	115	56,4	<0,001
Aspectos relacionados à doença									
Sim	27	38,6	31	32,0	14	37,8	72	35,3	
Não	43	61,4	66	68,0	23	62,2	132	64,7	0,636
Desenvolve ações educativas para o controle das situações de risco e prevenção de complicações									
Sim	65	91,5	94	94,9	36	97,3	195	94,2	
Não	6	8,5	5	5,1	1	2,7	12	5,8	0,435
Realiza a abordagem Individual									
Sim	55	84,6	88	89,8	36	97,3	179	89,5	
Não	10	15,4	10	10,2	1	2,7	21	10,5	0,132
Realiza palestras com os usuários da ESF									
Sim	38	58,5	67	69,1	27	73,0	132	66,3	
Não	27	41,5	30	30,9	10	27,0	67	33,7	0,239
Realiza grupos de HA e DM									
Sim	43	66,2	44	46,3	15	40,5	102	51,8	
Não	22	33,8	51	53,7	22	59,5	95	48,2	0,015
Realiza campanhas educativas com a comunidade									
Sim	29	45,3	39	41,5	13	35,1	81	41,5	
Não	35	54,7	55	58,5	24	64,9	114	58,5	0,606
Assuntos abordados nas atividades educativas									
Alimentação saudável									
Sim	64	92,8	74	75,5	30	81,1	168	82,4	
Não	5	7,2	24	24,5	7	18,9	36	17,6	0,037
Estímulo a atividade física									
Sim	52	75,4	58	59,2	19	51,4	129	63,2	
Não	17	24,6	40	40,8	18	48,6	75	36,8	0,056
Tabagismo									
Sim	19	27,5	14	14,3	8	21,6	41	23,2	
Não	50	72,5	84	85,7	29	78,4	136	76,8	0,170
Alcoolismo									
Sim	13	18,8	13	13,3	6	16,2	32	15,7	
Não	56	81,2	85	86,7	31	83,8	172	84,3	0,575
Aborda outros assuntos									
Sim	34	49,3	60	61,2	24	64,9	118	57,8	
Não	35	50,7	38	38,8	13	35,1	86	42,2	0,267

A maioria dos profissionais entrevistados referiu que existia envolvimento multiprofissional na operacionalização do controle da HA e do DM (83,3%).

Apenas 11,3% referiram existir parcerias com outros setores e Organizações Não Governamentais (ONGs) e 33,3% afirmaram haver envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias na prevenção e controle da HA e do DM. As parcerias com outros setores/ONGs aconteciam predominantemente nos municípios de grande porte ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4. Articulação multiprofissional e intersectorialidade na prevenção e controle da HA e do DM em estabelecimentos da ESF em municípios de pequeno, médio e grande porte do estado de Pernambuco, 2010.

Articulação multiprofissional e intersectorialidade	GP		MP		PP		Total		Valor de P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Há envolvimento multiprofissional na operacionalização do controle da HA e do DM									
Sim	56	80,0	83	85,6	31	83,8	170	83,3	
Não	14	20,0	14	14,4	6	16,2	34	16,7	0,663
Há alguma ação referente ao controle da HA e DM desenvolvida em parceria com outros setores/ONGs									
Sim	20	28,6	1	1,0	2	5,4	23	11,3	
Não	50	71,4	96	99,0	35	94,6	181	88,7	< 0,001
Há envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias na prevenção e controle da HA e do DM									
Sim	29	41,4	32	33,0	7	18,9	68	33,3	
Não	41	58,6	65	67,0	30	81,1	136	66,7	0,063

DISCUSSÃO

Todos os profissionais que compõem a equipe da ESF possuem como atribuição a realização de práticas educativas, que devem ir além da assistência curativa, priorizando intervenções de promoção e prevenção da saúde, com a valorização dos saberes da população e desenvolvimento de corresponsabilidades no processo saúde-doença.^{1,2,11}

Segundo o Ministério da Saúde (MS)¹⁴, a estrutura física das unidades deve facilitar a mudança no modelo de atenção e de práticas em saúde. O padrão adotado para a sala de reuniões, destinada as atividades educativas em grupo é de uma área de 14,04 m², contendo os seguintes equipamentos e mobiliários: quadro negro ou branco, mural, cadeiras com o número compatível com a quantidade de participantes de atividades educativas, mesa, televisão, tela de projeção e outros equipamentos de mídia.¹⁴

Neste estudo a maioria das ESF não apresentava sala para reuniões e de materiais educativos direcionados a promoção de hábitos saudáveis ou ao cuidado específico com hipertensos e diabéticos o que pode ter dificultado a realização de atividades educativas.

Entretanto, mesmo não tendo espaço para realizá-las nas ESF, estas podem ocorrer em locais da comunidade. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados por Pimentel, Albuquerque e Sousa¹⁵ em Pernambuco e por Moura¹⁶ na Bahia. Já o estudo de Mattos, Silva e Kölln¹⁷ realizado no Mato Grosso, evidenciou que a estrutura física das unidades favoreceu a realização de ações preventivas, pois estavam adequadas de acordo com o preconizado pelo MS.

Para a mudança no modelo de atenção e desenvolvimento de práticas educativas, além de uma estrutura física adequada, é importante que os profissionais estejam qualificados na área de saúde da família, para que os envolvidos possam compreender a complexidade do trabalho neste nível de atenção à saúde¹⁸⁻²⁰. Assim, é fundamental investir na formação destes profissionais a partir da revisão dos currículos de graduação com reflexões acerca do papel da atenção básica em uma perspectiva de superação dos modelos assistenciais focados apenas nas doenças.¹⁸ Além disso, o incentivo a pós-graduação na área da ESF e da saúde pública pode contribuir para ampliar experiências, realizar intervenções e analisar criticamente os processos de trabalho neste âmbito.¹⁸ Entretanto, foi observado que menos da metade dos profissionais médicos possuíam especialização em saúde da família ou em saúde pública. O estudo de Oliveira et al¹⁹ também revelou que a maioria dos médicos não possuíam especialização na área .

Segundo Pinto, Menezes e Villa¹⁸ existe uma maior oferta e facilidade de acesso das equipes de municípios mais desenvolvidos aos cursos de especialização, qualificação e treinamento em saúde. Esses achados corroboram com o da presente pesquisa, uma vez que a maior parte dos profissionais médicos e enfermeiros com especialização em saúde da família estava concentrada nos municípios de grande porte.

De acordo Portaria n.º 2.488 de 2011²¹ é responsabilidade comum a todas as esferas de governo o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho com valorização dos profissionais, estimulando e viabilizando a formação e educação permanente das equipes de saúde. Desta forma, considerando as dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde que atuam em municípios de pequeno porte quanto ao acesso à formação continuada, a educação à distância vem sendo utilizada como uma estratégia para a educação permanente frente às novas tecnologias, ofertando cursos de especialização e qualificação em diferentes áreas de atuação.²²

O desenvolvimento da educação permanente em saúde, através de oferta da especialização em saúde da família e de cursos de qualificação profissional, é uma ferramenta fundamental para provocar mudanças nas práticas do trabalho em saúde, como uma série de

reflexões no cotidiano de prática dos trabalhadores e o aumento na implementação de atividades educativas coletivas.^{23,24} O estudo realizado por Wendhausen e Saupe¹, que analisou a concepção de educação em saúde de profissionais da ESF em João Pessoa-PB, verificou que as práticas educativas estão fortemente ligadas à qualificação da equipe de saúde e a educação formal dos trabalhadores.

Na atenção básica essas práticas têm sido prioritariamente desenvolvidas em grupos e coordenadas pela equipe de profissionais que compõem a ESF,^{3,4} porém no estudo realizado as abordagens mais citadas foram a individual e palestras, principalmente nos municípios de médio e pequeno porte. Sendo estas consideradas práticas educativas tradicionalistas que podem oferecer um baixo vínculo entre os profissionais e usuários e pouca adesão aos programas e tratamentos.^{11,24}

Nesse seguimento, as palestras têm como base metodológica a transmissão de conhecimento e tendem a colocar o usuário em uma posição passiva, na qual os indivíduos memorizam os conteúdos transferidos, reproduzindo os discursos dos profissionais.⁸ Um dos grandes fatores para que os mesmos utilizem essa metodologia é devido à formação tradicionalista. A eficácia dessa abordagem estaria na quantidade de informação adquirida pelo educando e não em promover um momento de reflexão sobre seu contexto de vida.¹

Por outro lado, os grupos de educação em saúde representam um dos principais meios para construção do conhecimento, já que permitem o compartilhamento dos saberes científico e popular, através da experiência de vida dos sujeitos, apreendido no seu contexto sociocultural. Devem promover oportunidades, compartilhamento de experiências relacionadas a HA e o DM, o que confere maior autonomia e autocuidado aos usuários.^{3,11,24} Quando esses grupos são configurados por meio de uma relação dialógica, possibilitam questionar e aprender mutuamente, superando assim a simples função de difundir conceitos e comportamentos considerados corretos. Desta forma, torna-se necessário conhecer a maneira de como se organizam e quais seus propósitos, objetivando a construção de caminhos que contribuam para a efetivação dos mesmos como espaço de promoção da saúde.^{11,23}

As práticas educativas em grupos podem ser realizadas com metodologias diversas e produzir diferentes resultados. Como a prática tradicionalista que tende a gerar discursos da biomedicina, autodisciplina e mudanças de comportamento, constituindo espaços com o propósito de desafogar a demanda; ou como a prática dialógica que busca promover o autoconhecimento, autocuidado, criatividade e o pensamento crítico transformador da realidade dos sujeitos envolvidos.²⁵⁻²⁷

Neste estudo observou-se que menos da metade dos profissionais realizavam atividades em grupos de HA e DM e esses grupos estavam mais predominantes nos municípios de grande porte. Esse fato pode ter sido influenciado pela maior proporção de profissionais que realizaram curso introdutório para ESF e que possuíam especialização em saúde da família ou em saúde pública nesses municípios. O estudo de Mattos, Dahmer e Magalhães²³, realizado na ESF de Porto Alegre, afirmou que o desenvolvimento do curso de especialização em Saúde da Família, provocou uma série de reflexões e alterações no cotidiano de prática dos trabalhadores, como o aumento na implementação de atividades coletivas. Já o estudo de Mendonça e Nunes²⁶ realizado no Paraná, constatou que a maioria das ESF oferece grupos de educação em saúde, contudo estão focados em temas curativistas.

Destaca-se nesse estudo que profissionais com maior predominância de participação nas atividades educativas foram os ACS, fato constatado também nos estudos retratados acima. Sendo estes profissionais essenciais para desenvolvimento dessas práticas, já que mediam o saber científico e popular, por ser membro de uma equipe multidisciplinar e estar inserido na comunidade, constituindo um elo entre a ESF e a população. Assim, quando as práticas educativas são trabalhadas junto a esses profissionais, no contexto de vida da comunidade, tornam-se mais participativas, fortalecendo as relações de vínculo.^{23,28}

Segundo Mendes⁴, o sucesso do tratamento da HA e DM e de suas complicações está condicionado à redução dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo as atividades educativas importantes para ajudar na prevenção e controle desses fatores. Desta forma, os profissionais devem considerar a melhor maneira de abordá-los no contexto social, pois além de ajudar a manter o equilíbrio dos níveis pressóricos e de glicemia, melhora a qualidade de vida dos usuários e promove o autocuidado.²⁹

Os Cadernos de Atenção Básica sobre Cuidado das Pessoas com HA e DM, publicados pelo MS desde 2006, com atualização em 2013, recomendam que na assistência aos portadores destas patologias seja abordado o processo de envelhecimento, mudanças de hábitos de vida, como o uso de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas e a inatividade física, as complicações da doença e os medicamentos em uso.^{30,31} Mas para isso, deve-se considerar o contexto de vida dos envolvidos e construir com os mesmos a melhor maneira para o alcance do que é preconizado. Todas essas temáticas foram citadas pelos entrevistados quando questionados sobre os assuntos abordados nas atividades desenvolvidas.

Entretanto, no estudo de Fontbonne et al¹³ que utilizou os dados da pesquisa SERVIDIAH realizada com os usuários hipertensos e diabético da ESF constatou que 74% dos usuários apresentaram sobrepeso ou obesidade e poucos referiram estar seguindo dieta

para perder peso e que aproximadamente 70% não realizavam nenhuma atividade física. Evidenciando assim a necessidade de melhorias para aprimorar a prevenção das complicações desses agravos.

Em 2014, o MS publicou o caderno da atenção básica sobre estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas³², que apresenta as seguintes diretrizes para a organização do cuidado: estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável, prática de atividade física e abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado. Trazendo diferentes abordagens e técnicas educativas para serem utilizadas em grupos e nas ações coletivas, dentre elas a exposição dialogada, debate, mesa-redonda, tempestade de idéias, sessão de relaxamento, teatro, atividades de lazer e esportivas.³²

Além da estrutura física adequada, a qualificação profissional e a metodologia utilizada nas práticas educativas, é de grande relevância a participação efetiva de todos os profissionais que compõe a ESF, devido à complexidade dos problemas de saúde enfrentados que só podem ser solucionados através da equipe multiprofissional, pois permite a ampliação do olhar tanto dos profissionais quanto dos usuários. Promovendo assim, a construção de diversos saberes e contribuindo para uma ação educativa mais dialógica.³³ No estudo, a maioria dos profissionais relatou que há envolvimento multiprofissional na operacionalização do controle da HA e do DM.

Desta forma, é fundamental que as práticas educativas e o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos sejam realizados conjuntamente com os profissionais da ESF e a equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) vinculada.³⁴ Os NASF são constituídos por equipes compostas por diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com a equipe de saúde da família incentivando o aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, proporcionando maior resolubilidade das ações.³⁵

É importante também que os profissionais da ESF compreendam a relevância de parcerias desenvolvidas com instituições presentes na comunidade, no intuito de conhecer as necessidades apresentadas e a melhor forma para solucionar os problemas de saúde da população.³⁶ Contudo, no estudo foram relatadas poucas parcerias entre as ESF com ONGs e associações de moradores e lideranças comunitárias.

Nesse sentido, para a construção de uma assistência integral, que seja capaz de superar a perspectiva biomédica reducionista da concepção de saúde, é necessário a implementação de ações que envolva todos os setores da sociedade, pois as condições socioeconômicas culturais e ambientais da população influenciam diretamente na sua saúde, devido à maior carga das

doenças relacionar-se com a maneira com que as pessoas vivem e trabalham. Apenas o setor saúde não é suficiente para resolver problemas macroestruturais.³⁷

As limitações do estudo referem-se à grande parte da coleta de dados depender de declarações feitas pelos sujeitos, embora o questionário tenha sido testado para assegurar uma compreensão correta das questões e confiabilidade das respostas, a existência de incertezas não pode ser descartada. Como também ao fato de não abranger as estratégias de ensino-aprendizagem que orientam os grupos nas práticas educativas. Contudo, podem-se reconhecer ainda limitações próprias desse tipo de estudo, e que poderiam ser minimizadas com base pesquisas complementares com enfoque qualitativo.

CONCLUSÃO

A avaliação da estrutura e processo utilizados nas práticas educativas, realizadas pela maioria dos entrevistados foi capaz de revelar desafios e avanços vivenciados no cotidiano da ESF. Percebe-se a necessidade de ruptura do modelo biomédico ainda presente, focado na assistência individual e curativista, precisando assim incorporar práticas de promoção a saúde que considerem a realidade da população e promovam o autocuidado. Para isso, é preciso investir em uma estrutura adequada, que facilite a realização dessas práticas na ESF e promover a qualificação necessária dos trabalhadores para que estejam aptos a atuar na perspectiva da atenção básica.

Evidencia-se a prevalência da abordagem individual e palestras na realização de práticas educativas voltadas para hipertensos e diabéticos, principalmente nos municípios de médio e pequeno porte. Por outro lado, a realização de práticas em grupo foi predominante nos municípios de grande porte, podendo este fato estar relacionado à maior proporção de profissionais que realizaram curso introdutório para ESF e que possuíam especialização em saúde da família ou em saúde pública nesses municípios. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos com aprofundamento dos tipos de metodologias utilizadas nos grupos durante as atividades educativas e a estrutura disponível, bem como pesquisas qualitativas para melhor conhecimento da realidade vivenciada nas ESF.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem às instituições FACEPE, CNPq e Fiocruz que financiaram o estudo da SERVIDIAH, ao IRD-França por o apoio técnico, aos profissionais da ESF dos municípios participantes e todos que colaboraram na coleta de dados e na análise estatística.

REFERÊNCIAS

1. Wendhausen I, Saupe R. Concepção de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* 2003; 12(1):17-25.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2012.
3. Horta NC, Sena RR, Silva MES, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Rev. APS.* 2009; 12(3): 293-301.
4. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2012.
5. Duncan, BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schimdt PAL, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(Supl):126-34.
6. Dowbor, TP, Westphal, MF. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2013; (4):781-790.
7. Freire, P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
8. Freire, P. Pedagogia do oprimido. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
9. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(1):1547-54.
10. Machado, MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 12(02): 335-342.
11. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *TrabEduc Saúde.* 2011; 9(2):201-221.
12. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed. *JAMA.* 1988; 260: 1743-8.
13. Fontbonne A, Cesse EAP, Sousa IMC, Souza WV; Chaves V LV, Bezerra AFB, et al.

Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects attended by the Family Health Strategy in the State of Pernambuco, Brazil: the SERVIDIAH Study. *Cad. Saúde Pública*, 2013; 29(6):1195-1204.

14. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

15. Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde Debate*.2015; 39(104):88-101.

16. Moura, BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino RMMG, Vilasbôas ALQ, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010; 10 (1):69-81.

17. Mattos M, Silva KL, Kölln WM. Fatores que influenciam ações educativas sobre câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde pública do Paraná.* 2016; 17(1):40.

18. Pinto, ESG, Menezes RMP, Villa TSC. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará- Mirim. *Rev. Esc. Enferm.* 2010; 44(3): 657-664.

19. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Rev. bras. educ. med.*2016; 40(4):547-559.

20. Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Petean E. Tecitura do vínculo em saúde na situação familiar de adoecimento crônico. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(59):929-40.

21. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM, n.º 2488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. *Diário Oficial da União.* Brasília, DF, 2011.

22. Oliveira MAN. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(5):585-589.

23. Mattos CB, Dahmer A, Magalhães CR. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. *ABCS Health Sci.* 2015; 40(3):184-189.

24. Melo LP, Campos EA. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. *Rev Latino-amEnferm.* 2014; 22(6):980-987.

25. Silva, FM, Budó MLD, Girardon-PerliniI NMO, Garcia RP, Sehnem GD, Silva DC. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. *RevBrasEnferm.* 2014 mai-jun; 67(3):347-53.

26. Mendonça FF, Nunes EFPA. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trab. Educ. Saúde*. 2015; 13(2):397-409.
27. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *RevBrasEnferm*. 2010 Jan-Fev; 63(1):117-21.
28. Malfitano APS, Lopes RS. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cad. Cedes*, 2009; 29: 361-372.
29. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol* 2010; 95(1 Supl. 1):1-51.
30. Ministério da Saúde (Brasil). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica: MS; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
31. Ministério da Saúde (Brasil). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus: MS; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
32. Ministério da Saúde (Brasil). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: MS; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
33. Ellery AE, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis*.2013; 23(20).
34. Ministério da Saúde (Brasil). Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Departamento de Atenção Básica: MS: 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
35. Mângia EF, Lancmam S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev.terapia ocupacional*. 2008; 19(2).
36. Taddeo OS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(11).
37. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *RevBrasEnferm*. 2013; 66(esp):158-64.