



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOB O ENFOQUE DA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

<sup>1</sup>Tatiana Almeida Couto, <sup>2</sup>Rose Manuela Marta Santos, <sup>3</sup>Sérgio Donha Yarid

<sup>1</sup>Discente do Doutorado no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

<sup>2</sup>Doutora em Ciências da Saúde. Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Bahia, Brasil.

<sup>3</sup>Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil.

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 06<sup>th</sup> October, 2019

Received in revised form

11<sup>th</sup> November, 2019

Accepted 03<sup>rd</sup> December, 2019

Published online 29<sup>th</sup> January, 2020

#### Key Words:

Estratégia Saúde da Família;  
Educação em Saúde; Bioética.

#### \*Corresponding author:

Tatiana Almeida Couto,

### ABSTRACT

O estudo possui como objetivos: descrever as práticas de educação em saúde que os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família adotam sob o enfoque da Bioética Principlialista e verificar a frequência em que os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principlialista. Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em 17 unidades da Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Jequié-Bahia, com o total de 54 participantes: 15 cirurgiões-dentistas, 26 enfermeiros e 13 médicos. Para a coleta de dados realizada no período de fevereiro a maio de 2014 foi utilizado questionário validado sobre educação em saúde. Os dados foram tabulados e organizados no *Microsoft Excel*, versão 2010, transferidos e processados para a análise no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0 para *Windows*<sup>®</sup>. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva por meio de média, valores mínimos e máximos para a caracterização dos participantes e, utilizado o teste qui-quadrado para associação linear na distribuição das frequências referentes às respostas dos profissionais das equipes de Saúde da Família acerca da prática da educação em saúde. Não houve associações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre as práticas de educação em saúde e as categorias profissionais, sendo realizada a apresentação em frequência relativa e absoluta das questões e das categorias profissionais.

Copyright © 2020, Tatiana Almeida Couto . This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Tatiana Almeida Couto, Rose Manuela Marta Santos and Sérgio Donha Yarid. 2020. "Práticas De Educação Em Saúde Sob O Enfoque Da Bioética Principlialista", *International Journal of Development Research*, 10, (01), 33100-33106.

## INTRODUCTION

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui como uma de suas ferramentas a ação educativa para a sensibilização dos indivíduos sobre o autocuidado e compreensão/enfrentamento do processo saúde-doença, valorizando os fatores biopsicossociais. Assim, a educação em saúde é vista como uma ferramenta de troca de saberes entre a comunidade e o meio científico, no sentido de reconstrução de significados e atitudes, de forma a distanciar-se das ações características da concepção biologicista, e rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário para a valorização da interrelação causal entre fatores biopsicossociais (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011). Nessa perspectiva, a promoção da saúde ocorre por meio de práticas educativas que fortaleçam a capacidade de escolha dos sujeitos, sendo que tais

práticas necessitam ser realizadas com oferecimento de informações através do conhecimento do contexto no qual o usuário está envolvido e suas características culturais e socioeconômicas, mediante ações simples e contextualizadas que sensibilizem as pessoas para as escolhas mais saudáveis de vida (ALVES; AERTS, 2011). As práticas de educação em saúde têm como principais atores: os profissionais de saúde que valorizam a promoção e a prevenção tanto quanto as ações curativas; os gestores que apoiam tais profissionais e a população que necessita da ampliação de conhecimentos para o desenvolvimento da autonomia e do cuidado individual e coletivo (FALKENBERG et al., 2014). Porém, apesar das práticas de educação em saúde serem inerentes ao trabalho em saúde, muitas vezes, estão em segundo plano no planejamento, na organização dos serviços de saúde e na execução. A educação em saúde para ser instituída no processo saúde/doença e para se estabelecer como uma prática

satisfatória é imprescindível o conhecimento da realidade dos indivíduos com os quais se deseja realizar a ação educativa, bem como suas potencialidades e susceptibilidades a serem avaliadas de maneira integral. No entanto, para que isso ocorra há também variáveis como o nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família e o nível de participação desejada da comunidade na resolução dos problemas e/ou necessidades de saúde (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012). Assim, na prática de educação em saúde por profissionais de saúde, no que tange ao envolvimento do indivíduo de forma a torná-los autônomos e corresponsáveis por seu autocuidado, há o envolvimento também da Bioética e seus enfoques, pois são importantes para a equipe de Saúde da Família, visto que proporcionam reflexões e discussões na prática cotidiana do exercício profissional. Dessa forma, a Bioética não se refere a preceitos a serem seguidos, mas seu enfoque tende a estar nos dilemas e compromissos dos profissionais da saúde. Assim, a educação em saúde e a Bioética nas ações em saúde devem estar incorporadas na postura profissional da equipe de Saúde da Família.

Neste contexto, o entendimento dos usuários deve ser favorecido pelos profissionais de saúde, ao serem oportunizados os questionamentos e espaços de expressão das preocupações, dúvidas, interesses, de forma a permitir que o usuário tome uma decisão autônoma (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Sendo assim, para a promoção do espaço de diálogo com os usuários tornam-se necessários o conhecimento e a prática profissional segundo o enfoque Bioético. Desse modo, a prática profissional sobre a educação em saúde no enfoque da Bioética Principialista consiste em uma temática relevante para a humanização da Atenção Básica, aos usuários, às equipes de Saúde da Família, aos futuros profissionais da saúde e aos gestores, porém ainda escassa na literatura. Embora haja uma vasta literatura sobre variados aspectos da educação em saúde e da Bioética Principialista separadamente, as discussões sobre a educação em saúde no enfoque da Bioética Principialista ainda precisam ser expandidas, uma vez que constitui-se como uma temática relevante na assistência desenvolvida no cenário da Atenção Básica. Assim, o objetivo desse estudo consiste em descrever as práticas de educação em saúde que os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família adotam sob o enfoque da Bioética Principialista e verificar a frequência em que os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família apresentam práticas de educação em saúde sob o enfoque da Bioética Principialista.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo descritivo, exploratório e com abordagem quantitativa foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Jequié, Bahia. A seleção dos participantes ocorreu mediante os critérios de inclusão: profissionais de nível superior: cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos, das Unidades de Saúde da Família da zona urbana e como critério de exclusão: profissionais com os quais não fosse possível aplicação de questionário até a terceira ida à USF. Foi realizado contato telefônico com os enfermeiros das Unidades, a fim de convidá-los juntamente com os cirurgiões-dentistas e médicos para participarem do estudo, verificando a aceitação e disponibilidade para o preenchimento do questionário na USF. A aplicação de

questionário previamente validado (BERNARDINO et al., 2009) foi realizada no período de fevereiro a maio de 2014 e os participantes responderam a frequência em que realizam as práticas de educação em saúde com as opções em escala Likert de: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Sendo que o tempo médio de preenchimento do questionário foi de 15 minutos. O instrumento foi composto por 29 questões (Q) divididas em sete fatores (F): F1: avaliação de resultados da educação em saúde; F2: esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos; F3: inclusão da família; F4: aconselhamento; F5: adequação da linguagem; F6: promoção de reflexão e F7: explicação e exemplificação de procedimentos. As questões são categorizadas de tal forma: F1: Q23 a Q28; F2: Q16, Q19 a Q22; F3: Q1, Q5, Q6, Q17 e Q18; F4: Q12 a Q15; F5: Q7 a Q9; F6: Q10, Q11, Q29 e F7: Q2 a Q4 (BERNARDINO et al., 2009). E para caracterização dos participantes foram elaboradas questões a fim de traçar o perfil. Os dados coletados foram tabulados e organizados no software *Microsoft Excel*, versão 2010, posteriormente, transferidos e processados para a análise no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para *Windows*<sup>®</sup>. Foi realizada uma análise descritiva por meio de média, valores mínimos e máximos para o cálculo das frequências das variáveis categóricas na caracterização dos participantes e foi utilizado o teste qui-quadrado para associação linear com o nível de significância de 5% na distribuição das frequências referentes às respostas dos profissionais das equipes de Saúde da Família sobre as práticas de educação em saúde. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que este estudo é oriundo da dissertação intitulada “Práticas de educação em saúde nas equipes de saúde da família sob o enfoque da bioética principialista” (COUTO, 2015) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, campus Jequié, sob o parecer de nº 491.669, de 2013 e CAAE: 24184013.1.0000.0055. Tal artigo cumpre a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) como garantia de pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Do total de 54 participantes, 15 (27,78%) foram cirurgiões-dentistas; 26 (48,15%) enfermeiros e 13 (24,07%) médicos. Na caracterização dos participantes a média de idade foi de 36,9 anos, sendo o mínimo de 25 anos e o máximo de 67 anos. O tempo de formado com média de 11,3 anos, com o mínimo de 1 ano e o máximo de 40 anos. Em relação ao sexo, 31 (57,40%) participantes era do sexo feminino. Não houve associação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre as questões e as categorias profissionais, assim, optou-se pela apresentação dos resultados em frequência relativa e absoluta das questões e das categorias profissionais (Tabela 1). A apresentação é do quantitativo que realiza ou não realiza a educação em saúde (em ações mencionadas nas questões), de forma que para o quantitativo que realiza educação em saúde, as respostas foram: “às vezes”, “frequentemente” ou “sempre”. E para os que não realizam educação em saúde, foram as respostas referente a “nunca”. Destaca-se que, quando abordado o assunto das questões (Q) de Q3 a Q7 e da Q12 a Q20, há a apresentação da mesma frequência (100%), assim todos os profissionais realizam as ações de educação em saúde mencionadas em tais questões. Ao se tratar da Q10 e Q11 e das Q21 e Q22, apenas um dos profissionais que compõem a

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

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

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

equipe de Saúde da Família "não realiza" as práticas abordadas nas questões. E nas Q24 e Q25 apenas dois profissionais não realizam as referidas práticas de educação em saúde. No Quadro 1, observam-se as frequências absolutas e relativas das respostas dos profissionais (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) acerca da realização da educação em saúde (considerando que são os profissionais que realizam tais ações na frequência de: "raramente", "às vezes", "frequentemente" ou "sempre"). Destacam-se fatores com a totalidade de participantes (54) que realiza tal ação. Como no F2, nas Q16,

Q19 e Q20, a maioria realiza educação em saúde "frequentemente" e "sempre". No F3 com a Q5 e Q6: a maioria dos profissionais realizam educação em saúde "frequentemente" e "sempre". E nas Q17 e Q18: predominância de "às vezes" e "frequentemente".

No F4 em todas as questões há participação total, sendo as frequências predominantes de "frequentemente" e "sempre", assim como na Q7 do F5 e na Q3 e Q4 do F7.

**Quadro 1. Números absolutos e relativos de respostas dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos que compõem a equipe de Saúde da Família e realizam educação em saúde. Jequié, Bahia, Brasil, 2014.**

Fatores	Profissão	Frequência							
		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Fator 1. Avaliação de resultados da educação em saúde</b>									
Q23. Avalio os conhecimentos do usuário antes da educação em saúde (n=51)	Cirurgião-dentista	4	30,80	6	46,10	1	7,70	2	15,40
	Enfermeiro	3	12,00	7	28,00	6	24,00	9	36,00
	Médico	3	23,10	4	30,70	3	23,10	3	23,10
Q24. Avalio os conhecimentos do usuário depois da educação em saúde (n=52)	Cirurgião-dentista	2	15,40	9	69,20	2	15,40	-	-
	Enfermeiro	2	7,70	5	19,20	7	26,90	12	46,20
	Médico	2	15,40	4	30,80	4	30,80	3	23,00
Q25. Avalio os conhecimentos da família antes da educação em saúde (n=52)	Cirurgião-dentista	2	15,40	9	69,20	1	7,70	1	7,70
	Enfermeiro	4	15,40	10	38,40	6	23,10	6	23,10
	Médico	3	23,00	4	30,80	4	30,80	2	15,40
Q26. Avalio os conhecimentos da família depois da educação em saúde (n=51)	Cirurgião-dentista	2	15,40	8	61,50	3	23,10	-	-
	Enfermeiro	3	11,50	5	19,20	7	27,00	11	42,30
	Médico	1	8,40	4	33,30	4	33,30	3	25,00
Q27. Avalio as habilidades/capacidades adquiridas pelo usuário (n=53)	Cirurgião-dentista	4	26,70	4	26,70	5	33,30	2	13,30
	Enfermeiro	-	-	5	19,20	11	42,30	10	38,50
	Médico	1	8,30	2	16,70	8	66,70	1	8,30
Q28. Avalio as habilidades/ capacidades adquiridas pela família (n=52)	Cirurgião-dentista	4	28,60	6	42,80	2	14,30	2	14,30
	Enfermeiro	1	3,80	5	19,20	12	46,20	8	30,80
	Médico	1	8,30	4	33,40	6	50,00	1	8,30
<b>Fator 2. Esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos</b>									
Q16. Esclareço as dúvidas expressas pelo usuário (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	-	-	4	26,70	11	73,30
	Enfermeiro	-	-	-	-	6	23,10	20	76,90
	Médico	-	-	-	-	3	23,10	10	76,90
Q19. Permito que a família exponha as suas dúvidas (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	1	6,70	4	26,60	10	66,70
	Enfermeiro	-	-	-	-	7	26,90	19	73,10
	Médico	-	-	-	-	5	38,50	8	61,50
Q20. Esclareço as dúvidas expressas pela família (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	-	-	5	33,30	10	66,70
	Enfermeiro	-	-	-	-	4	15,40	22	84,60
	Médico	-	-	1	7,70	4	30,80	8	61,50
Q21. Permito que o usuário exprima os seus desejos e sentimentos (n=53)	Cirurgião-dentista	-	-	3	21,40	5	35,70	6	42,90
	Enfermeiro	-	-	-	-	9	34,60	17	65,40
	Médico	-	-	1	7,60	6	46,20	6	46,20
Q22. Permito que a família exprima os seus desejos e sentimentos (n=53)	Cirurgião-dentista	-	-	3	21,40	5	35,70	6	42,90
	Enfermeiro	-	-	2	7,70	10	38,50	14	53,80
	Médico	1	7,60	2	15,40	5	38,50	5	38,50
<b>Fator 3. Inclusão da família</b>									
Q1: Promovo a presença da família nas sessões de educação em saúde (n=50)	Cirurgião-dentista	-	-	4	30,80	7	53,80	2	15,40
	Enfermeiro	2	7,70	12	46,10	8	30,80	4	15,40
	Médico	3	27,20	2	18,20	4	36,40	2	18,20
Q5. Explico à família os procedimentos enquanto os realize (n=54)	Cirurgião-dentista	1	6,70	5	33,30	3	20,00	6	40,00
	Enfermeiro	-	-	1	3,80	5	19,20	20	77,0
	Médico	-	-	-	-	8	61,50	5	38,50
Q6. Exemplifico à família o que pretendo que ela execute (n=54)	Cirurgião-dentista	1	6,70	1	6,70	8	53,30	5	33,30
	Enfermeiro	-	-	-	-	8	30,80	18	69,2
	Médico	1	7,70	1	7,70	5	38,50	6	46,10
Q17. Crio oportunidade para a família demonstrar aquilo que aprendeu (n=54)	Cirurgião-dentista	3	20,00	5	33,30	6	40,00	1	6,70
	Enfermeiro	2	7,70	11	42,30	7	26,90	6	23,10
	Médico	2	15,40	3	23,00	4	30,80	4	30,80
Q18. Incentivo a família a demonstrar o que aprendeu (n=54)	Cirurgião-dentista	2	13,30	6	40,00	6	40,00	1	6,70
	Enfermeiro	2	7,70	7	26,90	10	38,50	7	26,90
	Médico	4	30,80	4	30,80	2	15,40	3	23,00
<b>Fator 4. Aconselhamento</b>									
Q12. Tomo a iniciativa de aconselhar o usuário (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	1	6,70	9	60,00	5	33,30
	Enfermeiro	-	-	5	19,30	7	26,90	14	53,80
	Médico	-	-	1	7,70	4	30,80	8	61,50
Q13. Tomo a iniciativa de aconselhar a família (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	3	20,00	7	46,70	5	33,30
	Enfermeiro	-	-	6	23,10	8	30,70	12	46,20
	Médico	1	7,60	-	-	4	30,80	8	61,60
Q14. Aconselho o usuário quando este me procura (n=54)	Cirurgião-dentista	1	6,70	1	6,70	6	40,00	7	46,60
	Enfermeiro	-	-	-	-	2	7,70	24	92,30
	Médico	-	-	-	-	6	46,20	7	53,80
Q15. Aconselho a família quando esta me procura (n=54)	Cirurgião-dentista	1	6,70	2	13,30	5	33,30	7	46,70
	Enfermeiro	-	-	-	-	5	19,20	21	80,80
	Médico	1	7,70	-	-	5	38,50	7	53,80

...Continuação

<b>Fator 5. Adequação da linguagem</b>									
Q7. Adequação a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	3	20,00	1	6,70	11	73,30
	Enfermeiro	-	-	-	-	5	19,20	21	80,80
	Médico	-	-	-	-	3	23,10	10	76,90
Q8. Adequação a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário de acordo com as suas crenças e valores (n=52)	Cirurgião-dentista	-	-	3	23,10	6	46,20	4	30,70
	Enfermeiro	-	-	4	15,40	7	26,90	15	57,70
	Médico	-	-	2	15,40	7	53,80	4	30,80
Q9. Adequação a linguagem utilizada em educação em saúde a cada usuário de acordo com a sua situação social (n=52)	Cirurgião-dentista	-	-	2	14,30	4	28,60	8	57,10
	Enfermeiro	-	-	-	-	9	36,00	16	64,00
	Médico	-	-	-	-	4	30,80	9	69,20
<b>Fator 6. Promoção de reflexão</b>									
Q10. Promovo, para o usuário, espaços de reflexão (n=53)	Cirurgião-dentista	2	14,30	5	35,70	4	28,60	3	21,40
	Enfermeiro	4	15,40	11	42,30	5	19,20	6	23,10
	Médico	2	15,40	3	23,10	5	38,40	3	23,10
Q11. Promovo, para a família, espaços de reflexão (n=53)	Cirurgião-dentista	3	21,40	3	21,40	6	42,90	2	14,30
	Enfermeiro	5	19,20	9	34,60	6	23,10	6	23,10
	Médico	2	15,40	4	30,80	5	38,40	2	15,40
Q29. Disponibilizo informação adicional em diferentes formatos (folhetos, cd's, dvd's...) (n=46)	Cirurgião-dentista	3	25,00	5	41,60	2	16,70	2	16,70
	Enfermeiro	3	12,00	8	32,00	5	20,00	9	36,00
	Médico	7	77,80	2	22,20	-	-	-	-
<b>Fator 7. Explicação e exemplificação de procedimentos</b>									
Q2. Comunico ao usuário os procedimentos que planejo realizar (n=53)	Cirurgião-dentista	-	-	-	-	2	13,30	13	86,70
	Enfermeiro	-	-	3	11,50	7	27,00	16	61,50
	Médico	-	-	-	-	4	33,30	8	66,70
Q3. Explico ao usuário os procedimentos enquanto os realizo (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	3	20,00	5	33,30	7	46,70
	Enfermeiro	-	-	-	-	3	11,50	23	88,50
	Médico	-	-	1	7,70	5	38,50	7	53,80
Q4. Exemplifico ao usuário o que pretendo que ele execute (n=54)	Cirurgião-dentista	-	-	-	-	10	66,70	5	33,30
	Enfermeiro	-	-	-	-	6	23,10	20	76,90
	Médico	-	-	2	15,40	2	15,40	9	69,20

Fonte: Elaboração pelos autores com base em dados da pesquisa "Práticas de educação em saúde nas equipes de Saúde da Família sob o enfoque da Bioética Principalista" (COUTO, 2015).

## DISCUSSÃO

A conversa/orientação é um ato que pode produzir um resultado no usuário para o seu bem estar, a partir da sensibilização na condução das suas necessidades. E torna-se uma realidade educativa no trabalho da equipe. E ao analisar os dados em relação à participação do usuário e da família, percebeu-se que os profissionais da equipe de Saúde da Família promovem a participação ativa. Assim, as práticas educativas tendem a ser realizadas nos momentos informais por iniciativando dos profissionais quanto dos usuários, de acordo com as inquietações dos profissionais e das dúvidas e esclarecimentos solicitados pelos usuários (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012). Nesse estudo, pôde-se constatar, como demonstrados nos resultados, que todos os profissionais realizam as ações de esclarecimentos de dúvidas aos usuários e à família. Neste contexto, na realização da educação em saúde, os profissionais e os usuários precisam estabelecer o vínculo em uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica com a valorização e o respeito da história e das experiências do outro, pois, a partir do conhecimento do outro e da interação estabelecida, é possível a reconstrução de saberes e práticas cotidianas (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011). Dessa forma, deve-se valorizar o conhecimento prévio dos usuários e de sua família sobre a temática a ser abordada na consulta, na visita domiciliar e nas atividades grupais, oportunizando também a avaliação posterior à troca de conhecimentos e incentivando a demonstração dos desejos e sentimentos por todos os sujeitos envolvidos.

Sob o enfoque Bioético, percebe-se, nos resultados, que os profissionais da equipe de Saúde da Família, ao oportunizar ao usuário e a família a exposição da sua experiência e dos conhecimentos prévios, valorizam o princípio da autonomia, o qual contempla a participação na tomada de decisão referente à

saúde e, ao tratar o indivíduo como ser autônomo, permite que ele aja livremente de acordo com suas escolhas. Além disso, ao respeitar a autonomia do usuário, o profissional de saúde tende a sensibilizar tal indivíduo para agir autonomamente. Assim, os profissionais de saúde, diante do respeito à autonomia dos usuários, devem respeitar e garantir o anonimato das informações reveladas durante as consultas, além de assegurarem esclarecimentos e auxílio na tomada de decisão. Dessa maneira, é necessária a valorização do conhecimento do usuário e de sua família antes de ações educativas, a fim de evitar a violação de sua autonomia e o desrespeito ao indivíduo, com a imposição do conhecimento científico. É necessário, para a garantia da capacidade de escolha autônoma dos usuários e familiares, que essas pessoas sejam capazes, psicologicamente ou legalmente, de assumirem a responsabilidade da tomada de decisões adequadas para si, e que não ofereçam risco ao coletivo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). É possível inferir que os profissionais das equipes de Saúde da Família, ao oferecer a troca de conhecimento com a possível adequação de linguagem de acordo com as características sociais e culturais dos usuários participantes da educação em saúde, estão respeitando os princípios Bioéticos da autonomia e da justiça. Outro princípio importante a ser considerado é o da não-maleficência, que permite a tomada de decisão pelos usuários e pela família, além de direcionar os profissionais de saúde sobre a postura/condução diante da aceitação ou recusa de tratamento ou procedimento por parte do(a) usuário(a) após a discussão, reflexão dos custos e benefícios, de forma a não causar mal ou dano (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Desse modo, as ações de educação em saúde irão, possivelmente, sensibilizar os usuários e promover uma tomada de consciência autônoma para as decisões referentes à sua saúde, quando surgirem, a partir das necessidades, dos interesses, dos saberes, das dúvidas, dos questionamentos e do meio social no qual os indivíduos estão inseridos. Assim, é importante ressaltar que as

ações educativas devem ser realizadas continuamente, permitindo espaços de conhecimento da população e de suas necessidades, utilizando linguagem simples e acessível a todos os usuários participantes (MENEZES JÚNIOR et al., 2011). A educação em saúde deve ser desempenhada com o objetivo de promover a inclusão social e a autonomia da população na participação em saúde (PINAFO et al., 2011). A partir dos resultados do presente estudo, destacou-se a realização de ações educativas relacionadas principalmente a esclarecimentos de dúvidas e expressão de sentimentos, à inclusão da família, ao aconselhamento e à adequação da linguagem, assim, estes resultados corroboram com os autores mencionados anteriormente. Os usuários, muitas vezes, procuram os profissionais da equipe de Saúde da Família para compartilhar seus sentimentos, suas dúvidas, suas expectativas e seus medos referentes ao processo saúde-doença. Esse ato é importante para a percepção do usuário enquanto protagonista na sua vida, assim como a necessidade de escuta sensível pelo profissional de saúde.

Tal escuta deve impulsionar o profissional à valorização da singularidade do usuário e à sensibilização para o seu sofrimento e suas necessidades de saúde, buscando a resolutividade (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013). Assim, os resultados da pesquisa estão de acordo com o que é apresentado pelas autoras, pois os participantes do estudo, em sua maioria, oportunizam a expressão de sentimentos e dúvidas com alta frequência, relatados pelos participantes da pesquisa (frequentemente e sempre). A abordagem Bioética por sua vez, é importante e necessária na medida em que transversaliza as práticas no dia a dia dos serviços de saúde e em outros contextos do território, como no ambiente domiciliar. Em tais ambientes, nos quais pode ser produzido o cuidado, a retomada pelos profissionais da equipe de Saúde às experiências de ensino, pesquisa e extensão, que são vivenciadas no contexto da formação, poderá reverter a atuação tecnicista na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANDE et al., 2014).

Portanto, cabe ao profissional de saúde “abster-se intencionalmente de executar ações que causem danos”, seja ao usuário como a sua família, além de respeitar ao princípio da beneficência, que consiste no esforço dos profissionais de saúde em “impedir que ocorram males ou danos; sanar males ou danos e fazer ou promover o bem” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde contribuir para o bem-estar e em benefício do indivíduo, conhecendo sua obrigação de ajudar os usuários e promovendo o interesse desses, considerados como importantes e legítimos. Para evitar decisões desinformadas, o profissional de saúde deve evitar a sobrecarga de informações que pode representar uma dificuldade para o entendimento adequado por parte do usuário e sua família, sendo considerada sobrecarga de informações quando os termos utilizados nas orientações são termos técnicos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Assim, é importante verificar o tipo de linguagem usada na realização de educação em saúde pelos profissionais da equipe de Saúde da Família, para melhorar a compreensão e a aproximação profissional-usuário-família. Portanto, conforme os resultados do estudo, é importante adequar a linguagem nas ações educativas, evitando-se o uso excessivo de termos técnicos. Assim, foi observada uma valorização dos profissionais das equipes de Saúde da Família que adequam a linguagem nas ações educativas, com respostas indicadas em “frequentemente” e “sempre”. No que tange aos

serviços assistenciais, os usuários expressam sua satisfação ou insatisfação em relação aos serviços oferecidos e cabe ao profissional, que tem características inerentes de educador em saúde, a escuta dessas expressões e sentimentos, compreendendo-as enquanto exigências da coletividade. Assim, através dessa escuta, serão dialogadas as temáticas e os parâmetros metodológicos das práticas educativas a serem desempenhadas (BORGES; PORTO, 2014). Sendo válido ressaltar que de acordo com os resultados da pesquisa, os participantes em sua maioria demonstraram a valorização dos usuários e da família na busca por uma melhor assistência de forma humanizada, assim como realizam as práticas de educação e apresentam valorização dos aspectos sociais, culturais e econômicos, além de oportunizar os usuários e família a expressarem seus conhecimentos, sendo rejeitada a imposição de conhecimentos técnico-científicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da educação em saúde e Bioética inova, em relação às publicações existentes, ao se referir a uma reflexão Bioética sobre a interface de tal temática. Assim, esse trabalho permite concluir que, das questões abordadas sobre educação em saúde com os usuários e a família, a maioria dos profissionais oportuniza a participação ativa dos sujeitos. É possível inferir também que, nos momentos das consultas e nos momentos de educação em saúde, há, por parte de todos os participantes, a explicação ao usuário e à família do procedimento que será realizado, assim como as orientações aos usuários para a sua participação no autocuidado. Nota-se também a oportunidade de esclarecimento de dúvidas, troca de conhecimentos e de experiências, pelos aconselhamentos e pela participação com os conhecimentos prévios e adquiridos por parte do usuário e da família, demonstrando o respeito pela autonomia do usuário e da família, sendo esse um princípio Bioético avaliado nesse estudo. Percebe-se que a maioria dos profissionais promove ações de educação em saúde nas quais são respeitados, com adequada frequência, o princípio da autonomia como o reconhecimento da capacidade e do direito do cidadão de agir como sujeito independente e livre para fazer suas escolhas como participante e responsável nas decisões tomadas no seu processo saúde-doença. Assim, possivelmente, o estudo promoverá reflexões sobre a necessidade de se mudar as práticas que garantem a educação em saúde como atividade inerente da ESF com a qualidade necessária, a fim de oferecer uma assistência digna e respeitosa aos usuários, preservando os princípios Bioéticos.

## Agradecimentos

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

## REFERÊNCIAS

- ALVES, G.G.A.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet.*, v.16, n.1, p.319-325, 2011.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

- BERNARDINO, A. et al. Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde. 2009. Monografia. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.8/113>>. Acesso em: 30 abr. 2013.
- BORGES, S.A.C.; PORTO, P.N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde em Debate*, v.38, n.101, p.338-46, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Cien Saude Colet.*, v.16, n. (Supl. 1), p.1547-1554. 2011.
- COUTO, T.A. Práticas de educação em saúde nas equipes de saúde da família sob o enfoque da bioética principialista. 2015. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2015.
- FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cien Saude Colet.*, v.19, n.3, p.847-852, 2014.
- MENEZES JÚNIOR, J.E. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. *Rev Rene*, v.12, n. (esp.), p.1045-1051, 2011.
- PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, v.9, n.2, p.201-21, 2011.
- PINAFO, E.; NUNES, E.F.P.A.; GONZÁLEZ, A.D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipe de saúde da família. *Cien Saude Colet.*, v.17, n.7, p.1825-1832, 2012.
- ROECKER, S.; BUDÓ, M.L.D.; MARCON, S.S. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. *Rev Esc Enferm USP*, v.46, n.3, p.641-9, 2012.
- SANDE, D.S.S. et al. Privacy and confidentiality in health in epidemiological surveillance: experience report on bioethical look. *Cien Cuid Saude.*, v.13, n.4, p.788-93, 2014.
- SANTOS, F.P.A.; NERY, A.A.; MATUMOTO, S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. *Rev Esc Enferm USP*, v.47, n.1, p.107-14, 2013.

\*\*\*\*\*