

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

MIRIAM GHIDOLIN

TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NA
REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA: UM OLHAR PARA POLÍTICA NACIONAL
DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

CHAPECÓ

2014

MIRIAM GHIDOLIN

**TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NA
REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA: UM OLHAR PARA POLÍTICA NACIONAL
DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

Estudo apresentado ao componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso II (TCCII), como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS.

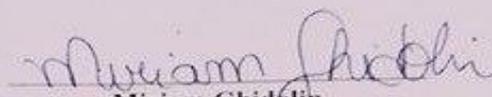
Orientador: Cláudio Claudino da Silva Filho

Co-orientadora: Alessandra Regina Müller Germani

CHAPECÓ

2014

**TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NA
REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA: UM OLHAR PARA POLÍTICA NACIONAL
DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**


Miriam Ghidolin

Este trabalho de conclusão de curso foi apresentado em 12 de Dezembro de 2014 e julgado adequado para a obtenção de título de Bacharel em Enfermagem, sendo então aprovado pela banca examinadora e pelo curso de Enfermagem da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS) através dos seguintes membros:


M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho
Orientador

Professor Assistente da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS), *Campus Chapecó*

M.Sc. Alessandra Regina Muller Germani
Co-Orientadora

Professora Assistente da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS), *Campus Passo Fundo*



M.Sc. Daniela Savi Geremia
Examinador convidado da banca

Professora Assistente da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS), *Campus Chapecó*



M.Sc. Adriana Remião Luzardo
Examinador convidado da banca

Professora Assistente da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS), *Campus Chapecó*

Ghidolin, Miriam

TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NA REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA: UM OLHAR PARA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/ Miriam Ghidolin. -- 2014.

36 f.

Orientador: Claudio Claudino da Silva Filho.

Co-orientadora: Alessandra Regina Muller Germani.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem, Chapecó, SC, 2014.

1. Educação em Saúde. 2. Políticas Públicas. 3. Gestão da Informação em Saúde. 4. Promoção da Saúde. 5. Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
I. Filho, Claudio Claudino da Silva, orient. II. Germani, Alessandra Regina Muller, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Dedico este TCC à minha família, por terem acreditado em mim, no meu potencial e capacidade de alcançar mais este objetivo, sei que vocês estão e sempre estarão comigo. OBRIGADA Pai e Mãe vocês foram meu alicerce nessa caminhada de 5 anos. Os anos se passaram e agora posso dizer que Sou Enfermeira!

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a UFFS, o corpo docente, direção e administração que oportunizaram a 5 anos atrás o início desta jornada da primeira turma de Enfermagem.

Agradeço em especial ao meu professor orientador Cláudio Claudino da Silva Filho que mesmo considerando as dificuldades que tivemos fez este trabalho ser, para mim, nota dez. E a minha Co-orientadora Alessandra Regina Muller Germani por ter iniciado junto comigo ainda em 2010 nossa caminhada.

Agradeço aos meus pais, meus amores eternos por terem possibilitado estes 5 anos de estudo, por não terem medido esforços para que eu tivesse todo o necessário, e as vezes o desnecessário, para completar minha jornada. Agradeço por me amarem, por me apoiarem e sonharem comigo, e eu sei que vocês sonham também. Eu amo muito vocês, nenhuma palavra que eu diga ou escreva aqui vai conseguir descrever isso e só tenho a agradecer cada dia por ser honrada em ser sua filha.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	16
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
3.1 A construção dos instrumentos de gestão e a educação em saúde: interfaces e distanciamientos	21
3.2 Tendências pedagógicas e práticas de educação em saúde	24
3.3 Política nacional de alimentação e nutrição e as estratégias de educação em saúde: um diálogo possível?	28
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	33

TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NA REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA: UM OLHAR PARA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO¹

GHIDOLIN, Miriam²

SILVA FILHO, Cláudio Claudino da³

GERMANI, Alessandra Regina Müller⁴

Resumo

Este estudo tem como objetivo geral compreender as práticas de educação em saúde voltadas à promoção dos estilos saudáveis de vida identificadas nos diferentes instrumentos de gestão em saúde, tomando como base as diretrizes da PNAN. Trata-se de um estudo documental de natureza qualitativa, tendo como foco de investigação os Planos Municipais de Saúde (PMS), Relatório Anual de Gestão (RAG) e Plano Anual de Saúde (PAS) de 23 municípios pertencentes a 5 diferentes Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR) da região oeste de Santa Catarina. Estes instrumentos foram coletados na *homepage* do Controle Social de Santa Catarina, sendo os resultados categorizados a partir da proposta de Análise de Conteúdo de Bardin. Emergiram como categorias do estudo: (1) “*A construção dos instrumentos de gestão e a educação em saúde: interfaces e distanciamentos*”; (2) “*Tendências pedagógicas e práticas de educação em saúde*”; (3) “*Política Nacional de Alimentação e Nutrição e as*

¹ A formatação segue parcialmente as normas da Revista Investigación e Educacion em Enfermeria publicação semestral da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Antioquia (Colômbia), que recebe artigos inéditos nos idiomas espanhol, português ou inglês e tem qualis B1, e, as normas da UFFS. Seguem em anexo as normativas de ambas.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS. E-mail: my_ghidolin@hotmail.com.

³ Enfermeiro, Doutorando (UFSC) e Mestre (UFBA) em Enfermagem, Professor Assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), integrante do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN), Pesquisador NESCO e EAI/UNIVASF, VSQV/UFBA. E-mail: claudio.filho@uffs.edu.br

⁴ Enfermeira, Mestra em Enfermagem (UFSC), Professora Assistente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), E-mail: alessandragermani@uffs.edu.br

estratégias de educação em saúde, um diálogo possível? ”. Percebeu-se dificuldades dos municípios no que diz respeito a elaboração dos instrumentos de gestão em saúde, distanciando-se da proposta metodológica baseada nas premissas do PlanejaSUS, bem como lacunas relacionadas a menção das atividades educativas pretendidas e/ou realizadas, as estratégias utilizadas na realização destas, os atores envolvidos nestas práticas e na consideração ou não do usuário do SUS enquanto sujeito. Emerge a necessidade de expandir os olhares e perspectivas teórico-metodológicas na direção do diálogo interdisciplinar e multiprofissional, buscando a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, retratadas no aprimoramento destes instrumentos de gestão, bem como através da qualificação das atividades educativas em saúde, transformando estas em verdadeiros momentos de diálogo, interface de conhecimento e aprendizado conjunto.

Palavras Chave: Educação em Saúde. Políticas Públicas. Gestão da Informação em Saúde. Promoção da Saúde.

Abstract

This study aimed to understand the health education practices focused at promoting healthy lifestyles identified in different health management tools, building on the guidelines PNAN. Considering also what are the health education practices focused at promoting healthy life styles identified in municipal instruments health management. The instruments listed for categorization were the Municipal Health Plans (MHP), Annual Management Report (AMR) and Annual Health Plan (AHP) about 23 cities belonging to five different Departments of Regional Development of the western region of Santa Catarina. These instruments were collected from the Social Control Site of Santa Catarina, available in the article. The study was categorized from the content analysis proposed by Bardin (2009), with the following phases: pre-analysis, material exploration and treatment of results. Was defined as study categories: The construction

of the management tools and health education: interfaces and distances; Pedagogical trends and health education practices; National Policy of Food and Nutrition and health education strategies, a possible dialogue? We can see the fragility of the municipalities regarding the development of health management tools regarding the methodology based on documents of PlanejaSUS, and the environment influences deficiency linked to mention of educational activities, the strategies used in carrying out these, the actors involved in these practices and consideration or not the individual as a bio psychosocial that. Then there is the need to expand the looks and theoretical and methodological perspectives in the direction of interdisciplinary and multidisciplinary dialogue, searching to improve the quality of life and health of the population, indirectly in the improvement of management tools and, through the qualification of educational activities in health, transforming these into real moments of dialogue, exchange of knowledge and learning together.

Key words: Health Education. Public Policy. Health care Information Management. Health Promotion.

1 INTRODUÇÃO

A partir do movimento da Reforma Sanitária, a organização do sistema de saúde brasileiro passou a ser repensada no sentido de atender as reais necessidades de saúde apresentadas pela população brasileira, tendo em vista que o modelo até então desenvolvido não atendia essas necessidades. No contexto dessa movimentação, ocorre no país a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na qual foi aprofundado o debate acerca da necessidade da reorganização da saúde no Brasil.

Mais adiante, em 1988, os debates oriundos do movimento da Reforma Sanitária resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a aprovação da Constituição Federal Brasileira (CFB). Nesta, a saúde passa a ser considerada “um

direito de todos e um dever do estado” (BRASIL, 1988, 35). Desta maneira, os princípios e diretrizes que regem o SUS passam a ser o fio condutor dos processos de reorganização das políticas de saúde no Brasil, passando de um foco ligado apenas às patologias para um viés mais ampliado, envolvendo também a prevenção de doenças, promoção e a recuperação da saúde.

Dez anos depois, considerando diversas manifestações sociais, econômicas e culturais vivenciadas no país, e ainda considerando as intensas modificações vivenciadas com a implementação do SUS, foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A PNAN visa à exposição dos principais problemas alimentares e nutricionais do Brasil, expressando os direitos humanos com relação à alimentação e nutrição e condições de vida saudáveis, conforme apresentado pela CFB em 1988 e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos em 2000 (RECINE; VASCONCELOS, 2011).

Por problemas alimentares e nutricionais pode-se considerar o sobrepeso e a obesidade, causados principalmente pelo aumento do consumo de produtos industrializados ricos em sódio, gorduras, açúcares, bem como a desnutrição, associado a falta de alimentos, ou, por vezes associado também ao aumento do consumo de industrializados e a diminuição da qualidade alimentar e nutricional (REDE SANS, 2011).

Além disso, conforme a Pastoral da Criança (2003) os problemas nutricionais no Brasil são causados tanto pela falta quanto pelo excesso de nutrientes. A pobreza e a miséria afetam grande parte da população brasileira, sendo elementos desencadeantes de agravos nutricionais, chamadas de doenças carenciais, sendo elas, desnutrição, falta de vitamina A e falta de Iodo, acarretando por exemplo diarreia.

Desde sua implantação a PNAN tem como um de seus propósitos melhorar as condições de alimentação e nutrição no país, garantindo a qualidade dos alimentos para consumo, prevenção e controle de distúrbios nutricionais e a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis (BRASIL, 2003; 2012).

No que se refere à promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, as atividades de educação em saúde são apontadas como uma ferramenta indispensável no sentido de alcançá-la.

Pensando no universo de atividades que podem ser propostas, destaca-se a relevância da equipe multiprofissional na efetivação das mesmas, sendo ela: enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos, bem como profissionais de apoio matricial como nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos, dentre outros, uma vez que estes estarão (boa parte) em contato direto com os usuários.

Assim, a equipe multiprofissional exerce papel relevante ao atuar na maioria das vezes na gestão e gerenciamento de secretarias de saúde, ou mesmo na coordenação de unidades de saúde da família. Nesta linha de raciocínio, o Enfermeiro como membro da equipe multiprofissional também atua na elaboração dos Planos Municipais de Saúde (PMS) bem como na implementação dos objetivos traçados nestes, ou seja, na operacionalização das atividades educativas em saúde com comprometimento social da melhoria da qualidade de vida da população. Assim sendo, é relevante uma maior atenção às políticas públicas de saúde, neste caso em específico a PNAN.

Abordar questões referentes à educação em saúde nos remete aos estudos de Freire (1996), pedagogo e teórico da área da educação (1921-1997) que propôs uma nova concepção pedagógica, em que a educação não é apenas a transmissão de informações, mas sim uma relação de diálogo, no qual aquele que educa está aprendendo também, mediatizado pelo mundo, ou seja, idealizou a chamada pedagogia crítica.

Um tema relevante das obras de Paulo Freire é a conscientização, de que é importante não apenas tomar conhecimento da realidade através da análise crítica, mas sim o desvelamento das razões de “ser” dessa situação, para constituir-se em ação transformadora dessa realidade. Mas o ponto central da sua concepção educativa é a libertação, ou seja, a finalidade da educação será libertar-se da realidade opressiva e da injustiça visando à transformação radical da realidade, para melhorá-la, torná-la mais

humana e para permitir que homens e mulheres sejam reconhecidos como sujeitos da sua história, e não como objetos (GADOTTI, 2000).

Portanto, nesta linha de raciocínio, a proposta de Freire é de uma pedagogia libertadora e transformadora, ultrapassando os limites da educação convencional, buscando a modificação (melhoria) de um cenário social. Assim sendo, esta compreensão educacional proposta por Freire é extremamente útil para a área da saúde.

É importante destacar na área da saúde os estudos de Vasconcelos (1997), quando coloca alguns aspectos fundamentais acerca da educação em saúde, que devem ser levados em conta no momento da atuação dos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde. Para este autor, a educação em saúde tradicional vem sendo entendida como uma maneira de fazer as pessoas mudarem alguns comportamentos prejudiciais à saúde. Nesta forma de educação em saúde as informações são transmitidas de forma impositiva pelos profissionais, sendo estes encarados como detentores do saber, sem a real participação da população no processo educativo. Exemplo disso são as orientações sobre dieta saudável, lavagem das mãos antes das refeições, entre outras.

Deve-se entender então que as atividades de educação em saúde deveriam ser percebidas como um processo baseado no diálogo, ou seja, na troca de saberes, num verdadeiro intercâmbio entre o saber popular e o científico. Proporciona-se, logo, momentos de educação em saúde em que cada um dos elementos tem muito a ensinar e a aprender, agregando características da pedagogia libertadora e problematizadora.

Com isso, para desenvolver ações educativas é preciso ter entendimento de que se está trabalhando com sujeitos que falam, opinam, se emocionam, de modo que o discurso do sujeito cria outra configuração no cuidado, ultrapassando o modelo tradicional, tecnicista e biológico.

Nesta linha de pensamento, a Educação em saúde, deveria buscar empoderar o usuário, de forma emancipatória e libertária. Assim sendo, torna-se relevante o diálogo, a troca de conhecimentos, os questionamentos, ou seja, a real participação popular (FERNANDES; BACKES, 2010).

Para que os serviços de saúde sejam uma realidade fundamentada em princípios que sustentam saúde como direito, integralidade e equidade na assistência, é

imprescindível que aconteçam profundas transformações nas práticas educativas em saúde, na perspectiva de a exercerem comprometendo-se com a problemática da saúde no país.

As políticas públicas de saúde estão em sua maioria voltadas à educação em saúde, citando esta como estratégia para sua operacionalização e sucesso. Pode-se citar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), bem como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) como políticas que citam fortemente a relevância da educação em saúde. Conforme citado na PNEPS (2012) enfatizando a relevância da educação em saúde, percebe-se que:

A Educação Popular em Saúde apresenta-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS. Interação não apenas no que diz respeito à educação em saúde, mas, sobretudo no delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde (BRASIL, 2012, p.3).

Considerando a relevância das estratégias de educação em saúde, inclusive com relação as políticas públicas de saúde, cita-se a promoção da saúde alimentar e nutricional, baseada nos princípios da PNAN, e ressalta-se que no que se refere à promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, as atividades de educação em saúde são apontadas como uma ferramenta indispensável no sentido de alcançá-la.

Conforme argumenta Santos (2005, p.683) a educação alimentar e nutricional tem sido colocada como uma das estratégias para a promoção da saúde, haja vista sua importância na promoção de práticas alimentares saudáveis.

A PNAN foi criada em 1999, e propõe que as atividades de educação em saúde sejam consideradas uma ferramenta a ser utilizada na implantação e implementação das diretrizes que integram a referida Política, que tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2003).

Pensando nas considerações acima, percebe-se que a possibilidade de sucesso das diretrizes propostas pela PNAN, voltadas a promover estilos de vida e práticas saudáveis, está intrinsecamente ligado as estratégias/práticas de educação em saúde implementadas. Ou seja, existe uma grande necessidade de aplicar estratégias inovadoras nas atividades de educação em saúde, proporcionando empoderamento e construção conjunta de conhecimento para e com os usuários do sistema.

É importante que os municípios se interessem em observar, atender, acompanhar, controlar, ensinar e recomendar quanto a adoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis (SANTOS, 2005).

O estudo norteou-se pela questão: quais são as práticas de educação em saúde voltadas a promoção dos estilos saudáveis de vida identificadas nos instrumentos municipais de gestão em saúde?

Considerando então a necessidade de um olhar mais voltado para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), especialmente relacionado às estratégias educativas em saúde voltada a alimentação, este estudo tem como objetivo geral compreender as práticas de educação em saúde voltadas à promoção dos estilos saudáveis de vida identificadas nos diferentes instrumentos de gestão em saúde, tomando como base as diretrizes da PNAN.

Além disso, a realização deste estudo justifica-se pelo fato da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), proponente do estudo, ser uma universidade comprometida com o desenvolvimento sustentável e solidário da região, apresentando um caráter público e popular e buscando transformar a realidade social circundante.

Ressalta-se ainda a importância deste estudo para a enfermagem, considerando-se que esta exerce papel relevante ao atuar na maioria das vezes na gestão e gerenciamento de serviços de saúde, ou mesmo na coordenação direta de unidades de saúde. O enfermeiro torna-se importante a atuação em busca de uma melhor interação com o usuário e população por meio de um trabalho vivo em um processo humanístico e social, mediante expectativas e produções, criando-se intersubjetividades em alguns momentos de fala, escuta e interpretações (MERHY, 1995).

2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa. A pesquisa documental assemelha-se muito a pesquisa bibliográfica, entretanto o que difere estas duas pesquisas são as fontes utilizadas para a coleta e a análise. Para a pesquisa documental são utilizados materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.), existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas e, como no caso deste estudo, os Planos Municipais de Saúde (GIL, 2008).

Neste sentido, Minayo (2004) refere que a investigação qualitativa requer atitudes fundamentais como: abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação. Além disso, esta abordagem permite que a imaginação e a criatividade levem os pesquisadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques. Ainda conforme esta autora supracitada, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes.

Os dados inicialmente foram coletados dos Planos Municipais de Saúde (PMS), dos municípios pertencentes às Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDRs) da região do oeste catarinense, sejam elas: *SDR-Dionísio Cerqueira* (Dionísio Cerqueira, Guarujá do Sul, Palma Sola, Princesa, São José do Cedro, Anchieta); *SDR-Itapiranga* (Itapiranga, Iporã do Oeste, Santa Helena, São João do Oeste, Tunápolis); *SDR-Palmitos* (Palmitos, São Carlos, Águas de Chapecó, Cunhataí, Cunha Porã, Caibi, Riqueza, Mondai). *SDR-São Lourenço do Oeste* (Coronel Martins, Galvão, Jupia, Novo Horizonte, São Bernardino, São Lourenço do Oeste); *SDR-Xanxerê* (São Domingos, Ipuacu, Entre Rios, Marema, Lajeado Grande, Xaxim, Xanxere, Bom Jesus, Abelardo

Luz, Ouro Verde, Faxinal dos Guedes, Vargeão, Passos Maia, Ponte Serrada). Somando um total de 5 SDR e 39 municípios

Inicialmente a busca foi realizada no Site do Controle Social em Saúde de Santa Catarina (<http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php>), onde foram encontrados 23 dos 39 PMS almejados. Após esta busca *on-line* realizou-se contato eletrônico com os municípios. Neste contato eletrônico apresentou-se aos municípios um Ofício explicativo acerca do estudo, seus objetivos e direcionamentos, bem como, uma cópia digital do estudo.

Foi definido um prazo de uma semana para obtenção de resposta, e ao não se obter resposta de nenhum dos municípios contatados por mais de uma vez, encaminhou-se outro contato eletrônico com os mesmos dados do anterior para cada município, estipulando-se novamente um prazo de uma semana. Como não se obteve novamente resposta positiva após as duas tentativas, os PMS não encontrados no site supracitado foram desconsiderados do estudo, sendo considerados então apenas os 23 PMS já coletados no site.

Considerando a dificuldade relacionada ao retorno do contato com os municípios e, a partir disto, a escassez no conteúdo dos PMS coletados (muitos incompletos e incoerentes com a proposta do PlanejaSUS – detalhada abaixo), optou-se metodologicamente por ampliar o escopo de análise do estudo pensado anteriormente, ou seja, buscou-se também no Site do Controle Social de Santa Catarina os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e a Programação Anual de Saúde (PAS) dos 23 municípios dos quais os PMS já haviam sido buscados, com vistas a melhorar a qualidade dos dados que seriam posteriormente analisados e categorizados. Abaixo, detalha-se um pouco mais sobre estes instrumentos de gestão contemplados como foco de análise deste estudo.

Os instrumentos de gestão, como os PMS, os RAG e as PAS, que são documentos públicos e auxiliam no Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PLANEJASUS, 2009).

Os PMS podem ser classificados em algumas literaturas como Planos Plurianuais, por representarem perspectivas de gestão necessariamente para quatro anos de atuação

municipal. Estes devem ser planejados de forma a contemplar a sua plena execução de acordo com a lei orçamentária de cada município, além de estar de acordo com as necessidades municipais e locais, tendo em vistas as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Conforme o PlanejaSUS, o PMS é um instrumento de gestão, que se utiliza de uma análise situacional para definir metas, objetivos e diretrizes que devem ser cumpridas em um período de quatro anos.

Deve-se dar importância na construção do PMS para o perfil epidemiológico da população considerando a vigilância em Saúde. A partir do perfil epidemiológico traçado é possível definir os problemas de atuação prioritária e formular os objetivos, metas e diretrizes para a solução/amenização destes. Por fim, deve ser considerada a viabilidade e a previsão orçamentária para a implementação dos PMS.

O PMS é um documento que deve reunir as proposições sociopolíticas do governo municipal na área de saúde, ou seja, neste documento são reunidas as propostas de ações em relação aos problemas e necessidades de saúde apresentados pela população do município, levando em conta os princípios e diretrizes gerais que regem a política de saúde no âmbito nacional e estadual. Assim sendo este instrumento se transforma em muito mais do que uma exigência formal aos governos, mas sim, um instrumento no qual podem ser percebidas as características do município e também onde são apresentados os resultados esperados para os 4 anos de vigência do mesmo, na forma de objetivos, diretrizes e metas (BAHIA, 2001).

Conforme o Manual de Planejamento Municipal em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (2009, p.8):

O processo de elaboração do PMS contempla uma tripla dimensão: política, técnica e econômica. Política, na medida em que a escolha entre problemas e alternativas de ação é sempre um processo que envolve princípios e valores éticos, morais, culturais e políticos, não necessariamente consensuais e muitas vezes conflitivos. Técnica, porquanto se baseia na utilização de diversas informações, conhecimento e tecnologias que permitem a identificação, descrição e análise dos problemas, bem como subsidiam a escolha de alternativas de ação frente a estes problemas. Econômica porque inclui o balanço

entre os recursos disponíveis e os recursos necessários para a execução das ações e atividades previstas (BAHIA, 2009, p.8).

Os municípios têm a liberdade de confeccionar seu PMS de forma a englobar e contemplar sua realidade.

Segundo a portaria nº 3.176, de dezembro de 2008, o RAG é um dos instrumentos básicos do PlanejaSUS, juntamente com o PMS e a PAS. Além disso, o RAG é um instrumento de comprovação da execução do PMS de cada esfera de gestão do SUS, e é também instrumento de comprovação da aplicação dos recursos da União repassados a Estados e Municípios, servindo de subsídio para as ações de auditoria, fiscalização e controle.

O RAG é o instrumento de planejamento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. O RAG é elaborado e deve ser submetido à ferramenta eletrônica “Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão – SARGSUS” (SANTA CATARINA, 2014).

Os resultados decorrentes da implementação da PAS compõem o RAG, que é um instrumento muito importante para a realização da avaliação do PMS após o período de vigência (BRASIL, 2009).

A PAS simplifica de forma anual as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde, ou seja, as metas anuais para cada ação definida. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente. Como já citado a PAS serve como referência para a elaboração do RAG, ou seja, a PAS e o RAG representam, recortes anuais do PMS, o primeiro com caráter propositivo e o segundo analítico/indicativo (SANTA CATARINA, 2014).

Assim sendo, na PAG são detalhadas, com base nos objetivos, diretrizes e metas do PMS, as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que possibilitam a operacionalização do PMS. Neste instrumento de gestão também são identificadas as

áreas responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações traçadas. A PAS reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em determinado ano (BRASIL, 2009).

Para os dados coletados no estudo foi utilizado um instrumento para anotações do tipo fichamentos, no qual foi possível relacionar as atividades educacionais com as diretrizes da PNAN. O instrumento continha aspectos relacionados à educação em saúde e às atividades educativas em saúde realizadas pelos municípios: atividades de educação em saúde no geral; atividades de educação em saúde específicas/baseadas na PNAN; incentivo ao aleitamento materno; orientação no processo de conhecimento dos alimentos e alimentação; orientação para prevenção de agravos nutricionais; resgate de hábitos e práticas alimentares regionais; prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e estimulação de hábitos alimentares e de vida apropriados para os portadores; orientação sobre DCNT; orientação para gestantes e puérperas; utilização de medidas/ações educativas empoderadoras, ou, que consideram o usuário como um ser biopsicossocial; meios/materiais que são utilizados nas atividades/ações; metodologia de elaboração dos instrumentos de gestão avaliados.

Para categorizar os dados foi utilizada a proposta de Análise de Conteúdo de Bardin (2009), que compreende as seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos.

A *Pré-análise* consistiu na organização do material coletado, no caso, dos instrumentos de gestão supracitados pertencentes às Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR) da área de abrangência do oeste catarinense. Na etapa seguinte referente à *Exploração do material*, compreendeu essencialmente a escolha das categorias teóricas ou empíricas utilizadas. Assim sendo, a categorização dos dados, deste estudo, foi elaborada a partir de uma busca minuciosa por todos os extratos dos PMS bem como fichamentos, evidenciando as principais referências e agrupando-as, segundo compatibilidade e significados.

Definiu-se como categorias após a leitura, fichamento e pré análise: *A construção dos instrumentos de gestão e a educação em saúde: interfaces e distanciamentos;*

Tendências pedagógicas e práticas de educação em saúde; Política Nacional de Alimentação e Nutrição e as estratégias de educação em saúde, um diálogo possível?

Após a coleta dos dados, pré análise e separação destes dados em categorias, existiu a necessidade de estabelecer o que seria ampliado na análise das categorias. Esta foi a última etapa, o *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, na qual propôs-se a comparação das categorias definidas a partir dos dados coletados com a literatura existente e com o que está disposto na PNAN e em outras políticas ministeriais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A construção dos instrumentos de gestão e a educação em saúde: interfaces e distanciamentos

Seguindo as recomendações para a elaboração dos instrumentos de gestão já citadas acima e pensando nos documentos coletados a partir do estudo (quais sejam: PMS, PAS e RAG), pôde-se observar que os PMS dos municípios analisados, em sua maioria, têm uma apresentação das características socioeconômicas culturais da localidade e elencam os objetivos a serem alcançados nos quatro anos. Poucos PMS, cerca de 6 dos 23, apresentam um diagnóstico situacional interessante, ou seja, no qual o leitor possa entender a situação na qual o município se encontra, tão menos apresentam as atividades, ações, programas e projetos que já são desenvolvidos no município e, principalmente como essas são desenvolvidas. Demonstrando uma dificuldade na incorporação dos valores propostos pelas políticas públicas.

Os PMS de uma maneira geral não apresentam a metodologia sobre a qual foram elaborados, ou seja, não descrevem com base em que foram traçados os objetivos e assim as metas.

Cerca de dez municípios explicam a função dos PMS enquanto instrumento de gestão, e qual a função deste documento. Outros cinco municípios detalham ainda

metodologicamente a elaboração deste, como, por exemplo, que o instrumento foi elaborado a partir de diagnóstico situacional, baseada majoritariamente nos documentos do PlanejaSUS, de forma multiprofissional e intersetorial. Um exemplo disto é o PMS de Xaxim (2013) que traz que o documento foi resultante do trabalho de pesquisa balizado por documentos que compõem a gestão, além de uma análise situacional com aspectos gerais do município. Foram analisados os principais problemas encontrados, traçadas diretrizes, ações e metas para seu enfrentamento, com foco na atenção e gestão humanizada (XAXIM, 2013).

Alguns PMS, cerca de quinze apresentam-se incompletos com relação a dados importantes para o entendimento da situação geral do município, ou seja, dados referentes ao diagnóstico situacional. Bem como se encontram com dados superficiais sobre as práticas de saúde adotadas, sejam elas educativas, assistenciais, de pesquisa ou de gestão. Além disto, apresentam-se por vezes mal formatados e com importantes erros de ortografia e gramática.

Ressalta-se a partir desta consideração a relevância deste documento enquanto instrumento de gestão conforme já citado acima e presente nas recomendações do PlanejaSUS e, portanto, a importância destes serem completos no que tange tanto o diagnóstico situacional como as atividades realizadas em um contexto geral.

Com relação as estratégias educativas em saúde de uma maneira geral, deve-se citar que estas não são solicitadas pelo Ministério da Saúde para a construção dos PMS, entretanto, entende-se como uma necessidade a apresentação destas uma vez que estas compõem a situação de saúde do município.

Assim muito mais que descrever o município em questões históricas e geográficas é preciso fazer uma representação das questões situacionais, socioeconômicas culturais e epidemiológicos, um diagnóstico que possa representar o modo de vida daquela comunidade e a partir do qual possa se traçar objetivos e metas para melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Nesse sentido, a explanação das estratégias educativas em saúde nos PMS se faz importante para o entendimento de “o quê” está sendo realizado em prol da melhoria da

qualidade de vida e saúde da população e, para que a partir deste e dos outros instrumentos de gestão se possa traçar novos objetivos e metas.

De uma forma geral as PAS dos municípios analisados são bem estruturadas, contém de forma separada e em sua maior parte organizada as metas traçadas de maneira anual. A partir deste instrumento pode-se ter uma visão de quais são os objetivos e metas dos municípios para o ano. Este instrumento possibilita uma melhor separação e um maior entendimento das ações, atividades, programas e projetos que pretende-se realizar, facilitando também a conferência do sucesso destas ou não.

As PAS de cerca de 16 municípios citam a necessidade de melhorias em diferentes áreas da atenção à saúde na atenção básica, citando por vezes a utilização da educação em saúde para o alcance dos objetivos traçados, no entanto, não é especificado como a educação em saúde será realizada, quais estratégias serão utilizadas para que esta “educação em saúde” seja de qualidade e efetiva.

Quanto aos RAG de todos os municípios pode-se perceber que estes demonstram os acontecimentos anuais dos municípios, bem como, separam as metas alcançadas informando dados como gastos e quando a meta foi alcançada. Os RAG são baseados nos PAS e possibilitam no final dos 04 anos a reformulação dos PMS. Ou seja, a partir dos 4 relatórios de gestão da vigência do PMS é possível a elaboração do plano seguinte, atualizando o diagnóstico situacional, incluindo as novas conquistas e reformulando as necessidades apresentadas por cada município e cada comunidade.

Este instrumento, fala ainda menos de educação em saúde e estratégia para operacionalização das atividades educativas do que os PMS. Relembrando que o RAG é um relatório emitido de forma anual que expressa as “conquistas” dos municípios com relação as metas traçadas, portanto, é interessante debater como estas foram alcançadas, incluindo o debate das estratégias educativas em saúde.

Os documentos de gestão analisados, em sua maioria, não trazem as comparações com as demais instâncias de governo (estados e união), relacionadas às políticas públicas, suas diretrizes e suas operacionalizações, além de expressarem pouco relacionado ao controle social e do ponto de vista econômico, da demanda e utilização da renda municipal, estadual e da união.

Os instrumentos avaliados, apesar de serem documentos públicos, não têm uma linguagem tão simplificada para entendimento de toda a população, sendo assim, um documento mais voltado ao controle do governo, ou seja material mais técnicos. Claro, alguns destes documentos citam seu caráter de humanização e cuidado ao ser biopsicossocial, mas, não tem uma linguagem voltada a população em geral.

Ao falar dos trabalhadores e como estes são citados nos documentos, pode-se dizer que estes são pouco citados, poderiam ser abordados de uma forma maior e melhor, citando qual seu papel na operacionalização das políticas públicas bem como em todos os aspectos da gestão, assistência, pesquisa e educação.

Falando de educação em saúde e profissionais de saúde, poucas são as citações nos instrumentos relacionando o papel dos profissionais na realização das atividades educativas em saúde. Estes não são citados como atores na operacionalização das políticas públicas e na realização das atividades educativas. Ressalta-se que cada profissional tem uma formação diferenciada, voltada a sua área de atuação e que pode contribuir de maneiras diferentes para o sucesso na operacionalização das atividades de educação em saúde, sendo importante a incorporação da equipe multiprofissional nestas atividades.

3.2 Tendências pedagógicas e práticas de educação em saúde

As práticas educativas são baseadas em tendências pedagógicas, tendências essas que estão intrinsecamente ligadas aos movimentos sociais e filosóficos pelos quais a sociedade vem passando, modificando-se com relação ao tempo. Além disso, todas as tendências pedagógicas estão, de certa forma, vinculadas, a uma ideologia.

Deve-se citar que, após as modificações sociais proporcionadas pela revolução industrial e pelo empoderamento do sistema capitalista, que estimulava a produtividade e defendia a liberdade de interesses individuais dos sujeitos passou-se a valorizar muito as sociedades de classe. Esta valorização das classes e empoderamento do capitalismo possibilitou o surgimento da doutrina liberal, sendo esta a precursora das demais tendências pedagógicas (RODRIGUES, 2013; NIETSCHE, 1998).

Após a análise dos PMS e demais instrumentos de gestão estes foram separados em categorias considerando as tendências pedagógicas, relacionadas as práticas de educação em saúde, quais sejam: Pedagogia Tradicional, Pedagogia renovada, Pedagogia Tecnicista, Pedagogia critico-reprodutivistas, Pedagogia Libertadora, Pedagogia Libertária (CANEVER *et al*, 2013; SAVIANI, 1987).

Pode-se dizer, após a análise dos instrumentos, que a maior parte destes se utilizam da pedagogia tecnicista para a realização das atividades de educação em saúde, isto considerando-se que, a escola tecnicista torna os processos educativos mais objetivos e operacionais, seguindo a racionalidade, eficiência e produtividade. Esta proposta educativa assume o papel de formação para o mercado de trabalho, capacitação da mão de obra qualificada, utilizando-se de planejamento, taxionomias, organização sequencial de conteúdo, recursos auditivos visuais e modelo de avaliação que considerava contexto, entrada, processo e produto. O homem é visto como um conjunto de peças que deveriam funcionar em sintonia, ou seja, como se fosse constituído de engrenagens, e, quem deveria “fabricar este produto era a escola (NIETSCHE, 1998).

O educando nesta estratégia educativa volta a ser um ser passivo, e deve ser eficiente, produtivo, que saiba lidar cientificamente com os problemas da realidade, ou seja, que saiba fazer (NIETSCHE, 1998).

Para tanto, conforme cita Nietzsche (1998), essa escola visa reforçar o sistema capitalista, não levando o indivíduo ao desenvolvimento de uma consciência crítica comprometida com a transformação social, mas levando-o a uma consciência que cultive o modelo social transformador.

Deve-se ressaltar entretanto que esta estratégia educativa utilizada na maioria dos municípios analisados não estimula o usuário/educando a empoderar-se do conhecimento, tornando-se muito mais do que um ser passivo no processo educativo, passando a ser um ser ativo e com responsabilidades sociais atribuídas.

Os PMS citam como estratégias de educação em saúde palestras, panfletos, folders, vídeos, enfim, atividades coletivas e individuais que visam “passar” o conhecimento e não construir o conhecimento, não citam a dialogicidade e o

empoderamento do usuário, tão menos a consideração do indivíduo de sua realidade e inserção social.

Para contrapor as estratégias tecnicistas de educação, alguns educadores, propuseram novas teorias da educação com vistas a mudança no processo educacional, voltando este para as classes dominadas. Os educadores brasileiros que mais se destacaram nesta luta pela mudança nas técnicas de ensino-aprendizagem foram Freire, Libâneo, Gadotti, Paulo Nosella, Miguel Arroyo e Saviani (NIETSCHE, 1998).

Conforme já citado Paulo Freire teoriza sobre a educação popular, uma educação com base na dialogicidade e com vistas ao empoderamento do educando. Para Freire (1987, p.8) “o diálogo fenomeniza e historiciza a essencial intersubjetividade humana; ele é relacional e; nele, ninguém tem iniciativa absoluta. Os dialogantes “admiram” um mesmo mundo; afastam-se dele e com ele coincidem; nele põem-se e opõem-se”. Portanto, através da dialogicidade e da troca de conhecimentos, sejam eles empíricos ou científicos, através de rodas de conversa possibilitam ao educando que seja um participante ativo do seu processo educativo. Para Freire (1987) esta estratégia educativa tem por finalidade contribuir para a libertação das classes sociais dominadas.

A proposta pedagógica progressista prega que a educação é um ato sociopolítico voltada para a realidade do indivíduo e o homem é um ser crítico-reflexivo. Ou seja, pode-se considerar que partindo de uma análise crítica das realidades sociais, é possível consolidar o compromisso e a finalidade sociopolítica da educação. (NIETSCHE, 1998).

Com estas considerações pode-se afirmar que o homem é visto como um ser concreto, objetivo, que determina e é determinado por fatores sociais, políticos, econômicos e individuais, ou seja, um ser biopsicossocial que sofre influência do meio em que vive, que não é um ser sem conhecimento (mesmo que este seja empírico), portanto a abordagem para com estes educandos deve ser horizontal, resgatando novamente aqui a dialogicidade e o empoderamento deste ser.

Nesta linha de raciocínio, pode-se dizer que é de relevante importância que as estratégias de educação em saúde sejam voltadas ao empoderamento do usuário, fazendo com que este sinta-se participante de seu processo saúde doença e que entenda

se responsabilizem neste processo, para que assim possa melhorar de fato sua qualidade de vida e saúde, auxiliado pelo sistema de saúde através dos serviços e dos profissionais de saúde.

Os instrumentos de gestão não expressam as práticas de educação em saúde utilizadas pelos municípios, entretanto vale ressaltar que mesmo estas estratégias não estando expressas em um documento não significa que as atividades educativas em saúde não sejam realizadas, portanto é importante uma investigação *in loco* para avaliar com precisão a realização ou não de atividades educativas em saúde e, a forma com que estas são realizadas. Entretanto, é importante que o que é desenvolvido nos municípios esteja apresentado nos PMS, PAS e RAG, considerando que estes são documentos públicos e oficiais que demonstram a situação na qual o município se encontra com relação a saúde, para assim, ser possível a identificação das necessidades e a elaboração de metas que amenizem ou acabem com estas necessidades.

Um destaque importante na construção deste estudo é que mesmo apresentando fragilidades a análise dos instrumentos de gestão pode não expor a realidade da localidade, ou seja, os gestores podem não entender a necessidade da exposição detalhada de tudo o que é realizado no município, e, portanto, não detalhar as atividades realizadas nestes. Ou, por vezes os profissionais responsáveis pela elaboração dos instrumentos de gestão: desconhecem a necessidade de apresentação destes instrumentos como documentos públicos e que deve conter as características, possibilidades, necessidades e objetivos de cada município; podem não compreender a relevância de traçar estratégias gerais de atividades para cada localidade; ou durante a elaboração dos instrumentos podem apenas copiar e colar os antigos instrumentos modificando o que é necessário.

Questões como estas não são justificativas. É imprescindível a reorganização das práticas e readequação dos instrumentos de gestão, para que estes apresentem muito mais que o diagnóstico superficial da localidade e as metas a serem alcançadas, mas sim, apresentar um diagnóstico situacional que apresente as necessidades e as conquistas da localidade, expondo todas as atividades, práticas, programas e projetos realizados pelos municípios, de forma a proporcionar um melhor entendimento para

assim traças metas condizentes à realidade da localidade de forma também a contemplar as diretrizes da PNAN.

3.3 Política Nacional de Alimentação e Nutrição e as estratégias de educação em saúde: um diálogo possível?

As políticas desenvolvidas pelo Estado brasileiro, cujo objeto envolve as dimensões múltiplas da alimentação e nutrição, ganharam novo direcionamento a partir da Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan) - Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) (RECINE e VASCONCELOS, 2011). De acordo com o conceito adotado na legislação brasileira (art. 3º da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006):

A segurança alimentar e nutricional - SAN - consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

A PNAN, aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado brasileiro, que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. A completar-se dez anos de publicação da PNAN, deu-se início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

A PNAN foi criada em 1999, propõe que as atividades de educação em saúde sejam consideradas uma ferramenta a ser utilizada na implantação e implementação das diretrizes que integram a referida Política, que tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como

o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2003).

Pensando nos PMS analisados a partir do estudo, cerca de 7 municípios apresentam estratégias educativas em saúde que contemplem as diretrizes apresentadas pela PNAN. Segundo Brasil (2003), são sete as diretrizes programáticas desta Política que tem como fio condutor o Direito Humano à Alimentação e a Segurança Alimentar e Nutricional, sendo elas, estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e qualidade dos alimentos; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição.

Desta forma, essas diretrizes da PNAN passam a integrar a Política Nacional de Saúde, inserindo-se, ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Então, todos os municípios necessitam de forma clara e objetiva definirem estratégias a fim de efetivar as diretrizes desta Política. Estratégias estas expressas em documento oficial, no caso dos municípios, no PMS. Cabe salientar, que o PMS, é dos requisitos para a municipalização da saúde, descrito na Lei Orgânica da Saúde nº8080/90, elaborados de quatro em quatro anos pelos municípios.

Conforme explanam Recine e Vasconcellos (2011, p.77):

A PNAN foi elaborada a partir de evidências epidemiológicas fortes - que nortearam a argumentação e a definição de suas diretrizes. Apesar de ser formulada em uma época de fortalecimento dos argumentos por um "estado mínimo", valorizou a intersectorialidade, contextualizou-se como elemento de contribuição da SAN e adotou o Direito Humano à Alimentação Adequada como princípio. No momento em que, por um lado, deflagra-se um processo organizado de balanço de sua implementação e, por outro, destacam-se aspectos em relação ao papel da alimentação e nutrição na saúde na SAN, é imprescindível o compromisso de identificar os desafios e lacunas e as estratégias que atendam a eles (RECINE; VASCONCELOS, 2011, p.77).

Ressalta-se então a relevância do trabalho em prol das diretrizes postas pela PNAN, uma vez da relevância comprovada da necessidade de atuação na alimentação e nutrição no Brasil, como garantia de melhoria de qualidade de vida e acesso aos direitos humanos.

A partir da leitura e análise dos instrumentos de gestão pode-se perceber que:

A realização de atividades educativas coletivas com hipertensos e diabéticos aparece na maior parte dos instrumentos, entretanto, nem todos explicam como estas atividades são organizadas, ou seja as estratégias utilizadas, Os instrumentos que citam as estratégias, falam brevemente sobre a utilização de palestras, fala sobre temas, distribuição de brindes e materiais diversos como folders, panfletos e vídeo na realização das atividades.

A realização de atividade educativa coletiva com gestantes, ocorre na minoria dos instrumentos analisados, os instrumentos que citam a realização dos grupos dizem que estes acontecem mensalmente utilizando-se de palestras e distribuição de materiais informativos como metodologia.

Em relação a incentivo ao aleitamento materno que segundo a PNAN (2003) deve acontecer de forma individual em consultas multiprofissionais (médicos, enfermeiras, psicólogas, nutricionistas, entre outros) e de forma coletiva durante a realização dos grupos de gestantes/puerpério é apresentado também na minoria dos instrumentos, não sendo especificado como este incentivo é realizado e se é efetivo. Além disto não é possível através dos dados do SISVAN ter um olhar sobre esta prática, uma vez que o campo referente a estes dados na maior parte é nulo ou tem dados inferiores aos de puérperas apresentados, levando a entender que o sistema não é devidamente alimentado.

As ações que propõem auxiliar na melhoria da qualidade de vida da população, que estão expressas nos instrumentos de gestão, devem acima de tudo sobrepor atividades de educação em saúde alimentar e nutricional de aconselhamento, ou seja, devem ser mais do que uma palestra, uma fala sobre “como o usuário deve agir”, “como deve cuidar da própria saúde”, “o que pode e o que não pode comer”, existe a

necessidade de que esta atividade educativa possa empoderar o usuário, sensibilizá-lo para a necessidade de cuidado da própria saúde.

O referido estudo não teve a intenção de indicar caminhos a serem percorridos rumo às transformações necessárias, como “receitas prontas” a serem seguidas, mas, sim reunir subsídios a fim de enriquecer os debates coletivos e as práticas de educação em saúde, visando a efetivação da PNAN, preservando a autonomia de cada município na construção da sua proposta.

Com a realização desse estudo percebeu-se uma fragilidade exibida nos instrumentos de gestão em saúde, referente às atividades educativas em saúde relacionadas à alimentação e nutrição na perspectiva de promover práticas alimentares e estilos de vida saudáveis comparando-os com a PNAN. Pode-se perceber que poucos são os municípios que citam quais são as atividades educativas realizadas bem como explicam a dinâmica de operacionalização dessa. Na maior parte dos PMS é apenas citada a existência de atividades grupais e individuais sem citar a forma de operacionalização dessas atividades educativas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista as fragilidades apresentadas pelos municípios em seus instrumentos de gestão podem ser traçadas algumas propostas, sendo estas:

- Apontar nos documentos, com maior clareza, quais atividades são realizadas e quais estratégias são utilizadas na realização destas.

- Propor nas estratégias de educação em saúde uma abordagem mais dinâmica e didática, com a população, de forma a possibilitar que as pessoas se empoderem do conhecimento e se tornem proliferadores desse.

- Entender os usuários como seres biopsicossociais que apresentam contextos de vida e história diferenciada e devem ser tratados de forma humanizada e individualizada, sem ter seu conhecimento prévio ignorado e/ou desvalorizado.

- Promover trabalho interdisciplinar e multiprofissional com os profissionais da equipe traçando planos de trabalho de modo que todos estejam de alguma forma envolvidos e cientes das atividades desenvolvidas na unidade.

- Proporcionar conversação dos membros da equipe entre si e com os usuários, promovendo vínculos profissionais e com a população que usufrui dos serviços de saúde.

Vale ressaltar que uma vez presentes nos instrumentos de gestão, as atividades educativas em saúde voltadas a alimentação e nutrição, poderão garantir a consolidação da PNAN e desta forma, proporcionar um meio para o alcance dos direitos humanos básicos, como é o caso da alimentação.

Existe então a necessidade de expandir os olhares e perspectivas teórico-metodológicas na direção do diálogo interdisciplinar e multiprofissional, buscando a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, indiretamente no aprimoramento dos instrumentos de gestão, bem como, através da qualificação das atividades educativas em saúde, transformando estas em verdadeiros momentos de diálogo, troca de conhecimento e aprendizado conjunto.

Na construção deste estudo percebeu-se, além das fragilidades apresentadas pelos municípios na construção de seus instrumentos de gestão limitações inerentes ao próprio estudo.

Um dos aspectos que podem ser citados como limitação do estudo é, o tempo reduzido para a coleta de dados, acarretando talvez aos municípios tempo insuficiente para responder ao contato eletrônico. Ainda, pode-se supor que o meio eletrônico pode não ter sido a melhor forma de contatar os municípios, sendo importante talvez contato telefônico.

Cita-se ainda o conhecimento das atividades de educação em saúde apenas através dos instrumentos de gestão em saúde, sendo importante uma intervenção direta com os gestores, profissionais de saúde e comunidade de cada município para entender como as atividades de educação em saúde são realizadas, quais as estratégias utilizadas

para esta, os atores envolvidos nestas práticas, bem como a consideração ou não do indivíduo como um ser biopsicossocial influenciado pelo meio.

O estudo das atividades educativas em saúde *in loco* nos municípios poderia proporcionar uma ampliação do olhar adquirido a partir do estudo realizado com os instrumentos de gestão, auxiliando no entendimento das práticas educativas realizadas e também na melhoria da construção dos instrumentos de gestão. Podendo incitar diretamente nos gestores e participantes da organização dos instrumentos de gestão a relevância da completude destes documentos, seguindo a linha de recomendações do PlanejaSUS para a organização dos instrumentos de gestão em saúde, mas, não se detendo apenas neste.

Sugere-se então a operacionalização de um projeto que possa estudar as atividades de educação em saúde desenvolvidas nos municípios, a partir de um estudo de caso, indo a campo, conversando com gestores, profissionais da saúde e público alvo das estratégias educativas.

O presente estudo não teve por objetivo analisar os instrumentos de gestão e traçar estratégias prontas e pontuais para a melhoria destes, mas sim, identificar elementos que possam contribuir na caminhada para a implementação de cada instrumento de gestão em saúde nas possibilidades e competências de cada município. Pois, entende-se que cada município está inserido em uma realidade sócio econômica cultural e enfrentarão de forma diferenciada as sugestões propostas com este estudo.

REFERÊNCIAS

BAHIA. **Manual de Planejamento Municipal em Saúde**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Salvador, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 3.085 de 1 de dezembro de 2006**. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União 2006; 4 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Art. 3º da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Diário oficial da República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva. Instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde – CNEPS. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição/ministério da saúde**. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição/ministério da saúde**. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde 2012.

BRASIL. Saúde mais perto de você. DAB. PNAN – **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>. Acesso em: 11/11/2014.

BRASIL. Ministro de Estado da Saúde. **Portaria Nº 3.176, DE 24 de dezembro de 2008**. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Disponível em: http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/vigilancia_epidemiologica/doencas_transmissiveis/arquivo/2013/04/21/Portaria%20NHE%202254%20de%202010.pdf. Acesso em: 11/11/2014.

CANEVER, Bruna Pedroso; PRADO, Marta Lenise do; BACKES, Vânia Marli Schubert; SCHVEITZER, Mariana Cabral. Tendências pedagógicas na produção do conhecimento em educação em enfermagem do estado de São Paulo. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2013, vol.66, n.6, pp. 935-941. ISSN 0034-7167.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, vol.63, n.4, pp. 567-573. ISSN 0034-7167.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADOTTI, Moacir. **Perspectivas atuais da educação.** Porto Alegre: ARTMED, 2000. p. 09-15.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O Singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil.** IN: SAUPE, Rosita (Org.). Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: EDUFSC, 1998, cap.4

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas.** Fiocruz. 2008. ISBN: 978-85-7541-158-2.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Dicas 22: Segurança Alimentar e Nutricional: um conceito a ser posto em prática, um direito a ser conquistado.** Janeiro/2003. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/component/content/article/112->

[uncategorised/242-dicas-22-seguranca-alimentar-e-nutricional-um-conceito-a-ser-posto-em-pratica-um-direito-a-ser-conquistado](#). Acessado em: 26/11/2014.

XAXIM. Prefeitura Municipal de Xaxim. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Xaxim**. 2014-2017.

RECINE, Elizabetta; VASCONCELOS, Ana Beatriz. Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 73-79, 2011.

REDE SANS LEME. Rede de defesa e promoção da alimentação saudável, adequada e solidária. **Problemas alimentares e nutricionais no Brasil**. 2011. Disponível em: <http://redesansleme.blogspot.com.br/2011/11/problemas-alimentares-e-nutricionias-no.html>. Acesso em: 26/11/2014.

RODRIGUES, Jéssica de Alcântara et al. Tendências pedagógicas: conflitos, desafios e perspectivas de docentes de enfermagem. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2013, vol.37, n.3, pp. 333-342. ISSN 0100-5502.

SANTA CATARINA. Governo de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=525&Itemid=190. Acesso em: 22/10/2014.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr.** [online]. 2005, vol.18, n.5, pp. 681-692. ISSN 1415-5273.

SAVIANI, Dermeval. Escola e Democracia. 19ed. São Paulo: Cortez, 1987, 96p.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. v. 1. 167p.