

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMEIRAS EM
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Joanita Cechin Donaduzzi

**Santa Maria, RS, Brasil
2009**

AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMEIRAS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

por

Joanita Cechin Donaduzzi

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves

**Santa Maria, RS, Brasil
2009**

D674a

Donaduzzi, Joanita Cechin

Ações educativas de enfermeiras em estratégias de saúde da família / por Joanita Cechin Donaduzzi. – 2009. 107 f. ; 30 cm.

Orientadora: Eliane Tatsch Neves

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2009.

1. Enfermagem 2. Enfermeiros 3. Ações educativas
4. Programa de Saúde da família 5. Educação em saúde
I. Neves, Eliane Tatsch II. Título.

CDU 616-083

Ficha catalográfica elaborada por
Maristela Eckhardt - CRB-10/737

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação de Mestrado

**AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMEIRAS EM ESTRATÉGIAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

elaborada por
Joanita Cechin Donaduzzi

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:



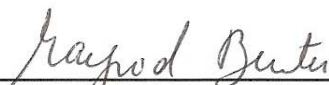
Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Ivone Evangelista Cabral, Dra. (UFRJ/EEAN)



Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)



Margrid Beuter, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 25 de novembro de 2009.

*Dedico esse trabalho, com todo amor e carinho,
aos meus pais João e Lucí,
que não são apenas pais, mas amigos e companheiros...
Em todas as jornadas...*

AGRADECIMENTOS

Ao término de mais uma caminhada, é preciso de modo especial, Refletir... E agradecer...

À Deus, pela vida e por ter guiado meus caminhos e minhas decisões para que eu conseguisse mais essa conquista em minha vida. Ao mesmo tempo, peço que Continues comigo dando-me forças para que eu possa trilhar com sucesso essa nova caminhada.

Aos meus pais João e Lucí que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade e respeito. Pelo amor e carinho, pelo apoio que recebi em mais essa caminhada. Espero um dia poder retribuir tudo isso à vocês. Essa conquista é nossa. Amo vocês!

Ao meu irmão Eugênio, que sempre esteve presente em minha vida com sua alegria de criança e, soube esperar com paciência pelas brincadeiras, quando percebia que eu estava construindo esse estudo. A mana te ama!

Ao meu noivo Gustavo, que soube compreender os momentos de ausência e, pacientemente deu-me forças acolhendo-me nos momentos difíceis sempre com palavras e demonstrações de amor e carinho. Essa conquista também é tua. Te amo!

À minha orientadora Eliane Tatsch Neves, pela competência, dedicação e carinho. Por ter acreditado em mim apesar do pouco tempo de convivência, e sem dúvida pela amizade conquistada. As suas contribuições, ideias e

sugestões foram fundamentais para a concretização desse estudo e ajudaram-me a crescer.

Às Professoras Ivone Evangelista Cabral, Maria de Lourdes Denardin Budó e Margrid Beuter, componentes da Banca Examinadora, obrigada pelo estímulo, incentivo e contribuições.

Às amigas e colegas dessa Turma de Mestrado pelos momentos de troca de experiências e aprendizado proporcionado, pelo carinho e amizade.

Aos colegas e amigos Luiz Venturini, Fernanda Sarturi e Francine Warth pela disponibilidade de organizar e reorganizar as escalas de trabalho, para que eu pudesse desenvolver esse estudo.

À amiga Lúcia - Tata - pelas palavras de carinho e incentivo, dando-me forças para continuar essa caminhada.

Às enfermeiras participantes desse estudo, por terem confiado em mim, pela receptividade e pelo compartilhar de experiências.

Aos meus primos Catiane, Jenesca e Joanei, e amigos Marilise, Andréssa e Mateus, pelos momentos de alegria e descontração proporcionados durante esse período de muitas reflexões.

Enfim, a todas as pessoas que fizeram parte dessa caminhada e que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui. Com carinho deixo a minha gratidão.

*Pois a vida está nos olhos de quem sabe ver...
Se não houve frutos, valeu a beleza das flores...
Se não houve flores, valeu a sombra das folhas...
Se não houve folhas, valeu a intenção da semente.*

Henfil

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMEIRAS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: JOANITA CECHIN DONADUZZI
ORIENTADORA: ELIANE TATSCH NEVES

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 25 de novembro de 2009.

A educação em saúde se constitui em um processo que visa contribuir para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, estimulando a busca de soluções e a organização para a ação coletiva e a transformação da realidade. Dessa forma, a prática de educação em saúde precisa estar intrínseca no cotidiano assistencial do enfermeiro que atua em Estratégia de Saúde da Família, priorizando ações de promoção da saúde, em uma prática educativa que congregue o saber popular e o saber científico. Assim, o presente estudo objetivou caracterizar as ações educativas desenvolvidas por esses enfermeiros bem como discutir as concepções de ensino que norteiam a realização dessa prática. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo etnográfica, desenvolvida em duas unidades de ESF em município do sul do Brasil. Para a produção dos dados, utilizou-se a triangulação das seguintes técnicas de pesquisa: observação participante, entrevista etnográfica e análise documental. Para análise e interpretação dos dados, foi desenvolvida a análise de discurso francesa, sendo aplicadas as ferramentas analíticas: metáfora, polissemia e paráfrase. A partir da análise das entrevistas conjugada com as anotações do diário de campo e da análise documental, foram caracterizadas as ações educativas de enfermeiras em ESF e duas categorias analíticas emergiram: a educação em saúde no cotidiano de enfermeiras de ESF e a prática educativa desenvolvida por enfermeiras de ESF e a autonomia do usuário. Os resultados apontaram que as ações educativas desenvolvidas pelas enfermeiras têm oscilado, principalmente, entre uma prática higienista e tecnicista centrada na tendência pedagógica tradicional e uma marca discursiva que se aproxima com o referencial da pedagogia crítica. Assim, percebeu-se um conflito ideológico e um dilema ético entre o discurso (teoria) e a prática dessas enfermeiras. Recomenda-se a necessidade de efetivar uma prática educativa em saúde, envolvendo a comunidade por meio de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver mais saudável.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em saúde. Programa de Saúde da Família. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

EDUCATION ACTIONS OF THE NURSES IN FAMILY HEALTH STRATEGY

MASTER CANDIDATE: JOANITA CECHIN DONADUZZI
ADVISOR: ELIANE TATSCH NEVES

Place and presentation date: Santa Maria, November 25, 2009.

Health education is a process that aimed to contribute to formation and development of the people's critical conscious. It is in order to search solutions and organization of the collective action and the change of the reality. In this way, the practice of health education needs to be intrinsic in the nurse's assistance daily in the Family Health Strategy (FHS). He/she needs to prior actions of health promotion in a practice that gathered the popular and scientific knowledge. This study aimed to characterize the education actions developed by these nurses and to discuss the theoretical conceptions that lead these practice. It is a qualitative study with an ethnographic approach developed in 2 units of FHS in southern Brazil. The data were produced through triangulation, using three techniques: participant observation, ethnographic interview and documental analysis. The data was analyzed using the French stream of discourse analysis. The analytical tools used were: metaphor, polissemia and paraphrase. The interviews analysis linked with the field diary notes and the documental analysis to drive the characterization of education actions of the nurses of FHS. After that 2 categories emerged: the health education in the FHS nurses' work daily and educative practice developed of nurses in the FSH and the autonomy of the users. The results pointed out that education actions developed by nurses ranging, mainly, between a hygienist and technician practice centered in the traditional pedagogical trend. In the other hand, they have discursive marks near to critical pedagogy referential. We perceived an ideological conflict and an ethical dilemma between the discourse (theory) and the practice of these nurses. We recommend the necessity of an educational practice in health more effectiveness that could involve the community through a participative process. The educational practice could permit to them a critical reflection about the reality and about the factors determinants to live healthier.

Key words: Nursing. Health Education. Family health program. Health promotion.

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – UFSM | 97 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 99 |
| APÊNDICE B – Autorização institucional para realização da pesquisa | 101 |
| APÊNDICE C – Formulário para caracterização dos enfermeiros sujeitos do estudo | 102 |
| APÊNDICE D – Roteiro para observações | 103 |
| APÊNDICE E – Diário de Campo | 104 |
| APÊNDICE F – Roteiro para entrevista..... | 105 |
| APÊNDICE G – Roteiro da entrevista realizada com E1 | 106 |
| APÊNDICE H – Roteiro da entrevista realizada com E2..... | 108 |

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 Aproximação com a temática do estudo | 16 |
| 1.2 Nexos da temática com a problemática do estudo | 18 |
| 1.3 Justificativa | 21 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 23 |
| 2.1 As contribuições das tendências pedagógicas para a educação em saúde | 23 |
| 2.1.1 Pedagogia Tradicional ou Ensino Convencional | 25 |
| 2.1.2 Pedagogia Renovada | 26 |
| 2.1.3 Pedagogia por Condicionamento ou Ensino Progressista..... | 27 |
| 2.1.4 Pedagogia Crítica ou Ensino Libertador/Criativo | 28 |
| 2.2 As contribuições freirianas e sua possibilidade de aplicação no campo da saúde | 30 |
| 2.3 A educação em saúde e a Estratégia de Saúde da Família | 33 |
| 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA | 37 |
| 3.1 Caracterização do estudo | 37 |
| 3.2 Técnicas utilizadas para a coleta dos dados | 38 |
| 3.2.1 Técnica de Observação..... | 39 |
| 3.2.2 Técnica de Entrevista | 40 |
| 3.2.3 Técnica de Análise Documental | 41 |
| 3.3 Universo empírico | 42 |
| 3.4 Considerações éticas do estudo | 44 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.5 Procedimentos e estratégias de desenvolvimento da coleta dos dados – inserção etnográfica | 44 |
| 3.6 Organização, análise e interpretação dos dados | 47 |
| 4 AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMEIRAS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... | 51 |
| 4.1 Caracterização das ações educativas de enfermeiras de Estratégias de Saúde da Família..... | 51 |
| Ações educativas individuais | 51 |
| Ações educativas desenvolvidas em grupo | 55 |
| Atividades de caráter administrativo relacionadas com as ações educativas | 57 |
| 4.1.1 As ações educativas no cotidiano de enfermeiras da ESF..... | 58 |
| 4.2 As facilidades e dificuldades ao realizar ações educativas na concepção de enfermeiras de Estratégias de Saúde da Família | 63 |
| 4.2.1 Elementos facilitadores e dificultadores do processo de educação em saúde | 66 |
| 5 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PERPASSANDO O COTIDIANO DE TRABALHO DE ENFERMEIRAS DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... | 72 |
| 5.1 A educação em saúde no cotidiano de enfermeiras de Estratégias de Saúde da Família..... | 72 |
| 5.1.1 A concepção de educação em saúde no cotidiano das enfermeiras da ESF | 75 |
| 5.2 A prática educativa desenvolvida pelas enfermeiras e a autonomia do usuário | 78 |
| 5.2.1 A busca pela promoção da autonomia do usuário no discurso das enfermeiras | 82 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 87 |
| REFERÊNCIAS..... | 91 |
| ANEXOS..... | 96 |
| ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – UFSM | 97 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| APÊNDICES | 98 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 99 |
| APÊNDICE B – Autorização institucional para realização da pesquisa | 101 |
| APÊNDICE C – Formulário para caracterização dos enfermeiros sujeitos do estudo | 102 |
| APÊNDICE D – Roteiro para observações | 103 |
| APÊNDICE E – Diário de Campo | 104 |
| APÊNDICE F – Roteiro para entrevista..... | 105 |
| APÊNDICE G – Roteiro da entrevista realizada com E1 | 106 |
| APÊNDICE H – Roteiro da entrevista realizada com E2..... | 108 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com a temática do estudo

Os profissionais enfermeiros possuem papel fundamental na atenção em saúde, especialmente, no que se refere às ações de educação em saúde com as populações, como estratégia de promoção da saúde. Tendo em vista o potencial articulador desse profissional, considera-se que o mesmo possa ser capaz de atuar como agente de mudança, em busca da consolidação de novas práticas de saúde, voltada à integralidade das ações e comprometida com as reais necessidades da população.

Nesse sentido, é que, durante atividades realizadas na comunidade enquanto acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, a efetividade das ações educativas em saúde desenvolvidas por enfermeiros em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) inquietou-me. Em se tratando de práticas educativas em saúde, destaco o modelo pedagógico, ou seja, a forma como as práticas são desenvolvidas. Desse modo, acreditava ser pouco efetiva a forma como as ações educativas eram desenvolvidas, parecendo não fazer sentido para os usuários.

Observava que, na maioria das vezes, havia, por parte, não só dos enfermeiros como também dos demais integrantes da equipe, uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças. Com isso, inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção eram enfatizadas. Visualizava, nesse modelo, características muito semelhantes a do modelo biomédico centrado na doença, pouco contribuindo para a emancipação do usuário e distanciada da lógica da ESF.

Segundo Chiesa e Veríssimo (2004), esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas

participativas, como, por exemplo, a formação de grupos, sua organização prevê, prioritariamente, aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais.

Assim, percebi que os profissionais apresentavam algumas dificuldades em desenvolver o processo educativo em saúde com os usuários. Suas ações pareciam, muitas vezes, não favorecer o desenvolvimento da autonomia dos mesmos.

Para Pereira (2003), a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na construção e aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender.

Nesse sentido, a prática educativa em saúde refere-se tanto as atividades de educação em saúde voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde, quanto às atividades de educação permanente, dirigidas aos trabalhadores da área da saúde através da formação profissional (PEREIRA, 2003).

Conforme a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde pode ser considerada um processo de capacitação das pessoas para o aumento do controle sobre os determinantes de sua saúde, apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação em saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

Com isso, tendo por base a concepção de saúde da Declaração de Alma-Ata (1978) e os princípios norteadores da Carta de Ottawa (1986), que apontam a promoção da saúde como um processo, visando à melhoria de saúde da comunidade, prevendo a sua participação efetiva nesse processo, desencadearam, discussões e reflexões sobre essa temática no Brasil. A partir disso, a importância e a necessidade do desenvolvimento de práticas educativas em saúde, visando à qualidade de vida e a

autonomia da população vem sendo abordada tanto na formação quanto na assistência em saúde no Brasil.

Dessa forma, o Ministério da Saúde iniciou, a partir de 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileiro que encontrava-se direcionado ao modelo hospitalocêntrico, centrado no indivíduo e na doença. Atualmente, o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, e consiste em uma estratégia de reorientação da atenção primária (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a ESF pode ser vista como um espaço de educação em saúde e com o papel central o desenvolvimento, por parte dos profissionais integrantes, de uma prática educativa voltada para a promoção da saúde, com um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais (BESEN et al., 2007).

O Ministério da Saúde preconiza que as equipes de ESF planejem suas ações visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, com uma abordagem integral da família, destacando, dentre diversas atribuições comuns aos profissionais da referida equipe, a organização de grupos e atividades de educação para a saúde (BRASIL, 2001).

Dessa forma, o enfermeiro, como integrante da ESF, deve atuar priorizando ações de educação em saúde e promoção da saúde, adotando uma prática educativa apropriada, a fim de conseguir sincronizar o saber popular e o saber técnico científico. Assim, a prática de educação em saúde precisa estar intrínseca ao cotidiano assistencial do enfermeiro em ESF, norteando as suas ações, tanto assistenciais quanto gerenciais e de educação permanente. Portanto, pensa-se que o enfermeiro de ESF trabalha nessa perspectiva, porém a questão que norteia esse estudo é de que forma e fundamentado em quais tendências pedagógicas ele vem desenvolvendo as suas ações educativas, tendo em vista a lógica preconizada pela ESF.

1.2 Nexos da temática com a problemática do estudo

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a educação em saúde é um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das

peessoas, estimulando a busca de soluções e a organização para a ação coletiva, sendo que a prática de saúde como prática educativa deve ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, a autonomia é vista como categoria norteadora da promoção da saúde, sendo considerada um determinante fundamental para a saúde. Para Fleury-Teixeira et al. (2008), a ideia de autonomia conduz à ideia de liberdade e de capacidade de exercício da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações, e às possibilidades e capacidades para construírem sua trajetória de vida.

Assim, a problemática desse estudo pauta-se no modo como as ações educativas vêm sendo desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam em ESF, pois de acordo com as diretrizes, essas precisam apontar no sentido do desenvolvimento de autonomia e quiçá ao desenvolvimento do processo de empoderamento dos usuários.

Entende-se que o desenvolvimento da autonomia implica em aquisição de conhecimentos para o exercício da tomada de decisões por si mesmos. Assim, o usuário ao exercitar sua autonomia pode estar ensaiando os primeiros passos em direção ao desenvolvimento de seu processo de empoderamento.

Nesse sentido, fundamentada na teoria crítica libertadora de Paulo Freire, empoderamento pode ser compreendido como um processo em que os sujeitos se tornam capazes de tomar decisões, partindo de uma leitura crítica da realidade, desvelando e decodificando as dimensões ideológicas de textos, instituições, práticas sociais e formas culturais (FREIRE, 1980; MAYO, 1995).

Para Vernier (2007), estar empoderado é ter liberdade para tomar as suas próprias decisões, munidos de informações para isso. Nesse sentido, destaca-se a reflexão sobre sua realidade, contexto político-social, representando o primeiro passo na transição para uma consciência crítica. Assim, ser ou estar empoderado significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde.

Partindo-se da importância do profissional enfermeiro realizar ações de educação em saúde na perspectiva do desenvolvimento da autonomia do usuário e, de seu senso de empoderamento, buscou-se, na literatura científica nacional, publicações da área da saúde que abordaram o tema educação em saúde e saúde da família, constituindo-se no seu estado da arte.

As publicações selecionadas nas bases de dados LILACS e SCIELO têm apontado que as práticas educativas desenvolvidas em saúde, em geral, estão centralizadas na doença e no indivíduo, denotando um modelo tradicional, curativo e individual de assistência (BORGES e JAPUR, 2005; SILVA et al., 2006; BESEN et al., 2007; OLIVEIRA e MARCON, 2007; CARVALHO, CLEMENTINO e PINHO, 2008).

Entretanto, alguns estudos apontam o desenvolvimento de uma prática educativa-participativa, considerando a autonomia dos usuários e da comunidade para o exercício da cidadania, como estratégia para a transformação da realidade (SILVA et al., 2006; BESEN et al. 2007; FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008; MORETTI-PIRES e BUENO, 2009; HORTA et al., 2009).

Também foi desenvolvida uma busca bibliográfica no Catálogo do CEPEn/ABEn e no Portal de teses e dissertações da CAPES no período entre 1979 e 2008, visando analisar as produções acadêmicas de Enfermagem relacionadas à temática do estudo. Nesse sentido, as produções selecionadas no período evidenciaram que a educação em saúde vem sendo realizada pelos enfermeiros, tendo por base a tendência pedagógica tradicional e, portanto, parece pouco ter contribuído para o processo de empoderamento dos sujeitos.

Nesse sentido considera-se que ainda existem lacunas no conhecimento, relacionadas à temática e torna-se relevante a realização de novas pesquisas nessa área para contribuir com a construção do conhecimento na Enfermagem, apontando a autonomia como um referencial de libertação e emancipação, tanto do usuário, quanto do próprio enfermeiro.

Dessa forma e tendo em vista as considerações anteriores **questiona-se**: como os enfermeiros têm desenvolvido as ações educativas em unidades de ESF?

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como **objeto** as ações educativas dos enfermeiros das unidades de ESF e como **objetivos**:

- Caracterizar as ações educativas de enfermeiros em unidades de Estratégias de Saúde da Família;
- Discutir as concepções de ensino que norteiam a prática educativa desses enfermeiros.

1.3 Justificativa

Considerando a saúde como produção social de múltiplos condicionantes, a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção se torna indispensável para a conquista de melhorias na qualidade de vida (HORTA et al., 2009). Partindo desse pressuposto, a prática educativa em saúde pressupõe a existência de uma relação dialógica entre o profissional e o usuário, visando à autonomia do usuário.

Nesse sentido, a ESF é vista como um modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, tornando possível a concretização de ações de promoção da saúde, por meio de ações de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais que a integram. Entretanto, tais ações educativas devem ser realizadas no sentido de promover reflexões, tanto nos profissionais quanto nos usuários, que conduzam estes ao desenvolvimento de sua autonomia. Assim, a atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto da ESF passa a ser de facilitadores no processo de educação em saúde.

Em estudo realizado por Besen et al. (2007) relacionado com a educação em saúde em ESF, a formação dos profissionais de saúde consagrou-se como uma das problemáticas centrais. Seus discursos foram permeados por uma concepção de educação em saúde voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos usuários, numa relação vertical e impositiva.

Também, para Oliveira e Marcon (2007), os enfermeiros que atuam em ESF demonstram um despreparo para assistir à família, visto que a utilização de estratégias como a visita domiciliar, a educação em saúde e o acolhimento ainda são marcados pelo modelo tradicional, curativo e individual da assistência.

Em outro estudo realizado por Horta et al. (2009), os depoimentos dos integrantes da ESF demarcaram que o usuário não é visto como um co-partícipe do processo saúde-doença. Para que seja atendido é necessário que se enquadre em uma das ofertas do “cardápio” posto, e dessa forma, o usuário geralmente traz uma queixa direcionada ao profissional médico. Ainda os mesmos autores concluem que para a prática da promoção da saúde é necessário uma desconstrução do modelo assistencial vigente.

Ainda, para Moretti-Pires e Bueno (2009), o contexto que se mostra é que a transformação legal da atenção primária no país não garante aproximação entre a teorização da ESF e o processo de trabalho, de fato, nos serviços de saúde. E, concomitante a isso, as transformações não são acompanhadas pela formação dos profissionais de saúde nas instituições de ensino superior.

Nesse sentido, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a educação em saúde deve perpassar o cotidiano assistencial do enfermeiro que atua em ESF em todos os seus níveis e no sentido de promover a autonomia dos usuários. Entretanto, na prática, observou-se que ainda existe pouca resolutividade das ações dos profissionais de saúde, dentre eles, do enfermeiro, nesse processo.

Com isso, acredita-se que reflexões no cotidiano dos serviços de saúde, de forma conjunta, envolvendo os profissionais, os gestores e os usuários acerca das práticas educativas em saúde possam ser capazes de propiciar a implementação de práticas de promoção da saúde e construção coletiva de estratégias para a efetivação da proposta da ESF.

Também considera-se importante a articulação entre os centros formadores de recursos humanos e os serviços de saúde, com a finalidade de formar profissionais preocupados com as reais necessidades da população e capacitados para atuarem nessa modalidade de assistência.

Nesse sentido, para justificar esse estudo bem como ressaltar a sua relevância, retomo a importância do desenvolvimento de ações educativas pautadas em um modelo que conduza os usuários ao processo de emancipação e empoderamento em saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, serão desenvolvidos tópicos que contribuem para a fundamentação do objeto de estudo. As temáticas abordadas dizem respeito às contribuições das tendências pedagógicas para a educação em saúde, às contribuições freirianas e sua possibilidade de aplicação no campo da saúde e à educação em saúde e a Estratégia de Saúde da Família.

2.1 As contribuições das tendências pedagógicas para a educação em saúde

A educação em saúde não é uma prática recente. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares visando difundir cuidados “higiênicos” a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias.

Houve sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção (CHIESA e VERÍSSIMO, 2004).

Esse modelo, ainda vigente, condiciona a prática educativa a ações que visam modificar as práticas dos indivíduos, consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, como, por exemplo, a formação de grupos, sua organização prevê, prioritariamente, aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais (CHIESA e VERÍSSIMO 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) salienta que a educação em saúde é uma prática social, é um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, estimula a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. A prática de saúde como prática educativa deixa de ser um processo de persuasão ou de transferência de informação e passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade.

Em vista disso é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Dessa forma considera-se fundamental a importância da educação no campo da saúde, tornando-se necessária a discussão sobre as concepções das práticas educativas. Essas concepções são norteadas pelas tendências pedagógicas, a forma pela qual é compreendido o processo de ensino-aprendizagem.

De acordo com Pereira (2003), as tendências pedagógicas dominantes no sistema educacional brasileiro referem-se à forma predominante pela qual se efetua o processo educativo. Muitas vezes os professores ou os instrutores de um mesmo cenário educativo podem utilizar processos pedagógicos diferentes e, portanto, haver uma mescla das tendências utilizadas.

Reibnitz e Prado (2006) apontam que o ensino em enfermagem, assim como praticamente todo o modelo educacional brasileiro, tem sido fortemente marcado pelas correntes de pensamento que orientam a produção do conhecimento humano. As correntes que orientam a prática pedagógica determinam o modo de ensinar e aprender, e todo professor precisa refletir sobre a sua própria prática, questionando-se de qual modo se aproxima sua prática pedagógica.

Nesse sentido, de acordo com Pereira (2003), podem ser classificadas em quatro as maneiras de ensinar: pedagogia tradicional, pedagogia renovada, pedagogia por condicionamento e pedagogia crítica. Já Reibnitz e Prado (2006) referem-se a três as maneiras de ensinar: ensino convencional, ensino progressista e ensino

libertador/criativo. Dessa forma, acredita-se que a pedagogia tradicional relacione-se com o ensino convencional; a pedagogia por condicionamento se aproxime do ensino progressista; e a pedagogia crítica esteja imbricada no ensino libertador/criativo. Assim, a integração dessas duas classificações será aplicada na apresentação das tendências pedagógicas relacionadas com a educação em saúde.

2.1.1 Pedagogia Tradicional ou Ensino Convencional

Nessa tendência pedagógica, as ações de ensino estão centradas na exposição de conhecimentos pelo professor que assume funções como vigiar e aconselhar os alunos, corrigir e ensinar a matéria. É visto como a autoridade máxima, um organizador dos conteúdos e estratégias de ensino e, portanto, o único responsável e condutor do processo educativo (PEREIRA, 2003).

Para Reibnitz e Prado (2006), o objetivo deste modelo de ensino é a acomodação, ensinar as pessoas a aceitar e a adaptar-se às situações sociais, com a intencionalidade de controlar a sociedade. Os alunos são passivos e vistos como recipientes vazios a serem preenchidos com conhecimentos padronizados.

Assim, na relação professor-aluno, prevalece a autoridade do professor, exigindo uma atitude receptiva dos alunos e impedindo a comunicação entre eles. O professor transmite o conteúdo como uma verdade a ser absorvida. Os conteúdos do ensino correspondem aos conhecimentos e valores sociais acumulados pelas gerações passadas como verdades acabadas, e, embora a escola vise à preparação para a vida, não busca estabelecer relação entre os conteúdos que se ensinam e os interesses dos alunos, tampouco entre esses e os problemas reais que afetam a sociedade (PEREIRA, 2003).

Oliveira (2005) denomina esse modelo de prática pedagógica na saúde como o modelo preventivo de educação em saúde, também chamado de educação em saúde tradicional, fundamentalmente informado pelas tradições da biomedicina cujo objetivo é a prevenção de doenças.

A abordagem preventiva da educação em saúde difunde a ideia de que os modos de vida dos indivíduos – regime alimentar pobre, falta de exercícios, tabagismo

– são as principais causas da falta de saúde, o que produz uma representação de falta de saúde como uma falha moral da pessoa e um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio infortúnio. Ainda, o modelo preventivo da educação em saúde tem como pressuposto a ideia de que os profissionais da saúde sabem o que se constitui em estilo de vida saudável e seus objetivos devem ser alcançados por meio da persuasão dos indivíduos (OLIVEIRA, 2005).

Ainda para a mesma autora, esse pressuposto pode levar o comportamento humano à dependência de uma definição médica de correção ou de medicalização da vida e isso é problemático porque pressupõe a aceitação social da medicina como fonte legítima da verdade, constituindo-a numa instituição de controle social.

Dessa maneira, considerar a educação como um simples instrumento de transmissão de informações, no sentido de uma educação “bancária” (FREIRE, 2001), supõe o entendimento convencional do que seja fazer educação.

2.1.2 Pedagogia Renovada

A pedagogia renovada inclui várias correntes que, de uma forma ou de outra, embora admitam divergências, assumem um mesmo princípio norteador de valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social. O centro da atividade escolar não é o professor, nem os conteúdos disciplinares, mas sim o aluno como ser ativo e curioso. O mais importante não é o ensino, mas o processo ensino-aprendizagem (PEREIRA, 2003).

O professor facilita o desenvolvimento livre e espontâneo do indivíduo, o processo de busca pelo conhecimento, que deve partir do aluno. Cabe ao professor, então, organizar e coordenar as situações de aprendizagem, adaptando suas ações às características individuais dos alunos, para desenvolver capacidades e habilidades intelectuais de cada um. O professor estimula ao máximo a motivação dos alunos, despertando neles a busca pelo conhecimento, o alcance das metas pessoais, metas de aprendizagem e desenvolvimento de competências e habilidades. Assim, com o professor atuando dessa forma, o processo de ensino é desenvolvido para proporcionar

um ambiente favorável ao autodesenvolvimento e valorização do aluno (PEREIRA, 2003).

Essa é uma tendência de ensino do início do século XX e no Brasil teve grande penetração na década de 1930, a qual procurava estimular a curiosidade da criança para o aprendizado, utilizando como estratégias de aprendizagem os jogos educativos.

Como uma nova metodologia e, embora muito difundida na época, na prática não se disseminou por todo o sistema de ensino, pois a ideia de um ensino guiado pelo interesse dos alunos acabou, em muitos casos, por desconsiderar a necessidade de um trabalho planejado, perdendo-se de vista, assim, o que se deve ensinar e o que se deve aprender (BRASIL, 1997).

2.1.3 Pedagogia por Condicionamento ou Ensino Progressista

Essa tendência pedagógica surgiu nos anos 1970, época em que proliferou o chamado “tecnicismo educacional” e se concentra no modelo de conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de condicionar o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor. Nessa modalidade, a prática pedagógica é altamente controlada e dirigida pelo professor, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser programada em detalhes (PEREIRA, 2003).

Ainda para a mesma autora, à educação escolar compete organizar o processo de aquisição de habilidades, atitudes e conhecimentos específicos para a produção de indivíduos competentes tecnicamente para o mercado de trabalho.

Para Reibnitz e Prado (2006), nessa abordagem, objetiva-se ensinar, empenhando-se na mudança de alguma coisa, sem, no entanto, alterar a ordem estabelecida, para pacificar e acomodar a sociedade, principalmente aqueles que protestam. Os alunos são considerados incapazes e, por isso, o professor educa e ocupa os alunos. No processo educativo, há diálogo e debates, mas o professor é quem decide o que é certo e o que é errado.

Dessa forma, os métodos utilizados são os procedimentos e técnicas necessários para o controle do ambiente da aprendizagem a fim de que seja

assegurada a transmissão/recepção das informações e, nesse âmbito, o principal modo de aprender ainda é a memorização.

Pereira (2003) afirma que essa tendência vem influenciando a formação dos profissionais da área da saúde, já que os mesmos citam o cliente como objeto e não como um sujeito de suas ações. Como objeto, as ações são centradas no seu corpo ou órgão afetado, sendo assim, necessário integrar, na formação desses profissionais, uma formação humanística.

2.1.4 Pedagogia Crítica ou Ensino Libertador/Criativo

No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, a abertura política no final do regime militar coincidiu com uma intensa mobilização de educadores para a busca de uma educação crítica, a serviço das transformações sociais, econômicas e políticas, tendo em vista a superação das desigualdades sociais (PEREIRA, 2003).

Nessa pedagogia, a educação é uma atividade em que os professores e os alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social.

Pereira (2003) salienta que o método de ensino é realizado na forma de trabalho educativo, através de grupos de discussão, no qual, o professor está ao mesmo nível de importância em relação aos alunos, visto que seu papel é animar a discussão. Dessa forma, o método de ensino se fundamenta na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto alunos quanto professor.

No modelo de ensino libertador/criativo, o conhecimento tem mão dupla e a aprendizagem pode ocorrer em qualquer espaço, pois a sala de aula é a própria vida (REIBNITZ e PRADO, 2006).

Oliveira (2005) denomina esse modelo de prática pedagógica na saúde como o modelo radical de educação em saúde, fundamentalmente centrado em um incremento da consciência crítica das pessoas cujo objetivo é promover a saúde no seu sentido positivo, ou seja, saúde como recurso para uma vida vivida com qualidade.

Esse modelo de prática educativa em saúde busca atingir seus objetivos trabalhando com grupos, pois há a expectativa de que o ambiente de grupo possibilite o desenvolvimento da consciência crítica devido ao seu potencial para promover a troca de ideias entre os sujeitos. Além disso, acredita-se que o diálogo criado em tal contexto resulte numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção da mudança.

A educação em saúde radical enfatiza o poder como condição fundamental para o êxito do empreendimento educativo. Há, portanto, a necessidade de incorporar o empoderamento de indivíduos e comunidades como condição fundamental para o cumprimento dos objetivos da educação em saúde (OLIVEIRA, 2005).

Dessa forma, a educação em saúde não deve ser entendida como uma medida coercitiva de controle social, mas sim como instrumental que permita que os indivíduos compreendam a si mesmos enquanto cidadãos e membros sociais participativos, com direito a adequadas condições de saúde e de vida.

Para Pereira (2003), educar não significa simplesmente transmitir/adquirir conhecimentos. Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar.

Educar para a saúde é ajudar na compreensão das raízes dos problemas que atingem a população e de suas soluções, o que redimensiona a concepção de que educação em saúde é simplesmente uma forma de fazer as pessoas mudarem alguns comportamentos prejudiciais à saúde (VASCONCELOS, 1997).

Assim, a pedagogia libertadora ou da problematização pode ser visualizada como uma tendência pedagógica que se aproxima com o que é preconizado pela política nacional de saúde para o desenvolvimento da educação em saúde. Isso porque ela possibilita uma prática educativa em saúde mais participativa, direcionada tanto à população, na educação em saúde, quanto a profissionais dessa área, na educação continuada.

No campo da educação em saúde, é fundamental a aproximação entre contexto social e político (meio) e processo educativo e poder, levando-se em consideração as diferentes formas de se conduzir o processo ensino-aprendizagem, bem como os fatores implicados (VERNIER, 2007). Considera-se, assim, que o modelo de ensino

libertador/criativo é uma relevante contribuição para o processo de educação em saúde, visando o empoderamento dos usuários.

Nesse contexto, descrevem-se, a seguir, as possibilidades de aplicação do conceito de empoderamento no campo da saúde, tendo por base o referencial crítico-libertador de Paulo Freire.

2.2 As contribuições freirianas e sua possibilidade de aplicação no campo da saúde

A teoria freiriana defende a participação ativa do educando no processo educativo como co-participante, compreendendo a educação como uma prática de liberdade, como um ato de conhecimento e como uma aproximação crítica da realidade.

Dessa forma, essa teoria objetiva que o educando desenvolva consciência crítica, refletindo sobre sua realidade e transite da tomada de consciência para a ação. Assim, a conscientização é o desenvolvimento crítico da tomada de consciência, implicando que a pessoa ultrapasse a visão ingênua da realidade para chegar a uma visão crítica em que a realidade se dá como um objeto que pode ser conhecido e na qual o indivíduo assume uma posição epistemológica (FREIRE, 1980).

Nesse sentido, Freire (1996, p.77) afirma que “toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina”.

Para tanto, o educando precisa ser considerado sujeito desse processo, levando-se em conta sua história, vivências e experiências. A ideia de conceber o educando como uma “tabula rasa”, ou seja, “folhas em branco” foi rejeitada por Freire. A forma de ensinar em que o conhecimento era simplesmente “depositado” para os alunos, Freire chamou de “educação bancária” (FREIRE, 2001). A Teoria da Libertação encontra-se embasada em seis ideias-força para o método educacional, apresentadas por Freire na obra *Conscientização: teoria e prática da libertação* (FREIRE, 1980).

A primeira ideia-força diz que toda a ação educativa, para ser válida, deve estar precedida de uma reflexão sobre o homem e de uma análise sobre o meio de vida em que o mesmo está inserido, para que se possa atuar considerando o homem como sujeito ativo no processo de educação e, não apenas como um objeto. Dessa forma, a

educação libertadora considera o contexto social, econômico, político e cultural onde ele está inserido.

A segunda ideia-força se refere ao fato de que o homem chega a ser sujeito no processo ensino-aprendizagem ao refletir sobre sua realidade, sobre sua situação, seu ambiente espaço-temporal. E, quanto mais refletir sobre a realidade, mais estará consciente, comprometido e pronto a intervir na realidade para modificá-la. Assim, a educação desenvolverá a tomada de consciência e a atitude crítica do homem, libertando-o ao invés de domesticá-lo.

A terceira afirma que o homem se constrói como homem na medida em que se integra ao seu contexto, reflete sobre este contexto e se compromete, construindo a si mesmo. Através das relações que o homem estabelece com a realidade, que são de enfrentamento e choque, enfrenta um desafio cuja resposta exige dele reflexão, crítica, invenção, decisão, organização, ação, mudando não somente a realidade, como também, a si mesmo, realizando-se, assim, como sujeito e não como objeto.

Na quarta ideia-força, Freire diz que na medida em que o homem, integrando-se nas condições de seu contexto de vida, reflete sobre elas respondendo aos desafios que se apresentam, criando, dessa forma, cultura. Para ele, cultura é todo o resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem, de seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com outros homens.

A quinta refere-se ao fato de que o homem, além de ser criador de cultura, é, também, *fazedor* de história, a história do povo, não aquela contada pelos governantes e exércitos, a sua história. Para isso é necessário que esteja integrado com os temas de seu tempo, que retratam as aspirações e necessidades de cada época e, sanadas essas aspirações, os temas se modificam. Portanto, para fazer história o homem precisa captar os temas, senão, ao invés de fazê-la ele é arrastado por ela.

Enfim, na sexta ideia-força, Freire afirma que é preciso que a educação permita ao homem chegar a ser sujeito, constituir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade com os outros homens, fazer cultura e história. Para isso é importante preparar o homem por meio de uma educação autêntica: que liberte e não domestique, subjugu o homem.

Nessa perspectiva, o usuário deve ser incentivado não só a participar ativamente de ações de promoção de saúde e autocuidado, como também deixar de ocupar a posição de objeto da assistência e a participar de seu tratamento tomando decisões por si mesmo.

As contribuições freirianas têm sido aplicadas no campo da saúde e da enfermagem, buscando o desenvolvimento de um referencial emancipatório, que aponte ao usuário ferramentas e caminhos para a transformação da realidade.

Nesse sentido, o empoderamento tem sido considerado um dos muitos caminhos para incrementar a participação popular na determinação e no controle de políticas públicas e sociais e de saúde. A educação, nessa perspectiva, é o instrumento de cidadania que possibilita a construção coletiva desse empoderamento.

Segundo a compreensão freiriana (FREIRE, 1980), a participação é uma construção coletiva mediada pela educação como prática de liberdade que contribui para o empoderamento de pessoas e comunidades como um processo, indo da tomada de consciência à consciência crítica. A articulação entre empoderamento, participação e educação possui relevância no campo da saúde, quando entendemos saúde com base na participação, nos direitos de cidadania e de inclusão social (VERNIER, 2007).

Wallerstein e Bernstein (1994) definem empoderamento na saúde como o processo de ação social que promove a participação das pessoas, das organizações e das comunidades almejando metas de aumento do controle individual, eficácia política, melhora da qualidade de vida e justiça social. Esse processo requer a identificação das causas de opressão, o reconhecimento de que todos os seres humanos possuem poder que permite nossa existência e a capacidade para transformar as relações de opressão.

No Brasil, as publicações sobre empoderamento na saúde têm início no século XXI, inaugurando a fase de reflexões sobre o sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), a inclusão da comunidade nesse sistema e a promoção da saúde (VERNIER, 2007).

Com isso, a concepção de empoderamento passou a ser utilizada no campo da saúde durante as últimas décadas, coincidindo com as mudanças paradigmáticas que ocorreram nessa área. Durante esse período, tem havido esforços para a passagem gradual de um modelo biomédico/biologicista, de abordar o processo saúde e doença,

para um modelo participativo que valorize a inclusão do paciente/cliente como sujeito ativo e responsável.

Nesse sentido, considera-se que a aliança de saberes proposta por Cabral (1999) é uma relevante contribuição para o processo de educação em saúde, visando o empoderamento dos usuários. A mesma autora considera a educação, enquanto ato político, como um caminho para se promover a transformação da realidade. No que se refere à educação em saúde, a enfermagem exerce um importante papel para essa transformação, que pode se consolidar através da construção de uma aliança de conhecimentos.

A aliança de conhecimentos se dá através da negociação de saberes oriundos do senso comum e do universo acadêmico, através do confronto entre o saber científico e o saber do senso comum, no qual, a partir da negociação destes saberes se dá a construção de um núcleo sadio de conhecimento. Nessa perspectiva, não deve haver supremacia de um saber sobre o outro, uma verdade definitiva ou superior a outra, mas sim, um equilíbrio entre os dois (CABRAL, 1999).

Dessa forma, o enfermeiro, enquanto educador busca, juntamente com a comunidade, a construção de um saber pautado no diálogo, confiança e respeito, entendendo a educação em saúde como uma educação baseada na troca de saberes, um intercâmbio entre o saber científico e o saber popular, no qual cada um deles tem muito a ensinar e muito a aprender.

Assim, o Ministério da Saúde, tendo em vista essa perspectiva, preconiza que o enfermeiro, como integrante da equipe de ESF, atue com um olhar voltado para as necessidades da comunidade com a qual trabalha, adotando uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, a fim de conseguir sincronizar o saber popular e o saber técnico científico (BRASIL, 2001).

2.3 A educação em saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas, como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade.

Apesar de esses princípios ainda não terem sido atingidos em sua plenitude, é possível apontar os avanços obtidos na última década no processo de consolidação do SUS, dentre os quais se destaca a descentralização com efetiva municipalização (BRASIL, 2004).

O modelo assistencial, ainda predominante no país, caracteriza-se pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo que envolve os gestores, os profissionais de saúde e a população que utiliza os serviços.

Em contrapartida, a Saúde da Família como abordada na ESF, é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial hospitalocêntrico, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica limitada.

A consolidação dessa estratégia precisa, de certa forma, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2004).

O trabalho das equipes de saúde da família é o elemento chave para a busca permanente de comunicação e de troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular dos usuários.

A equipe deve ser composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Recomenda-se que cada equipe acompanhe entre 600 e 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4500 pessoas, para que possa realizar de forma adequada e com qualidade o seu trabalho (BRASIL, 2001).

Considerando que o trabalho interdisciplinar está presente no cotidiano da equipe de saúde da família e que a mesma atua com um planejamento de suas ações visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, com uma abordagem integral da família, destacam-se aqui as atribuições comuns a todos os profissionais da referida equipe, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001):

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores de risco para a saúde;
- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e epidemiológica, nas diferentes faixas do ciclo da vida;
- valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação do vínculo de confiança, afeto e respeito;
- realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;
- garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade;
- prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
- coordenar, participar e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais;
- incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde.

O enfermeiro, como integrante da ESF, deve atuar com um olhar voltado para as necessidades da comunidade com a qual trabalha, adotando uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente a fim de promover uma aliança política entre o saber popular e o saber técnico-científico.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as atribuições específicas do enfermeiro da ESF consistem em:

- realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;
- planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF;
- executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida: criança, adolescente, adulto e idoso;
- executar assistência básica a ações de vigilância epidemiológica e sanitária, no nível de suas competências;
- realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas;
- supervisionar e coordenar ações para a capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Portanto, entender a Estratégia de Saúde da Família como uma estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social de saúde, entendendo esta como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar no seu dia-a-dia.

Nesse sentido, o enfermeiro, como profissional que tem oportunidade de atuar priorizando ações de educação em saúde e promoção da saúde, é parte fundamental da equipe da ESF, que presta atenção ao indivíduo, sua família e comunidade, visando despertar nestes a consciência crítica a respeito de sua saúde e qualidade de vida, possibilitando assim, um viver mais saudável e agradável em seu meio familiar e social.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo, será apresentada a trajetória metodológica, adotada na realização deste estudo.

3.1 Caracterização do estudo

O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, pois durante o trabalho de campo buscou-se o universo de significados, crenças, valores e atitudes de enfermeiras que atuam em unidades de Saúde da Família. Conforme Minayo (2008), este tipo de pesquisa aprofunda-se no mundo dos significados, relações humanas, atitudes, crenças e valores, explorando uma realidade que não pode ser captada por meio de dados quantitativos.

A opção pela investigação qualitativa, corroborando com Leopardi (2002), baseia-se no fato de que o agir humano visa um sentido, tem um valor, e não pode ser captado por simples relações de causa e efeito ou pelo uso de instrumental estatístico. Isso porque o conhecimento é originário de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada e que são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Conforme Víctora, Knauth e Hassen (2000) uma abordagem qualitativa aos problemas de saúde identifica-se de várias formas com o método etnográfico de pesquisa. Nesse sentido, a abordagem etnográfica se constrói tomando como base a ideia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se for tomado como referência o contexto social onde os sujeitos atuam.

Dessa forma, elegeu-se a pesquisa do tipo etnográfica como método de coleta de dados para apreender a realidade do fenômeno sob investigação no momento em que ele acontecia no cotidiano de trabalho dos sujeitos da pesquisa.

O método etnográfico de pesquisa possibilita ao investigador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo as relações entre fenômenos específicos e uma determinada visão de mundo. Entretanto, embora as práticas possam ser evidentes aos olhos, o mesmo não se pode dizer sobre os valores que as motivam. Sendo assim, a compreensão desses valores e práticas, implicam que o pesquisador dê conta de três áreas da realidade: registros escritos, observacionais e discursivos, os quais são complementares e podem ser utilizados na triangulação de informações (VÍCTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000)

3.2 Técnicas utilizadas para a coleta dos dados

Em geral, pode-se afirmar que as investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm como objeto situações complexas ou estritamente particulares. Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuindo de certo modo no processo de mudança de determinado grupo. Pode possibilitar, ainda, em maior profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos envolvidos na pesquisa (RICHARDSON, 1999).

Ainda para o mesmo autor, as pesquisas qualitativas de campo exploram particularmente as técnicas de observação e entrevistas devido à propriedade com que esses instrumentos penetram na complexidade de um problema. Nesse sentido, tendo em vista o desenho da pesquisa etnográfica, nesse estudo, privilegiou-se a observação participante como etapa inicial e anterior a entrevista etnográfica. Da observação retirou-se alguns elementos necessários à formulação de perguntas a serem apresentadas aos participantes da pesquisa durante a entrevista.

Dessa forma, para a realização dessa pesquisa, foram utilizadas as técnicas de observação, entrevista e análise documental.

3.2.1 Técnica de Observação

A observação pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Utilizada como o principal método de investigação ou associada a outras técnicas de coleta de dados, a observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, o que apresenta uma série de vantagens, dentre elas, é que a experiência direta é sem dúvida o melhor teste de verificação da ocorrência de um determinado fenômeno (LÜDKE e ANDRÉ, 2007).

A observação permite também que o observador chegue mais perto da “perspectiva dos sujeitos”, um importante alvo nas abordagens qualitativas, pois, na medida em que o observador acompanha *in loco* as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender a sua visão de mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações (LÜDKE e ANDRÉ, 2007).

Assim, neste estudo, optou-se pela técnica de observação participante, que, conforme Minayo e Gomes (1993) pode ser compreendida como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica.

O observador fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente (MINAYO e GOMES, 1993).

A observação participante costuma ser utilizada, frequentemente, como estratégia complementar às entrevistas, em momentos considerados importantes para efeito da pesquisa (LÜDKE e ANDRÉ, 2007; MINAYO, 2008).

Assim, nesse estudo, foram observadas as atividades de educação em saúde desenvolvidas pelos sujeitos do estudo em suas atividades diárias, portanto, a extensão do período de observação não foi definida *a priori*. Entretanto, a observação aconteceu conforme a necessidade para exploração do objeto de estudo.

A observação das atividades de educação em saúde programadas consistiram em ações educativas desenvolvidas com grupos educativos, consultas individuais e visitas domiciliares, e atividades de educação em saúde eventuais como ações educativas desenvolvidas em encontros casuais.

Como forma de registro das observações, optou-se pelo diário de campo, principal instrumento do trabalho de observação (MINAYO e GOMES, 1993), que, segundo Minayo (2008) é um caderninho de notas em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, dentre outros aspectos.

3.2.2 Técnica de Entrevista

Ao lado da observação, a entrevista representa um dos instrumentos mais utilizados para a coleta de dados. A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas de pesquisa é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos (LÜDKE e ANDRÉ, 2007).

A entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. É considerada uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO e GOMES, 1993; MINAYO, 2008).

Dessa forma, as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização. Assim, classificam-se em: sondagem de opinião, quando elaboradas mediante um questionário totalmente estruturado; com um roteiro semi-estruturado, quando combina perguntas fechadas e abertas; aberta ou em profundidade, quando o informante é convidado a falar livremente sobre um tema; focalizada, quando se destina a esclarecer apenas um determinado problema e projetiva, quando utiliza dispositivos visuais como forma de convidar o entrevistado a

discorrer sobre o que vê ou lê, geralmente utilizada para falar de assuntos difíceis e delicados (MINAYO e GOMES, 1993; MINAYO, 2008).

Ainda, para as mesmas autoras, existem algumas considerações práticas que devem ser levadas em conta em qualquer interação empírica, sobretudo na formalidade de uma entrevista e que dizem respeito à entrada do entrevistador em campo: apresentação, menção do interesse da pesquisa, apresentação de credencial institucional, explicação dos motivos da pesquisa, justificativa da escolha do entrevistado e conversa inicial para criar um clima o mais possível descontraído de conversa.

Neste estudo, optou-se pela modalidade de entrevista etnográfica, pois foram elaboradas as questões a partir de alguns elementos levantados durante a observação. Foi utilizado um roteiro semi-estruturado, que é apropriado e utilizado pelo pesquisador ao combinar perguntas abertas e fechadas e possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2008).

Dessa maneira, conforme Minayo (2008) considera-se que esta técnica possibilite a obtenção de informações por meio da fala individual, a qual é capaz de revelar valores, símbolos e normas, transmitindo, através de um porta voz, representações de determinados grupos.

3.2.3 Técnica de Análise Documental

A análise documental se constitui numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas através de outras técnicas, seja evidenciando aspectos novos de um tema ou problema. A análise documental busca identificar informações contidas em documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse (LÜDKE e ANDRÉ, 2007).

Para Víctora, Knauth e Hassen (2000), podem ser objeto de pesquisa documental os documentos oficiais (leis, regulamentos), pessoais (cartas, diários, autobiografias), públicos (livros, jornais, revistas, discursos).

Assim, para a realização deste estudo, foram utilizados como documentos para análise dados oficiais contidos no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB),

relatórios das unidades de Estratégia de Saúde da Família e anotações/registros realizadas pelos enfermeiros, sujeitos do estudo, de suas atividades diárias relacionadas às atividades de educação em saúde.

3.3 Universo empírico

Na pesquisa qualitativa, o universo empírico refere-se ao grupo que será estudado e ao local onde será realizada a investigação. A escolha desse universo deve dar-se em função do objeto de pesquisa, ou seja, o local e o grupo escolhido para o estudo devem apresentar as melhores condições de explicitação da problemática da investigação (VÍCTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

O município cenário do estudo localiza-se na região central do estado do RS com uma área aproximada de 920,10Km², sendo 15Km² de área urbana e 905,10Km² de área rural. A população atual é de aproximadamente 16.500 habitantes, com predominância de colonização alemã. Possui sua economia baseada na agricultura.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde deste município, atualmente o mesmo possui gestão semi-plena, contando com quatro Unidades de Saúde da Família totalizando quatro equipes em atuação, sendo cada equipe formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais e, sete ou oito agentes comunitários de saúde, de acordo com o número de microáreas em que cada unidade está dividida.

A unidade de ESF 1 é dividida em sete microáreas e abrange em torno de 1.357 famílias. Destas, 1.090 residem na zona urbana e 267 na zona rural, totalizando 4.038 pessoas atendidas.

A unidade de ESF 2 é dividida em sete microáreas e abrange 1.349 famílias. Destas, 876 residem na zona urbana e 473 na zona rural, totalizando 3.708 pessoas atendidas.

A unidade de ESF 3 é dividida em oito microáreas e abrange 1.330 famílias. Destas, 760 residem na zona urbana e 570 na zona rural, totalizando 3.643 pessoas atendidas.

A unidade de ESF 4 é dividida em sete microáreas e abrange 1.416 famílias. Destas, 1.171 residem na zona urbana e 245 na zona rural, totalizando 4.037 pessoas, possibilitando assim, uma cobertura total de atendimento para a população, que é em torno de 16.500 habitantes.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde desse município, o tempo de atuação dos enfermeiros em Estratégia de Saúde da Família varia de dois meses a um ano e dois meses e, as atividades desenvolvidas pelos mesmos são muito semelhantes. Elas compreendem atividades de acolhimento, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, atuação em sala de vacinas, atividades com grupos educativos (grupo de gestantes, grupo de planejamento familiar, grupo de hipertensos e diabéticos, grupo da melhor idade e grupo de saúde mental). Ressalta-se que, nas unidades investigadas, os grupos de planejamento familiar e de saúde mental estavam inativos durante o período de produção dos dados.

A pesquisa foi desenvolvida em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família deste município. Para a seleção dos sujeitos do estudo foi considerado aqueles enfermeiros com maior tempo de atuação nas ESF desse município, considerando que esse maior tempo reflete-se em um vínculo entre esses e a população atendida. Assim, esse estudo foi realizado com a participação de dois enfermeiros sujeitos do estudo atuantes em duas das quatro equipes. Para preservar a identidade dos participantes do estudo, optou-se em denominá-los por um código composto pela letra E (enfermeiro) e pelo número 1 (um), E1 referente ao primeiro participante e E2 referente ao segundo. A seguir, apresenta-se a caracterização dos enfermeiros sujeitos do estudo.

E1: Enfermeira, 24 anos de idade, com 2 anos de formação na graduação pela Universidade Federal de Santa Maria e possui Especialização em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário Franciscano. Possui um tempo de atuação profissional de 1 ano e 6 meses e, desses, 1 ano e 2 meses de atuação profissional em Saúde Coletiva na Unidade de Saúde da Família do município de estudo.

E2: Enfermeira, 25 anos de idade, com 2 anos de formação na graduação pela Universidade Federal de Santa Maria e possui Especialização em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário Franciscano. Possui um tempo de atuação profissional de 1 ano em Saúde Coletiva na Unidade de Saúde da Família do município de estudo.

3.4 Considerações éticas do estudo

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram seguidas as determinações da Resolução 196/96. Deu-se início a coleta dos dados após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob número de CAEE: 0261.0.243.000-08 (ANEXO A). Também foi obtida autorização da Prefeitura Municipal do município onde foi realizado o estudo (APÊNDICE B).

As transcrição das entrevistas permanecerão sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda por um período de 5 anos, após serão destruídas.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) aos sujeitos, solicitando a livre participação, garantindo o anonimato e o caráter confidencial das informações, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O consentimento foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos.

3.5 Procedimentos e estratégias de desenvolvimento da coleta dos dados – inserção etnográfica

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e autorização para realização da pesquisa pela Prefeitura Municipal do município, cenário do estudo, iniciaram-se as etapas de escolha das unidades e aproximação com os participantes do estudo.

A coleta dos dados foi desenvolvida de acordo com as etapas descritas a seguir:

a) Aproximação com os possíveis sujeitos: primeiramente, foram selecionados os enfermeiros que seriam sujeitos do estudo atuantes em Estratégia de Saúde da Família. Assim, dois enfermeiros, com um ano e dois meses e um ano, respectivamente, foram contatados no sentido de verificar seu desejo de inclusão no

estudo. Após o aceite dos mesmos, foi combinado o dia para o início das atividades de observação no local de trabalho de cada um.

b) Inserção no campo: foi selecionada uma das unidades de saúde, para dar início à coleta dos dados. No primeiro dia das atividades, foi apresentado o estudo e seus objetivos para E1, além da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e a assinatura do mesmo em duas vias, permanecendo uma com o pesquisador e uma com o sujeito do estudo.

Em seguida, foi aplicado um formulário (APÊNDICE C) para a caracterização do sujeito no sentido de contribuir para a construção da formação discursiva dos enfermeiros de acordo com o método de Análise de Discurso (ORLANDI, 2005).

c) A observação participante: a seguir, deu-se início ao período de observação das atividades desenvolvidas por E1 na unidade denominada, nesse estudo, de ESF1.

O período de observação na ESF1 compreendeu cerca de 72 horas e na ESF2 64 horas, totalizando 136 horas de observação no contexto da comunidade. Permaneceu-se, durante o horário de funcionamento da unidade, 8 horas diárias, acompanhando os enfermeiros na realização de suas atividades. Salienta-se que a atividade de observação só foi iniciada na ESF2 após o encerramento da mesma, bem como da realização da entrevista, com a E1 na ESF1.

Durante o período de observação das atividades na ESF1, teve-se a oportunidade de contar com a participação de uma auxiliar de pesquisa, acadêmica de enfermagem do sexto semestre da UFSM que, após autorização do sujeito do estudo, auxiliava na observação e registro das atividades desenvolvidas. Ao final do dia, havia o debate e troca de experiências entre a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa sobre os eventos observados.

Para registro das atividades observadas, foi utilizado um roteiro (APÊNDICE D). Nele se faziam anotações no campo, ao final do dia, ainda na unidade, quando possível, ou já no domicílio da pesquisadora mestranda. Após a descrição das atividades observadas e registradas nos roteiros, foi digitada e fez parte do diário de campo (APÊNDICE E). Houve a participação da pesquisadora em diversas atividades

das enfermeiras das ESFs, porém, foram enfatizadas e registradas as práticas educativas e/ou de educação em saúde, de acordo com o objeto e objetivos desse estudo.

Nos primeiros dias de observação na ESF1, percebeu-se que a E1 parecia sentir-se levemente desconfortável com a presença da pesquisadora e, em alguns momentos, com a presença da auxiliar de pesquisa, durante a realização de suas atividades. Algumas vezes, a mesma comentava que achava “estranho ter alguém observando suas atividades”. Com o passar do tempo, a presença da pesquisadora foi sendo incorporada à rotina e pelos integrantes da unidade, e as atividades planejadas e realizadas pela E1 já contavam com mais uma “integrante” da equipe.

Na ESF2 não foi percebido nenhum estranhamento por parte da equipe e nem da E2. Já nos primeiros dias, a pesquisadora foi recebida como mais um integrante da equipe de saúde. Muitas vezes, a técnica de enfermagem desta unidade recorria até a pesquisadora como uma referência para conversar sobre procedimentos técnicos ou outros assuntos relacionados com o seu trabalho. Nesse sentido, procurava-se atender a algumas demandas, porém, sempre buscando compartilhar e direcionar para E2, já que esta era a referência e não a pesquisadora que estava no campo.

d) A análise documental: esta etapa foi concomitante à observação e foram utilizados como documentos para análise os dados oficiais contidos no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), e anotações/registros realizadas pelos enfermeiros, sujeitos do estudo, de suas atividades diárias relacionadas às atividades de educação em saúde. Algumas atas de reuniões da equipe também foram lidas.

Para análise dos registros, foram pesquisados alguns prontuários de usuários de forma aleatória. Também se teve acesso a *folders*, panfletos, manuais do Ministério da Saúde e outros confeccionados pelos próprios profissionais os quais subsidiaram algumas práticas educativas dos sujeitos.

e) A entrevista etnográfica: após o período de observação, foram combinados, com os sujeitos da pesquisa, a data, o horário e o local adequado para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas partindo-se de um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE F) que foi complementado por questões formuladas a partir das observações. Assim, a partir das observações, sentiu-se necessidade de explorar determinadas situações na entrevista, de forma diferente para cada uma das enfermeiras (APÊNDICES G e H).

A entrevista com a E1 foi realizada na sala de atendimento da unidade, no período da tarde; sala que conferiu privacidade e conforto para a realização dessa entrevista. Com a E2, a entrevista ocorreu pela parte da manhã em uma sala de atendimento da unidade com privacidade e conforto. Não houve nenhum tipo de interrupção durante o procedimento das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em modo digital com a autorização prévia dos sujeitos, após, foram transcritas na íntegra.

f) A triangulação das informações: o primeiro momento da coleta dos dados incluiu a observação participante e a consequente elaboração dos diários de campo bem como a consulta aos documentos. Partindo-se da leitura dos diários de campo, complementada com as informações coletadas dos documentos e de discussões entre a mestranda, a auxiliar de pesquisa e a orientadora, outras questões foram formuladas com o intuito de complementar o roteiro da entrevista que constituiu o segundo momento.

3.6 Organização, análise e interpretação dos dados

Para análise dos dados, foi aplicado o método de Análise de Discurso (AD) francesa de acordo com Orlandi (2005).

A Análise de Discurso, como um método de análise, pretende compreender a língua fazendo sentido, constituindo o ser humano e sua história. É uma concepção da linguagem como mediação entre homens e mulheres e a realidade natural e social, ou seja, o sujeito se constitui por meio da linguagem.

Orlandi (2005) conceitua discurso como “a palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando.” Ela consiste na

análise de unidades do texto para além da análise da frase. Possibilita a leitura dos interdiscursos, valorizando a relação de sentidos na interação com o outro, levando em consideração sua historicidade (ORLANDI, 2005, p. 15).

Assim, a Análise de Discurso visa compreender como um objeto simbólico produz sentidos. Essa compreensão implica em explicar como o texto organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido.

Entre os dispositivos analíticos utilizados na interpretação do material empírico, destaca-se: formação discursiva, interdiscurso, metáfora, processos parafrásticos e a polissemia.

A formação discursiva determina o que deve ser dito, definindo a significação das palavras, numa dada formação ideológica. O interdiscurso é a relação do discurso com uma multiplicidade de discursos; o já dito. A metáfora é a tomada de uma palavra por outra, estabelecendo o modo como ela significa. Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém. A polissemia rompe com a repetição, são os múltiplos sentidos produzidos pelo sujeito, o diferente do já dito (ORLANDI, 2005).

Em síntese, a Análise de Discurso possibilita desvelar os sentidos dos discursos enunciados pelos participantes da pesquisa, levando-se em conta a historicidade e o contexto no qual eles estão inseridos.

Ao realizar a Análise de Discurso, a primeira etapa a ser considerada é a constituição do *corpus* da análise. Após o término de cada entrevista, foi realizada sua transcrição na íntegra e o relatório dessas entrevistas constituiu a fonte primária da pesquisa, ou seja, o *corpus* do texto que representou o material empírico a ser analisado.

Então, o primeiro passo, após a delimitação do *corpus*, foi a realização de uma análise horizontal que Orlandi (2005) chama de “análise superficial”. Pretendeu-se, com isso, dar materialidade linguística ao texto, ou seja, dar-lhe movimento, para que o leitor possa entender o como se diz, quem diz, em que contexto, etc. Assim o leitor tem melhores condições de acompanhar o movimento do diálogo o mais próximo possível do que ele aconteceu. Para tanto, utilizaram-se os seguintes recursos linguísticos:

Uma barra (/): indica pausa reflexiva curta;

Duas barras (//): indicam pausa reflexiva longa;

Três barras (///): indicam pausa reflexiva muito longa;

Reticências sem parênteses ... : indicam pensamento incompleto;

Reticências entre parênteses (...): indicam que foi recortada uma parte do diálogo;

Itálico entre colchetes [*itálico*] – indica textos acrescentados pelo pesquisador;

Itálico sem colchetes *itálico*: completar o pensamento verbal enunciado no mesmo dizer;

‘ ’’: aspas simples indicam a fala ou texto de alguém citado dentro da enunciação de outrem.

Após a conferência da materialidade linguística, o material empírico foi organizado em quadros analíticos, possibilitando a segunda etapa da análise: a análise vertical. Na análise vertical, foi aprofundada a análise do objeto discursivo, buscando-se o processo discursivo (ORLANDI, 2005). Nesse momento, procurou-se compreender como se constituíam os sentidos das palavras manifestados durante o processo discursivo. Para tanto, utilizaram-se os seguintes dispositivos analíticos: a metáfora, a polissemia e a paráfrase.

No quadro analítico I, foram transpostas as situações existenciais após seu recorte no *corpus*. Essas situações existenciais são identificadas como aquelas em que os sentidos das vivências dos sujeitos são relacionados com o objeto de estudo em que emergem.

No quadro analítico II, foram realizadas perguntas ao texto com o intuito de identificar respostas para elas no próprio texto. A finalidade dessa etapa é extrair do texto os sentidos que possibilitam ao pesquisador responder a sua questão de pesquisa.

No quadro analítico III, foram empregados os dispositivos analíticos da Análise de Discurso ao *corpus* e elaboraram-se comentários analíticos a partir dos sentidos que emergiram dos textos. Nesse momento, deram-se os primeiros passos em direção aos possíveis temas geradores através dos dispositivos analíticos empregados.

No quadro IV, realizou-se a identificação dos temas geradores e seus sub-temas e sua relação com os resultados.

Por fim, o último quadro foi elaborado: o quadro síntese. Nesse quadro, foram apresentados, de forma sistematizada, os temas geradores, recorrentes em todas as falas dos sujeitos e os sub-temas, recorrentes em algumas falas de ambos os sujeitos. Tais temas geradores originaram as seguintes categorias analíticas: a educação em saúde no cotidiano de enfermeiras de Estratégias de Saúde da Família e a prática educativa desenvolvida pelas enfermeiras e a autonomia do usuário.

4 AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMEIRAS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da observação das atividades que foram descritas nos diários de campo, das informações coletadas nos documentos complementadas com as entrevistas, buscou-se caracterizar as ações educativas desenvolvidas pelas enfermeiras das duas unidades de ESF, cenários deste estudo. Também foram apontadas por essas enfermeiras certas facilidades e dificuldades em realizar atividades de educação em saúde. Assim, a seguir, tais aspectos serão apresentados e discutidos em duas seções.

4.1 Caracterização das ações educativas de enfermeiras de Estratégias de Saúde da Família

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), existem atribuições específicas do profissional enfermeiro que atua em ESF. Durante o período de observação das atividades de E1 e E2, foi possível observar e registrar as atribuições em seu modo de operacionalização. Tendo em vista o objeto e os objetivos desse estudo, focalizaram-se as atividades educativas que foram semelhantes em ambos cenários do estudo. Para fins de organização, as atividades observadas foram agrupadas em: ações educativas individuais, ações educativas desenvolvidas em grupo e atividades de caráter administrativo relacionadas com as ações educativas.

A seguir, serão apresentadas e discutidas, respectivamente, essas atividades.

Ações educativas individuais

As atividades educativas individuais desenvolvidas por E1 e E2 compreendem: acolhimento, que as enfermeiras denominam de consulta de enfermagem, consulta de

enfermagem que, em geral, é desenvolvida com o objetivo de coletar materiais para exame citopatológico (CP) a fim de prevenir o câncer de colo uterino, além de visita domiciliar e realização de procedimentos de enfermagem.

Durante o período de início das atividades de observação, na ESF1, deparou-se com a comemoração do Dia Internacional da Mulher. Neste município, a forma encontrada para realizar a comemoração foi dedicar duas semanas para a coleta de materiais para o exame citopatológico (CP) para prevenção do câncer de colo uterino. As mulheres residentes no município foram estimuladas a participar da coleta com a distribuição de uma camiseta alusiva ao dia internacional da mulher.

Nesse sentido, foram agendadas, previamente, dez consultas diárias destinadas a este procedimento e foi realizada observação durante dois dias dessa atividade nesse período. Posteriormente ao término desta campanha, foi observado mais um dia de coleta de CP, no sentido de verificar alguma diferença entre as atividades desenvolvidas pela enfermeira durante o período intenso de coleta e a rotina de trabalho. Entretanto não foi percebida nenhuma diferença quanto ao atendimento.

A consulta de enfermagem para a coleta de CP ocorre nas terças feiras nas duas unidades do estudo e é realizada de forma semelhante pelas duas enfermeiras. Foi observado que o momento destinou-se à coleta propriamente dita e às orientações realizadas pelas enfermeiras foram feitas de forma não impositiva, porém relacionaram-se ao procedimento, auto-exame das mamas e hábitos de higiene.

Dessa forma, quando se realizou a entrevista, E1 e E2 foram questionadas se consideravam essas orientações suficientes para o momento:

E1: Eu acho que sempre a gente pode falar mais, mas às vezes falta tempo.

E2: O importante é fazer entender que se elas virem alguma coisa elas voltarem, no outro ano, para fazer o preventivo, e assim da mama, se elas notarem alguma coisa diferente. Mas, da higiene, do procedimento assim, se elas entenderem como faz e não tiverem medo de vir de novo é o suficiente, eu considero.

Percebe-se que, apesar de ambas realizarem o procedimento e as orientações de forma semelhante, E1 acredita que poderia estar orientando sobre outros cuidados, porém, não o faz, muitas vezes, em função da falta de tempo. Já E2 considera as

orientações suficientes para o momento, reforçando a importância das usuárias retornarem no próximo ano para realizarem novamente o procedimento.

O acolhimento realizado pelas enfermeiras nas ESFs foi denominado por ambas de consulta de enfermagem, embora não seja realizada segundo a metodologia da consulta de enfermagem. O mesmo ocorre nas duas unidades de estudo à livre demanda e os usuários são atendidos por ordem de chegada, salvo algumas exceções, por exemplo, urgência, criança febril ou idoso.

Essa atividade compreende: a recepção do usuário, uma rápida anamnese, incluindo queixa principal, a história de doenças pregressas, presença de sintomas, dentre outros questionamentos que eram realizados conforme a necessidade dos usuários. Após esse período de levantamento de informações, estabeleciam-se as condutas e as orientações.

Foi observado, em geral, que os usuários que procuram o serviço e são atendidos no “acolhimento” objetivam solicitar exames laboratoriais ou mostrar os resultados de exames realizados anteriormente. São atendidos pelas enfermeiras das unidades e encaminhados ao médico, quando necessário.

As visitas domiciliares (VD) acontecem em cada uma das unidades de saúde em um dia da semana predeterminado. Na ESF1 o dia destinado à visita domiciliar é a quinta-feira pela manhã e na ESF2 na quinta-feira à tarde. Entretanto, percebeu-se, durante o período de observação, que E1 não realizou as visitas domiciliares dessa forma. Já E2 realiza as visitas domiciliares semanalmente e, na grande maioria das vezes, vai acompanhada pelo médico da unidade.

E1, em geral, realiza VD quando solicitada por algum usuário, sozinha, com o intuito de dar conta de algum procedimento de enfermagem que o usuário necessite. Nessas visitas, E1 faz diversas orientações sobre vários assuntos, por exemplo: em uma VD que se observou, E1 foi solicitada por uma usuária para a realização de um curativo e, enquanto realizava o procedimento, questionava hábitos alimentares, atividade física, condições sócio-econômicas e emocionais.

Por outro lado, quando realizou a visita com a companhia do médico da unidade esse comportamento foi diferente, restringindo-se a verificação de sinais vitais. Assim,

durante a entrevista, questionou-se como ambas avaliavam sua prática educativa durante a VD, e obteve-se os seguintes discursos:

E1: (...) ter uma relação mais aberta com a família que eu vou estar visitando (...) Procuro observar também os familiares ali, a casa, aonde fica, qual a situação social ali também. (...) eu acredito que um enfermeiro também, na visita domiciliar, a função dele é estar orientando, conforme a realidade daquela família, quanto aos seus cuidados.

E2: Eu considero que, às vezes poderia ter mais, deveria ser melhor, ter mais educação em saúde. Porque o paciente, aqui, a maioria dos nossos pacientes eles esperam a visita médica [*ênfatisa médica*], esperam a receita [*ênfatisa a receita*] do médico pronta, eles esperam que o médico [*ênfatisa o médico*] cure a dor ali que ele está sentindo, alguma coisa, quando pedem a visita. Então, a parte da enfermagem fica um pouco, ââahhh, alguém do que eu gostaria que fosse. Não é uma educação em saúde perfeita, falta um pouco. E, às vezes quando eu acabo saindo sozinha, ou quando é mais perto, eu acabo conseguindo conversar mais, eles falam de outras coisas, que não só da parte médica, não só da dor, não só do medicamento, eles acabam conversando mais e daí dá para passar mais informação.

E1 afirma que a função do enfermeiro, durante a visita domiciliar, é realizar orientações conforme a realidade de cada família. Relata que busca ter uma boa relação com a família, para que ambos sintam-se à vontade com a situação. Também observa as condições sociais da família visitada para adequar as orientações de acordo com a necessidade de cada um.

E2 afirma que a prática educativa em saúde realizada nas visitas domiciliares fica alguém do que a mesma gostaria que fosse e justifica esse fato devido às expectativas dos usuários pela visita médica em relação à visita da enfermagem. Relata que, quando realiza a visita domiciliar sem a presença do médico, consegue realizar orientações sobre diversos assuntos e não apenas de cunho biomédico, voltadas para os diagnósticos e medicações.

Também foram questionadas quanto à presença do médico na realização da VD e, assim:

E1: Quando o médico vai são visitas mais específicas assim, que a gente sabe que precisa de uma receita, por exemplo, uma situação mais séria ali da saúde dele [*do usuário*]. Seria uma urgência, uma emergência, as principais que o médico vai junto. (...) quando eu vou sozinha é diferente. Porque daí tu não fica mais tanto na patologia ali, naquela urgência, tu consegue conversar mais aberto, sentar e pegar outras coisas que eles falam, ver mais o contexto assim, não só a pessoa. Quando eu vou sozinha consigo conversar mais aberto e ver o todo.

E2: Comigo eles já conversam de uma forma diferente entende (...) eles conversam mais, eles falam, eles perguntam (...) mais informações gerais assim, não só daquilo que eles perguntariam para o médico.

E1 e E2 relatam que existe diferença entre as VDs realizadas por elas e as realizadas por elas e o médico. Enfatizam que, quando vão sozinhas, conseguem realizar diversas orientações que não apenas biomédicas, voltadas à patologia.

Desse modo, a visita domiciliar como espaço de desenvolvimento das atividades educativas implicaram em duas modalidades de educação em saúde: a centrada na orientação para procedimentos técnicos e a centrada na patologia ou condição de saúde e doença. Portanto, a educação em saúde pode ser conduzida somente pela enfermeira ou pela enfermeira e o médico.

Com relação à realização de procedimentos técnicos, ambas as enfermeiras desenvolvem atividades em sala de vacinas, curativos, nebulizações, verificação de sinais vitais, configurando outro espaço da educação em saúde na própria unidade de Saúde Família. Realizam os procedimentos de acordo com as técnicas assépticas e buscam informar os usuários durante a realização dos mesmos.

Assim, os primeiros achados apontaram os espaços de realização da educação em saúde e as diferenças de intervenção na prática individual de educação em saúde.

Ações educativas desenvolvidas em grupo

As atividades educativas desenvolvidas em grupo por E1 e E2 compreendem: grupo de hipertensos e diabéticos (E1 e E2), grupo de gestantes (E1), grupo de idosos (E2) e palestra em escola (E1).

A realização da atividade com os hipertensos e diabéticos, denominada de grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), em ambas as unidades, desenvolve-se mensalmente, geralmente, durante três dias, dividida em bairros. Ou seja, cada dia abrange os usuários de determinado bairro, e é realizada em algum salão comunitário desse bairro, a fim de estar mais próximo do domicílio dos usuários. A dinâmica utilizada para o desenvolvimento dessa atividade, em todos os bairros, se dá de forma semelhante.

Na ESF1, foi observada a realização de uma dessas atividades que se desenvolveu na própria unidade. Ocorreu durante todo o dia de trabalho, na sexta-feira. Envolveu todos os profissionais da equipe de Saúde da Família com divisão de tarefas entre os integrantes. Os usuários eram atendidos na medida em que chegavam à unidade, havendo fila apenas no início da manhã. Contou com a participação de cerca de 70 usuários.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) dividiam-se por turnos e realizavam a recepção dos usuários na unidade, preenchendo a SIA/SUS e conduzindo-os aos demais setores. Uma das ACS, que possui o curso de técnico de enfermagem, verificava a pressão arterial dos usuários, enquanto a técnica de enfermagem da equipe realizava os testes de glicemia capilar.

A enfermeira realizava a entrega das medicações e algumas orientações quando questionada por usuários, ou ainda, quando percebia que eles necessitavam de maiores informações. Essas orientações, geralmente, estavam relacionadas ao correto uso das medicações e hábitos alimentares. Também, questionava o interesse dos usuários em conversarem com o médico que permanecia em outra sala realizando orientações sobre diversos assuntos, de acordo com as dúvidas dos mesmos.

Na ESF2, foi observada a realização de uma dessas atividades com os hipertensos e diabéticos, desenvolvida em um local amplo cedido pela comunidade próximo à unidade de saúde. Ocorre geralmente na sexta-feira pela manhã e tem a duração de cerca de duas horas. Os usuários chegavam e sentavam enquanto aguardavam pelos profissionais. Teve a participação de cerca de 70 usuários.

Houve, nesse momento, a participação de uma ACS, que realizava anotações de valores de pressão arterial e de testes de glicemia capilar, realizados pela técnica de enfermagem da equipe. A enfermeira e o médico realizavam a entrega das medicações aos usuários, prestando algumas orientações individuais, em geral, sobre o correto uso das medicações e hábitos alimentares.

A realização do grupo de gestantes, observada na ESF1, ocorre mensalmente e se deu no período da tarde de uma quarta-feira, com duração de cerca de uma hora e trinta minutos. Contou com a presença da enfermeira, da mestrande, da auxiliar de pesquisa e de duas das nove usuárias gestantes da área de adscrição.

A enfermeira organizou a sala com as cadeiras dispostas em círculo e distribuiu cartões em papel contendo um assunto em cada, sorteados pelas participantes. A seguir cada participante leu o tema sorteado que foi, inicialmente, apresentado pela enfermeira e, após, complementado pelas participantes.

Ainda durante o período de observação na ESF1, foi acompanhada a realização de palestra sobre pediculose, em uma escola de ensino fundamental. E1, nessa ocasião, convidada por uma ACS e pela diretora da escola, realizou o encontro com pais, professores e alunos e abordou o tema enfatizando os cuidados com a transmissão do piolho. Além disso, explicou o uso de loção, fornecendo, ao final, um ou mais tubos para os pais dos alunos.

Durante o período de observação na ESF2, observou-se a participação de E2 em um grupo de idosos, já instituído na comunidade e organizado por pessoas externas à unidade de saúde. Nesse grupo, a enfermeira compareceu, levando consigo materiais informativos sobre os riscos do uso de saneantes de origem duvidosa e orientou sobre a importância da vacina contra a influenza (vacina da gripe). Além de informar sobre a unidade de saúde, orientou como retirar medicações para aqueles que não compareceram à reunião do grupo de hipertensos e diabéticos.

Em síntese, no grupo as enfermeiras desenvolvem a educação em saúde como parte da divisão de trabalho entre os membros da equipe de Saúde da Família ou a conduzem isoladamente.

Atividades de caráter administrativo relacionadas com as ações educativas

As atividades de caráter administrativo desenvolvidas por E1 e E2 compreendem preparação de material educativo e reuniões de equipe.

Durante o período de observação, foi possível acompanhar o desenvolvimento/confecção de materiais educativos por ambas as enfermeiras. E1 elaborou material sobre pediculose, tema apresentado em palestra na escola e material sobre gestação, discutido durante o grupo de gestantes. E2 elaborou material educativo para o grupo de idosos e mensagens alusivas ao dia das mães para serem entregues, também no grupo de idosos. Ambas as enfermeiras recorriam a *sites* na internet, *folders*

e alguns livros para elaborarem seu próprio material educativo, e, algumas vezes, discutiam com a pesquisadora mestranda os assuntos pesquisados.

Nas duas unidades, cenários do estudo, nas sextas-feiras à tarde ocorrem as reuniões de equipe. Na ESF1, a reunião de equipe observada teve a coordenação de E1 e destinou-se à discussão de assuntos relacionados ao funcionamento da unidade e ao planejamento do grupo de hipertensos e diabéticos que seria na semana seguinte. Na ESF2, a reunião de equipe observada também teve a coordenação da enfermeira, nesse caso, E2, e destinou-se à resolução de pequenos problemas sobre o funcionamento da unidade. Ao término da reunião, E2 forneceu às ACSs material educativo relacionado às diferenças entre gripe e resfriado solicitando que as mesmas os repassassem à população.

4.1.1 As ações educativas no cotidiano de enfermeiras da ESF

A partir dos resultados expostos anteriormente, propõem-se algumas reflexões sobre a caracterização das ações educativas desenvolvidas pelas enfermeiras na ESF. Percebeu-se que a enfermeiras tem desenvolvido as ações educativas de várias formas: individual e em grupo, por meio da visita domiciliar e da consulta de enfermagem e de atividades grupais, respectivamente. Também, caracterizaram-se algumas atividades de cunho administrativo relacionadas às ações educativas, tais como: reuniões de equipe e elaboração de material educativo.

Desse modo, identificou-se que as ações educativas permeiam o processo de trabalho dessas enfermeiras conforme apontado por Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001). Isso ocorre de forma indissociada, estando imbricadas, no cuidado de enfermagem, as três ações básicas, quais sejam: cuidar, educar e gerenciar.

Nesse sentido, essa prática apresenta-se em conformidade com as diretrizes do Programa de Saúde da Família que surgiu em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo de saúde, até então vigente, caracterizado pela atenção individual, médico-centrado e hospitalocêntrico. O programa propõe uma mudança na organização do trabalho que deve ser construído baseado em equipe, visando práticas mais resolutivas e integrais (COELHO e JORGE, 2009).

Para tanto, a Estratégia de Saúde da Família e os profissionais que nela atuam necessitam desenvolver práticas de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade e se traduzam, em termos de desenvolvimento das ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

Nesse âmbito, a ESF tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde, de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família, e com isso, melhorar a qualidade de vida da população. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e família na comunidade (MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009).

Entretanto, considera-se que a ESF encontra-se em processo de implementação e de construção, pois, nesse estudo, percebeu-se que durante a consulta para a coleta de citopatológico (CP), foi desenvolvida uma prática pautada no modelo tecnicista e higienista de educação em saúde, em que as orientações direcionaram-se ao procedimento técnico e aos cuidados de higiene para prevenir doenças.

Para Oliveira (2005), o modelo preventivo de educação em saúde objetiva prevenir as doenças, trabalhando com a ideia de que os profissionais de saúde sabem o que se constitui em estilo de vida saudável e os indivíduos devem seguir as orientações desses profissionais para não adoecerem.

O modelo de condicionamento se apresentou, em uma dada situação em que foi utilizada uma forma de condicionar os indivíduos para a realização da coleta de CP, sendo ofertada, como incentivo, uma camiseta alusiva ao dia internacional da mulher ao término da consulta, e, assim, mais mulheres compareceriam, ajudando o município a atingir a meta desejada.

No que se refere ao acolhimento, observou-se que o mesmo é realizado pelas enfermeiras em um modelo de atendimento voltado para a queixa-conduta, já que se evidenciou que a maioria dos usuários que procuravam essa modalidade de atendimento solicitava exames devido a algumas queixas, ou, ainda, mostravam resultados de exames realizados anteriormente.

Para Hennington (2005), o acolhimento surge como processo e estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, especialmente na ESF, buscando a inversão do modelo técnico-assistencial de modo a contemplar o princípio da universalidade no atendimento e a reorganização do processo de trabalho.

Entendendo que o acolhimento se constitui em uma prática da ESF, seria adequado que todos os profissionais da ESF o realizassem. Porém, em estudo realizado por Fracoli e Zoboli (2004), encontrou-se que, de um modo geral, tal atividade é realizada pelos profissionais enfermeiros e, os usuários são encaminhados ao profissional médico, quando necessário, corroborando com o resultado encontrado neste estudo.

Entretanto, dentro dessa lógica, o acolhimento corre o risco de se transformar em, simplesmente, mais uma atividade, mais uma tecnologia, com instrumentos, lugares, agentes e saberes próprios, enfim, mais um serviço oferecido pela ESF e não uma forma de mudar as relações entre trabalhadores e usuários e reorganizar o serviço para oferecer mais qualidade na atenção à saúde (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

Assim, entende-se o acolhimento como uma estratégia que envolve escuta sensível, humanização e que precisa ser uma prática multidisciplinar de encaminhamento das demandas de cuidado dos usuários e, não, meramente, uma prática diferenciada de “triagem”.

Relacionado às visitas domiciliares, realizadas pelas enfermeiras, percebeu-se que a VD é uma atividade que faz parte do cotidiano dos profissionais da equipe de saúde e se torna um espaço de educação em saúde desenvolvida pelas enfermeiras, em determinados momentos.

Nesse sentido, a ESF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (ALBUQUERQUE e BOSI, 2009).

Isso vem ao encontro do discurso de E1, destacando a função do enfermeiro durante a visita domiciliar na realização de orientações conforme a realidade de cada família e, para isso, busca ter uma boa relação com a família, para que ambos sintam-se à vontade com a situação. Também esse profissional observa as condições sociais da família visitada para adequar as orientações de acordo com a necessidade de cada um, contemplando o que se deseja enquanto processo educativo emancipatório.

Sakata et al. (2007) entendem a visita domiciliar como uma oportunidade de compreender melhor o usuário, conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares, abordar a doença e os problemas sociais e emocionais, proporcionando assim, orientações voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário.

Em relação à presença do médico durante a VD, observaram-se diferenças na atuação da enfermeira na presença e ausência deste profissional. E1, quando realizou VD com a presença do médico, restringiu-se à realização de procedimentos técnicos, sem questionamentos e orientações. Estas foram realizadas pelo médico. Já, E2, embora não questionada sobre a presença do médico na VD, relata que, quando realiza a visita domiciliar sem a presença do médico, consegue realizar orientações sobre diversos assuntos e não apenas de cunho biomédico, voltadas para os diagnósticos e medicações.

Dessa forma, Moretti-Pires e Bueno (2009) afirmam que as ações integras e de enfoque para a promoção da saúde, tais como as visitas domiciliares e outras atividades que permitam vivenciar a realidade em que intervirá, são preconizadas para todos os profissionais, focando a atuação na equipe multiprofissional e no paciente, o qual deve ter participação no planejamento das ações junto com a equipe. Porém, na prática observada nesse estudo, as equipes de saúde da família, mesmo com composição multiprofissional, não conseguem se articular para desenvolver as ações do modo como é preconizado para a ESF.

Nesse sentido, a equipe multiprofissional não pode ser a soma de várias pessoas. Cada qual precisa ter suas responsabilidades, mas também, comprometer-se com as responsabilidades dos outros, numa convergência para objetivos em comum, o que compõem a integralidade do cuidado em saúde (RAMOS, 2009).

Nessa perspectiva, Ferreira, Varga e Silva (2009) relatam que cabe ao profissional inserido nessa lógica refazer a visão do seu processo de trabalho e considerar que a equipe é o pilar para o “fazer” integrado e que as buscas pelas possibilidades auxiliam a alçar o desenvolvimento do seu fazer.

Assim, o trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas, visto que a formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo (FERREIRA, VARGA e SILVA, 2009).

Em relação às atividades desenvolvidas em grupo, visualizam-se aquelas dirigidas aos grupos de patologias específicas ou destinados a alguma fase da vida, por exemplo, hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos.

Embora Silva (1994) cite o grupo como um espaço potencial para a educação em saúde na perspectiva de consolidar a participação da população nos serviços, no contexto atual de implementação da ESF, o que se observa é a constituição de grupos de educação em saúde em decorrência da condição patológica (diabéticos, hipertensos), do sexo (mulheres) e da fase de desenvolvimento individual e da família (adolescentes, gestantes), conforme orientações dos programas ministeriais (SILVA et al., 2006).

Nessa perspectiva, durante a realização do grupo de HIPERDIA, ambas as enfermeiras desenvolviam papéis semelhantes, pois restringiram-se a entregar a medicação e realizar algumas orientações individuais aos usuários que manifestassem alguma dúvida ou que elas considerassem que necessitavam de orientações.

As orientações eram relacionadas ao correto uso das medicações e aos hábitos alimentares, eram realizadas de forma não impositiva, deixando espaço para os usuários manifestarem-se, porém restringiam-se aos cuidados para o controle do diabetes e da hipertensão.

Em estudo realizado por Silva et al. (2006), a realização de grupos se reduz, na maioria das vezes, às práticas coletivas de informação sobre doenças, procedimentos terapêuticos e convivência com um problema de saúde. Assim, a realização de grupos se consolida como uma estratégia assistencial, enquanto a dimensão educativa-

participativa e de empoderamento de pacientes e da comunidade para o exercício da cidadania se apresenta reduzida.

Durante a observação de uma palestra sobre pediculose ministrada por E1 em uma escola, foi marcante a utilização de um modelo higienista em uma tendência pedagógica tradicional. Nessa forma de trabalhar educação em saúde, o profissional é visto como a autoridade máxima, um organizador dos conteúdos e estratégias de ensino e, portanto, o único responsável e condutor do processo educativo (PEREIRA, 2003).

Dessa maneira, o enfermeiro se desdobra para desenvolver as atividades de grupo em uma perspectiva emancipatória, porém, encontra alguns obstáculos, tais como a pouca fundamentação teórico-metodológica para a sua implementação. Nas atividades individuais e palestras, prevaleceram os modelos, tecnicista e higienista. Dessa forma, considera-se que essas enfermeiras atuantes na ESF têm centrado sua atuação em um modelo tradicional de desenvolver educação em saúde.

4.2 As facilidades e dificuldades ao realizar ações educativas na concepção de enfermeiras de Estratégias de Saúde da Família

Durante o período de observação das atividades desenvolvidas pelas enfermeiras, deparou-se com algumas situações no que se refere às ações educativas desenvolvidas pelas mesmas. Nesse sentido, ambas foram questionadas, durante a entrevista, sobre possíveis facilidades e dificuldades em realizar as atividades educativas. Em relação às facilidades, E1 apontou:

E1: (...) maior vínculo com a população. (...) como a nossa equipe entrou junto [*começaram a trabalhar juntos*], é uma equipe bem unida também, já faz algum tempo que a gente está junto, também facilita a nossa relação com a população né? E a gente conhece bem, por ser mais tempo que a gente está junto aqui nesse PSF, conhece bem a população que a gente tem. Já tem um maior vínculo. E, durante os grupos, as visitas, isso já facilita também essa / integração assim.

E1 aponta como facilidades para a realização de suas atividades de educação em saúde a união existente entre os membros da equipe traduzida pela integração da mesma que possibilita também a integração com a população. Com essa integração, houve o desenvolvimento das atividades propostas pela própria ESF tais como a visita domiciliar e as atividades em grupo. E1 acredita, também, que estas atividades buscam e, muitas vezes, proporcionam a formação de vínculo com a população.

E2 também cita as atividades em grupo, porém em um movimento paradoxal de dificuldade e facilidade, como segue:

E2: No grupo eu acho mais fácil assim, porque é um número maior de pessoas, daí é um pouco mais fácil. Na consulta de enfermagem é uma facilidade também porque tu estás falando particularmente com o paciente. Então, às vezes o grupo se torna uma dificuldade porque nem todos falam a mesma língua, nem todos encontram a mesma facilidade de entender. Então o grupo às vezes é uma facilidade às vezes é uma dificuldade. (...) Eu acho que, dependendo do grupo, eu consigo orientar mais, daí a educação em saúde é mais efetiva, por exemplo, no grupo das gestantes. Eu peguei esses livrinhos do governo que vem, daí eu fui pela etapa da gestação. (...) quando volta pra mim eu já começo a falar. (...) Daí eu acho que a dificuldade é com o grupo de HIPERDIA ali. Quando é muito grande, todos querem, às vezes, perguntar ao mesmo tempo ou, uns entendem e outros não entendem, nem todos tem a mesma capacidade de entender. Às vezes o grupo em grande número é uma dificuldade.

E2 considera que realiza educação em saúde de forma mais efetiva no grupo de gestantes, enquanto que, no grupo de hipertensos e diabéticos, tal prática se torna mais difícil. E2 também se reporta ao grupo de forma paradoxal, afirmando que ele é, ao mesmo tempo, uma facilidade pelo fato de as pessoas estarem reunidas e, também, uma dificuldade porque as pessoas não têm o mesmo nível de entendimento.

As atividades realizadas individualmente, como, por exemplo, a consulta de enfermagem se torna mais fácil por estar se falando diretamente com a pessoa. Salaria, também, que as facilidades e dificuldades para a realização das suas atividades educativas estão relacionadas com a capacidade de entendimento de cada pessoa.

Em relação às dificuldades, E1 se reporta a questões relacionadas à gestão e aos gestores:

E1: A gente sempre imagina como na teoria, que é tudo muito bonita a teoria, mas é difícil né? Eu acho que falta esse maior apoio assim, essa é a nossa maior dificuldade, com relação aos gestores. E, também, a demanda é muito

grande, mas talvez se os gestores soubessem realmente a função do PSF, as atribuições do PSF, a população também ia ver o PSF de outra forma. Porque muito a gente quer fazer, só que não depende só de nós.

E1 aponta o desconhecimento dos gestores em relação aos objetivos, à função e às atribuições da ESF e a falta de empenho e apoio dos mesmos para que sejam realizadas as atividades propostas pela ESF, como elementos dificultadores para a realização de suas atividades de educação em saúde. Salaria que a demanda de atendimentos na unidade de saúde prejudica as atividades educativas voltadas para a prevenção e promoção da saúde e, ainda, relata que se os gestores soubessem realmente a função do ESF a demanda poderia ser diferente.

Outra questão apontada como dificuldade em realizar atividades educativas está relacionada “à falta de tempo” como relata E1:

E1: Eu acho que sempre a gente pode falar mais, mas às vezes falta tempo.

E1, ao realizar a consulta para a coleta de CP, fornece orientações relacionadas com o procedimento, com alguns cuidados de higiene e com o auto-exame das mamas, mas acredita que poderia estar orientando sobre outros cuidados, porém, não o faz, muitas vezes, em função da falta de tempo.

E1: A gente pode aproveitar o momento com mais orientações ainda. A gente sempre procura dar o máximo de orientações, mas às vezes, por falta de tempo e na correria, acaba deixando mais de lado e fica mais focado no que está acontecendo naquele momento, no caso, na vacina.

E1, ao realizar vacinas, orienta sobre as possíveis reações e sinais e sintomas a serem observados, mas afirma que poderia aproveitar o momento e o espaço para realizar outras orientações, mas não o faz devido à falta de tempo. Nesse sentido, percebe-se, como recorrente em suas falas, a falta de tempo para a realização de mais atividades educativas, orientações.

Também se observou, durante a realização das atividades com grupos educativos, algumas dificuldades por parte de ambas as enfermeiras no que tange à questão operacional dessa modalidade. Na entrevista a enfermeira justificou a escolha de uma dinâmica para conduzir o grupo de gestantes, pois:

E1: (...) aí eu começo eu falando pra ter continuidade daí com o que elas falam. Mas não deu certo da outra vez, porque elas ficam mais quietas mesmo.

E1, ao realizar o grupo de gestantes, distribuiu às participantes papéis com assuntos a serem abordados no decorrer da atividade e iniciou falando sobre os temas, afirmando que considera mais fácil ela mesma iniciar do que pedir para que as gestantes iniciem com a sua visão, pois dessa forma as gestantes falam mais. Relata que já realizou a atividade solicitando às gestantes para falarem, inicialmente, porém afirma que não deu certo, pois as mesmas ficam mais quietas e não participam ativamente.

E2, em relação às suas atividades educativas desenvolvidas em grupo, reporta-se ao grupo de hipertensos e diabéticos dessa forma:

E2: Daí quando a gente vê que eles têm alguma dúvida, a gente vê que esse tem que conversar particular, que esse é o momento que é bom, como tomar tal medicação. (...) a gente fala pouco porque eles querem receber o remédio, ver a pressão, fazer o HGT e ir embora duma vez.

Percebe-se, novamente, através da enunciação de E2, a dificuldade expressa anteriormente para realizar a educação em saúde com grupos. Ela opta por realizar as orientações individualmente aos usuários no momento da entrega das medicações e justifica a utilização dessas orientações individuais atendendo a demanda dos usuários que procuram o atendimento em busca de procedimentos e de medicações.

Dessa maneira, o denominado “grupo de HIPERDIA” se reduz a orientações individuais, verificação de glicemia capilar, aferição da pressão arterial e orientações gerais sobre as atividades da unidade de saúde que são as únicas repassadas em grupo.

4.2.1 Elementos facilitadores e dificultadores do processo de educação em saúde

Partindo-se dos discursos das enfermeiras, pode-se considerar que as dificuldades para a realização das atividades de educação em saúde relacionam-se a

questões de ordem teórico-metodológicas de condução das atividades em grupo e oriundas da gestão dos serviços de saúde nos diferentes níveis.

E1, ao relatar as facilidades encontradas para a realização das atividades educativas, refere-se ao vínculo estabelecido entre os integrantes da equipe com a população atendida. Nesse sentido, Coelho e Jorge (2009) entendem que as ações de saúde devem ser direcionadas pelos princípios da humanização do cuidado e, para isso, os profissionais de saúde contam com recursos tecnológicos como o acolhimento e o vínculo. Tais recursos representam uma relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, para que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas.

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, sentimentos e razões em situação de desequilíbrio, pois um, o usuário, busca assistência, quando seu estado físico e emocional está fragilizado, junto ao outro, um profissional, supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade (MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009).

Ainda para os mesmos autores, o vínculo é entendido como fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao usuário exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito à sua saúde, tendo seus direitos de fala e escolha respeitados. Permite, também, ao profissional, conhecer o usuário para que colabore com a integração deste na manutenção de sua saúde e redução dos agravos.

Dessa forma, percebe-se que a integração entre os profissionais de saúde e o vínculo destes com os usuários do serviço de saúde pode ampliar a eficácia das ações de saúde e favorecer a participação do usuário durante a prestação do serviço, por garantir laços de confiança e co-responsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário.

Em relação às facilidades, E2 destaca a consulta de enfermagem como uma facilidade para o desenvolvimento de ações educativas e justifica sua afirmação pela possibilidade de realizar as orientações individualmente de acordo com a demanda de cada usuário. Já as atividades em grupo são apontadas por E2 em um movimento paradoxal, sendo o grupo considerado como uma facilidade e uma dificuldade ao mesmo tempo.

Para Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), grupo é uma estratégia educativa que tende a facilitar a participação, comunicação de experiências e dúvidas, além de favorecer a tomada de decisões para o autocuidado dos sujeitos. Porém, nesse estudo, constatou-se que as práticas educativas desenvolvidas em grupo, reduzem-se a orientações individuais aos usuários participantes do grupo.

Silva et al. (2006) apontam que um dos obstáculos para a realização de atividades de grupo é a falta de domínio dessa tecnologia pelos profissionais que se propõem a coordenar grupos. Outros aspectos como: locais impróprios, pouca participação dos membros do grupo, exigência formal para a sua realização, a centralização no coordenador, conteúdos que despertam pouco interesse, pré-determinação dos temas e ausência de informações técnicas sobre operacionalização de grupos em manuais do Ministério da Saúde, também são apontados como elementos dificultadores para a realização de atividades de grupo.

Ainda os mesmos autores destacam que a falta de domínio de tecnologia para a condução de grupos em serviços de saúde entre enfermeiros decorre, em grande parte, do enfoque clínico individual predominante na formação profissional, o que poder ser atribuído, neste estudo, à facilidade em trabalhar questões educativas na consulta de enfermagem relatadas por E2.

E1 não citou como dificuldade em realizar ações educativas em saúde as atividades de grupo, porém, durante o período de observação de suas atividades, acompanhou-se a realização de um grupo de gestantes. Percebeu-se que a enfermeira empenhou-se para a realização desse grupo, elaborando material educativo sobre diversos assuntos relacionados principalmente aos cuidados com o bebê.

A profissional escolheu determinados temas e escreveu em papéis, distribuindo-os às participantes para que cada uma sorteasse um deles. Nesse momento, pensou-se que ela fosse pedir para que a sorteada falasse sobre o tema sorteado, estimulando a participação e para despertar o conhecimento latente de cada uma sobre o assunto. Entretanto, a própria enfermeira tomou a palavra e expôs sobre todos os assuntos e as gestantes apenas sortearam o cartão com o assunto e algumas delas tiveram participações tímidas, embora tivessem abertura para falar, a dinâmica foi dominada pela enfermeira.

Dessa forma, acredita-se que a enfermeira tenha perdido uma oportunidade de trabalhar com uma metodologia que estimulasse as participantes ao diálogo e ao compartilhar de saberes. Por vezes, a enfermeira utilizou expressões como: “mas de jeito nenhum pode ser feito assim”, “isso é errado”, “mas assim não pode”, tornando seu diálogo impositivo. O compartilhar de saberes é apresentado por Cabral (1999) como um caminho para a construção de uma aliança de saberes entre o saber científico e o saber popular e que pode ser desenvolvido com os usuários em encontros grupais ou individuais em que se dê voz aos sujeitos e o profissional de saúde seja o mediador na construção coletiva do conhecimento.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001, p.28) preconiza os grupos de gestantes como a “possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos que é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional”. As trocas de experiências, de dúvidas e anseios, como também as orientações frente ao processo gestacional vivido, são importantes para garantir a gestação, parto e puerpério de qualidade.

Entretanto, a atividade educativa desenvolvida no grupo caracterizou-se pelo modelo tradicional de educação em saúde, no qual o enfermeiro atua como detentor do saber. Porém, no discurso dessas enfermeiras, sobressaem-se traços que sinalizam uma preocupação com a promoção da autonomia desses usuários, ensaiando uma prática educativa emancipatória.

O desconhecimento por parte dos gestores das atribuições e dos objetivos da ESF é ressaltada por E1 como uma das dificuldades para a realização de suas atividades educativas. Esse desconhecimento faz com que o foco das atividades direcione-se ao cumprimento de metas e objetivos e, com isso, muitas vezes, falta tempo para a realização de outras orientações e atividades de promoção da saúde. De acordo com a pesquisa documental, o gestor desse município não é da área da saúde.

Com relação à falta de tempo para a realização de mais atividades educativas, Horta et al. (2009) afirmam que devido à existência de uma rotina sistematizada para a execução de tarefas por parte dos profissionais de ESF com o intuito de atender a demanda dos usuários e suas necessidades imediatas faz com que eles se concentrem

nas práticas assistenciais com baixo potencial de inovação no serviço que se traduzem em atividades de promoção da saúde.

Dessa forma, os profissionais, muitas vezes, justificam a dificuldade de concretização das práticas de educação em saúde, voltadas à promoção da saúde da população, pela sobrecarga de trabalho voltado ao plano terapêutico, pela demanda excessiva e até mesmo pela resistência dos usuários (HORTA et al., 2009).

Em estudo realizado por Ronzani e Silva (2008), relacionado à percepção dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre a ESF, os enfermeiros entrevistados também apontaram algumas dificuldades com relação aos gestores municipais de saúde.

No contexto do modelo assistencial proposto pelo SUS e pela ESF, a gestão dos serviços de saúde deve ser tomada como um instrumento que pode possibilitar o compartilhar de poder no interior das unidades e equipes de saúde e, nesse sentido, poderá se constituir em uma ferramenta importante na efetivação de políticas (VANDERLEI e ALMEIDA, 2007).

Em estudo realizado por Fernandes, Machado e Anschau (2009), as decisões centralizadas, a política partidária, a mudança de governo, a demora das respostas pela Secretaria Municipal de Saúde e não ter formação específica na área de gestão de serviços de saúde foram apontadas como elementos dificultadores para o desempenho das atribuições do gestor de saúde.

Ainda, conforme Fernandes, Machado e Anschau (2009), a capacidade de gerenciar uma equipe de saúde e atender as perspectivas dos usuários requer um profissional equilibrado, que consiga superar as limitações que o serviço apresenta e que, além de prestar assistência baseada nos princípios do SUS, consiga lidar com o déficit de pessoal, de materiais, de recursos, bem como com a demanda cada vez maior de usuários. Além disso, o profissional atuante na gestão de serviços de saúde precisa ter competência para trabalhar os relacionamentos interpessoais no interior das organizações, minimizando os conflitos existentes. Competência gerencial, determinação no alcance de metas e objetivos, personalidade e habilidade com pessoas são características determinantes para a resolutividade das ações, motivação da equipe e satisfação do usuário.

Dessa forma, a gestão passa a ser uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, possibilitando transformações nas decisões no âmbito local com a participação do trabalhador de saúde e do usuário na construção do projeto assistencial a ser desenvolvido pelo serviço de saúde. E, sendo assim, o gestor eficaz não é aquele que domina as técnicas de gestão, mas o que possui compromisso como tarefa organizacional e é capaz de mobilizar o conjunto da organização para essa tarefa, de forma criativa e participativa (VANDERLEI e ALMEIDA, 2007).

Por fim, apresentaram-se os principais elementos facilitadores e dificultadores do processo de educação em saúde com destaque para a dificuldade em desenvolver atividades em grupos e o desconhecimento dos gestores sobre os princípios e diretrizes da ESF.

5 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PERPASSANDO O COTIDIANO DE TRABALHO DE ENFERMEIRAS DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da análise do material empírico, *corpus do estudo*, constituído pela transcrição das entrevistas, duas categorias analíticas emergiram: a educação em saúde no cotidiano de enfermeiras de Estratégias de Saúde da Família e a prática educativa desenvolvida pelas enfermeiras e a autonomia do usuário.

Para o desenvolvimento da interpretação do corpus deste estudo, foram utilizados dados oriundos da observação participante – diários de campo - e aquelas coletadas nos documentos, como fontes secundárias da pesquisa.

5.1 A educação em saúde no cotidiano de enfermeiras de Estratégias de Saúde da Família

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde nas diretrizes da ESF, o enfermeiro realiza diariamente diversas e diferentes atividades, dentre elas, atividades desenvolvidas individualmente como acolhimento, consulta de enfermagem, visitas domiciliares e procedimentos técnicos. Também atividades desenvolvidas em grupo, como grupos educativos para a saúde, além de atividades de caráter administrativo. Tal diretriz foi presente nos discursos das enfermeiras participantes desta pesquisa:

E1: (...) consulta de enfermagem, curativo ââahh, nebulizações, vacinas, são mais / de procedimentos são / são esses aí. Tem as visitas também, domiciliares (...) tem grupos também, diariamente é a /, é a consulta de enfermagem e os procedimentos corretivos.

E2: (...) as atividades que eu desenvolvo, em primeiro lugar, é a consulta de enfermagem, tem os grupos de saúde, grupo de gestante, grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), tem, / visita domiciliar, além dos procedimentos e das atividades diárias.

E1 e E2 descrevem as atividades realizadas diariamente na Estratégia de Saúde da Família que incluem consultas de enfermagem, visitas domiciliares, grupos educativos em saúde e procedimentos de enfermagem.

A partir da descrição, por parte de E1 e E2, das atividades realizadas solicitou-se que elas caracterizassem quais dessas atividades possuíam um caráter educativo:

E1: O enfermeiro pode fazer educação em saúde em todas as atividades, né? (...) ele vai estar orientando (...)

E2: Os grupos, eu acho que todos os grupos são de educação em saúde, porque eles recebem orientação, mais uma vez pra eles cuidarem da sua própria saúde e observar o que vai acontecendo, para ver quando acontece alguma coisa que é anormal eles virem falar com a gente. As visitas domiciliares eu também acho que sejam de educação em saúde, eu considero que tenham educação em saúde. A consulta de enfermagem também. E, os procedimentos diários eu também acho.

E1 caracteriza todas as suas atividades diárias como atividades de educação em saúde, pois considera que realiza orientações aos usuários em todas as atividades que desenvolve. Já E2 aponta as atividades de grupo, as visitas domiciliares, a consulta de enfermagem e os procedimentos de enfermagem diários, como atividades de educação em saúde. Entretanto, E2 destaca as atividades de grupo como sendo sinônimo de educação em saúde. Para tanto, utiliza a expressão “todos” a fim de caracterizar a atividade de grupo como inerente à educação em saúde, explicando que nessa atividade os usuários “recebem” orientações.

Percebe-se, então, que para ambas as entrevistadas a educação em saúde está presente durante o desenvolvimento de todas as suas atividades diárias e afirmam que a prática educativa se traduz pela realização de orientações aos usuários.

Conforme os registros das observações, percebeu-se que, na maioria das situações, os enfermeiros realizavam orientações a partir das necessidades manifestadas pelos próprios usuários, considerando suas condições sócio-econômicas e culturais e sua capacidade de entendimento do que estava sendo orientado. Nesse sentido, E1 e E2 foram questionadas quanto às suas concepções de educação em saúde:

E1: Basicamente essa educação em saúde é a prevenção e a promoção da saúde. (...) é buscar com que o usuário também se comprometa, com que tenha responsabilidade também, que ele participe do seu cuidado. E a gente tem o papel também de orientar eles quanto a isso, pra que eles também / se cuidem, né? A gente faz a nossa parte de um lado mas eles também tem que fazer a outra. Na verdade é uma troca, né?

E1 entende educação em saúde como prevenção e promoção da saúde. Ressalta que o enfermeiro tem o papel de orientar os usuários para que os mesmos também se comprometam com a sua saúde, que sejam responsáveis pela sua própria saúde e participem do seu cuidado. Entende que o profissional tem uma parte de responsabilidade com a saúde do usuário, mas que este também tem a sua parte, caracterizando um movimento de co-responsabilização de ambos no processo saúde-doença.

Em relação a isso, E2 se manifestou da seguinte forma:

E2: (...) eu entendo por educação em saúde é que, a gente como profissional, consiga passar informação suficiente pra que ele tenha condições de cuidar de sua própria saúde. Cuidar de sua própria saúde com relação ao que ele tenha, com relação a capacidade dele. (...) Orientar pra que ele entenda que aquilo é normal, mas que ele possa resolver em casa algumas coisas e outras, que ele tem que agendar consulta e vir conversar comigo ou com o médico.

E2 reforça a questão da co-responsabilização do usuário perante a sua situação de saúde-doença. Apresenta a sua concepção de educação em saúde como a capacidade de o profissional conseguir passar informações suficientes para que o usuário tenha condições de cuidar de sua própria saúde, considerando a sua capacidade. Porém, o papel do profissional denota que os usuários tenham conhecimento suficiente para que saibam o que acontece com o corpo em cada fase da vida, bem como para procurarem atendimento médico quando necessário, seja para solucionar possíveis dúvidas ou diante do aparecimento de algo diferente do habitual.

Percebe-se, então, que a educação em saúde perpassa o cotidiano de trabalho das enfermeiras da ESF, sendo considerada por elas como integrante de todas as atividades, incluindo procedimentos técnicos, tais como curativos, nebulizações, vacinas. Desse modo, pode-se afirmar que o trabalho dessas enfermeiras caracteriza-se por ser uma prática educativa. Entretanto, elas manifestam uma preocupação com a

forma de desenvolver o processo educativo em saúde, sendo recorrente em seu discurso, que não basta apenas informar ou orientar os usuários, é preciso que aquilo que está sendo dito faça sentido para eles.

5.1.1 A concepção de educação em saúde no cotidiano das enfermeiras da ESF

A partir dos resultados apresentados, propõem-se algumas reflexões sobre a concepção de educação em saúde relatada pelas enfermeiras.

Nota-se que, tanto para E1 quanto para E2, a educação em saúde perpassa o cotidiano de todas as suas atividades diárias. Ambas afirmam que a prática educativa se expressa nas orientações aos usuários, ressaltando que as informações dadas precisam ser compreendidas por eles.

Nesse sentido, no cotidiano da ESF, a educação em saúde é uma prática intrínseca ao processo de trabalho da enfermeira. Alguns autores que têm destacado a educação em saúde no Brasil (VASCONCELOS, 1998; OLIVEIRA, 2005; SILVA et al., 2006) consideram relevante essa prática, como parte da totalidade das ações realizadas pelos profissionais de saúde.

Budó (2002) descreveu que o processo de trabalho da enfermeira em seu dia-a-dia se encontra impregnado de ações educativas e que quase a totalidade dessas ações consiste de algum tipo de orientação, tanto na realização de procedimentos quanto nas ações educativas propriamente ditas. Também foi relatado pela mesma autora que em todos os momentos em que um usuário se aproximava da enfermeira havia alguma fala orientadora, caracterizando a educação em saúde como uma prática presente nas ações de enfermagem, por mais corriqueira que seja.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) preconiza a educação em saúde como um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, estimulando a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. Reforça também que a prática de saúde como prática educativa deve ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade.

Dessa forma, observando-se a prática das ações educativas das enfermeiras, constatou-se a influência de diferentes modelos e/ou tendências de práticas

pedagógicas para o desenvolvimento de educação em saúde. Tais práticas centram-se no desenvolvimento de ações educativas de modo tradicional, de caráter reducionista, centradas nos modelos higienista e tecnicista. Entretanto, no discurso dessas enfermeiras foram destacadas marcas discursivas que conduzem a uma aproximação com o referencial da pedagogia crítica, visando promover a autonomia dos usuários. Assim, percebe-se um conflito ideológico entre o discurso (teoria) e a prática das enfermeiras.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família, vista como um espaço de educação em saúde, tem como papel central uma prática educativa voltada para a promoção da saúde, como um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais (BESEN et al., 2007).

Dentre as ações da ESF, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para promover a auto-estima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações de hábitos e comportamentos. Assim, a atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores do processo educativo em saúde (MACHADO et al., 2007).

Dessa forma, a educação em saúde tem sido identificada por enfermeiros, desde o início da década de 1990, como um importante elemento do trabalho da enfermagem em atenção básica e, também, como uma prática capaz de favorecer a implementação dos princípios do SUS, principalmente a participação da população (SILVA, 1994). É importante observar que, atualmente, a educação em saúde tem sido uma prática constante no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, principalmente para o que atua em saúde pública (CARVALHO, CLEMENTINO e PINHO, 2008).

Para Besen et al. (2007), o trabalho educativo a ser feito deve extrapolar o campo da informação, integrar a consideração de valores, de costumes, de modelos e de símbolos sociais, que levam a formas específicas de condutas e práticas. Assim, compreende-se que educar não é a mera transferência de conhecimentos, mas sim a conscientização e o testemunho de vida, do contrário, não terá eficácia. A autonomia, a dignidade e a identidade do educando, no caso do usuário, têm de ser respeitadas,

caso contrário, o ensino se tornará “inautêntico, palavreado vazio e inoperante” (FREIRE, 1996).

Para Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001), educar é um processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva de saúde, de modo a que as pessoas possam fazer escolhas conscientes. Dessa forma, profissionais e comunidade precisam ter em mente que educação em saúde é uma prática ofertada pelos serviços de saúde, mas que deve ser mantida e complementada pela população, por meio de seus conhecimentos e práticas (CARVALHO, CLEMENTINO e PINHO, 2008).

Nesse sentido, percebeu-se, nas enunciações de E1 e E2, uma preocupação com a co-responsabilização dos usuários sobre sua própria condição de saúde, manifestada pela ênfase na necessidade de orientar os usuários para que os mesmos sejam capazes de cuidar de sua própria saúde.

Essa concepção de educação em saúde denota uma tendência emancipatória, almejando uma prática educativa direcionada para a transitividade de consciência, a mudança e a libertação, sendo marcada por uma relação de proximidade entre os profissionais e os usuários (FREIRE, 1980). Nessa relação educativa, considera-se que há uma produção de conhecimento coletiva, que gera uma modificação mútua, pois ambos são dotados de conhecimentos distintos, caracterizando a aliança de saberes (CABRAL, 1999; MACHADO et al., 2007).

Assim, Machado et al. (2007) apontam que o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está embasada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais.

Conforme a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde pode ser traduzida como o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre os determinantes de sua saúde, apoiando seu desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação em saúde e intensificação das habilidades

vitais. Além disso, propicia a tomada de decisões por si mesmas que conduzam a uma saúde melhor e ao desenvolvimento de um senso de empoderamento.

Noronha et al. (2009) afirmam que a promoção da saúde envolve um vasto conjunto de fatores, incluindo adaptações ambientais e comportamentais adquiridas por meio de estratégias educacionais. Essas podem provocar e modificar estilos de vida, bem como condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde. Para Czeresnia (2003), a promoção da saúde é o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, razão pela qual a mesma propõe o fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha.

Dessa forma, dedicar um espaço da educação em saúde para trabalhar questões que vão além do biológico com a população propulsionará o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde mediante o processo de empoderamento e luta pelo alcance de estratégias que permitam um maior controle sobre suas condições de vida, para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (MACHADO et al., 2007; BESEN et al., 2007).

Assim, a educação em saúde perpassa um processo que envolve o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo sobre a realidade dos usuários, propondo ações transformadoras que levem à sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico-social e dotado de cultura.

5.2 A prática educativa desenvolvida pelas enfermeiras e a autonomia do usuário

Em relação ao objetivo da prática educativa em saúde, elas responderam:

E1: Seria orientar o usuário. Ou, a comunidade quando é na realização de grupos. ãããh // e durante as consultas a gente procura explicar também ãããh sobre a doença, se for a doença, né? Sempre procurando a prevenção. Alertando eles com possíveis complicações que ele pode ter como ele se cuidar em casa. // Que ele pode muito bem estar se cuidando em casa né? Sem se tornar dependente, ter a sua autonomia. Tipo, um curativo né? Como ele pode se cuidar em casa com a ferida, ou um hipertenso e diabético com a alimentação, atividade física, também né? Não ficar dependente da medicação, tem outras coisas que envolvem. Isso é o nosso papel também de estar mostrando o contexto, tudo que ele pode fazer por ele, não só depender de

uma medicação, de uma receita, mas outros fatores que ele mesmo pode intervir e se cuidar na própria casa.

E1 afirma que seu objetivo é orientar o usuário, quando em atendimento individual ou orientar a comunidade quando em atividades de grupo, buscando a autonomia do usuário. Ressalta que o papel do enfermeiro também é mostrar o contexto que envolve o usuário e orientar cuidados que eles podem realizar em casa, por exemplo, atividades físicas, alimentação, cuidados com feridas, para não se tornarem dependentes dos profissionais e de determinadas medicações e terem também a sua autonomia.

Nesse sentido, E2 enuncia:

E2: (...) Na consulta de enfermagem é tentar orientar o paciente com relação à queixa dele ou a dúvida, encaminhar ou ver os exames que ele trouxe para mostrar e orientar sobre as respostas. (...) tentar dar um objetivo certo pra pergunta, pra dúvida do paciente. Ou se é dor, ou se é só receita, ou se é uma resposta para um exame, se eu não puder resolver passo para o médico, mas o objetivo é tentar orientar, resolver essa situação. (...) No grupo de saúde, nos grupos, o objetivo é orientar para que eles possam realizar os cuidados, alguns cuidados em casa, pra que não, né? ... toda hora estejam vindo no PSF. E, porque tem coisas que eles podem fazer em casa, como tomar certo remédio, as gestantes, como saber o que acontece em cada trimestre da gestação, (...). Orientar para que elas saibam, para que elas não tenham tantas dúvidas, e que a gente possa sanar nesses grupos. Nos procedimentos diários, o objetivo, se é um curativo, é fazer o curativo ou se é vacina é fazer a vacina, orientar o pai e a mãe sobre a vacina, quando que é a próxima vacina, o objetivo é orientar. Quanto às visitas domiciliares também, é orientar, ou fazer uma vacina, ou fazer um curativo, ou trocar uma sonda. Além disso, orientar ou marcar uma consulta, se precisa vir para PSF, marcar uma consulta, agendar para ele retornar no PSF.

E2 aponta cada objetivo, dependendo do tipo de atividade que realiza. Por exemplo, com a consulta de enfermagem, o objetivo é ser resolutiva em relação à queixa do usuário e, se não puder resolver a situação é encaminhar para que outro profissional resolva. Nos grupos de saúde, é orientar os usuários para que eles possam realizar determinados cuidados em casa e não necessitem ir à unidade de saúde a todo o momento. Relata que o grupo também funciona como um espaço para sanar dúvidas dos usuários. Nos procedimentos diários, é realizar o procedimento propriamente dito e orientar conforme a necessidade. Nas visitas domiciliares, é realizar orientações ou procedimentos de enfermagem, ou ainda, agendar consulta na unidade

se necessário. Em suma, E2 tem por objetivo principal ser resolutiva para que o usuário não fique dependente da unidade de saúde e possa ter autonomia para resolver algumas situações em casa. Para tanto, tenta ser clara em suas orientações.

Partindo da observação da unidade onde E2 atua, percebeu-se ser esta uma unidade que recebe muitos usuários, estando, na maioria das vezes, com a sala de espera lotada de pessoas esperando por atendimento, situação esta que parece preocupar E2.

Quando questionadas sobre o entendimento e a aplicação das tendências pedagógicas em sua prática educativa, E1 declarou:

E1: (...) é a forma de realizar a educação em saúde (...) o importante é que haja o diálogo, as trocas, que os dois participem e não fique um só falando e dizendo o que tem que fazer e o outro só escutando. Tem que ter a participação dos dois, até pra conseguir um melhor resultado, que, senão, só um, vai saber se a pessoa está entendendo, né? Então, com o outro se manifestando, participando, falando e trocando experiências, tem um valor maior pra conseguir o resultado.

Na concepção da enfermeira a prática dialogal de educação em saúde aponta uma tendência pedagógica de ruptura com o tradicional. Para ela é importante existir diálogo entre o usuário e o profissional, para que ambos participem, troquem experiências, buscando, assim, um melhor resultado. Salienta que ambos devem se manifestar falando e escutando e não apenas o profissional ensinando o que o usuário deve fazer.

Ainda, nesse sentido, E1 ressalta que não conhece exatamente os tipos de tendências, mas:

E1: eu não sei assim, tipos de tendências, mas a gente sempre procura conversar com a pessoa, não estar impondo assim né? E que a pessoa participe também.

Com isso, E1 afirma que sempre procura conversar com o usuário, estimular a participação dele e não impor condições, orientações, ou seja, a “sua” tendência é não ser impositiva e manter um diálogo unilateral, mas exercitar o diálogo.

Nessa perspectiva, em relação ao entendimento sobre empoderamento na saúde, E1 enuncia:

E1: (...) dar poder pra pessoa (...) libertar assim, ela ter autonomia pra se autocuidar, pra participar do processo saúde e doença dela, e ela tomar também as suas atitudes visando a melhora da sua condição de saúde. Então, seria uma maior participação do usuário, da comunidade, pra que eles se sintam responsáveis também pela sua saúde, não que fique só o profissional né? Eles também têm o seu papel, eles também são responsáveis pela sua condição de saúde. Então, que eles tomem esse poder para eles [os usuários].

E1 entende que o empoderamento na saúde está relacionado com a autonomia do usuário, que ele tenha as informações - “poder” - para se libertar e se “autocuidar”, participando do processo saúde-doença e tendo condições de tomar atitudes para melhorar sua condição de saúde. Salaria que o usuário deve assumir a sua parte de responsabilidade pela sua própria saúde e não depender apenas dos profissionais.

Acerca disso, E2 apresenta em seu discurso:

E2: Empoderamento, eu [ênfatizou o eu] entendo como tu conseguir passar informação para a pessoa o suficiente para ele ter o poder para cuidar de si mesmo. Ele receber aquelas orientações do profissional e entender e poder usar na sua vida e também poder cobrar direitos, deveres (...) E, com relação a sua saúde, é poder cuidar e poder receber as orientações podendo praticar no dia-a-dia, né? Ter o poder para cuidar de si mesmo. Eu entendo como o profissional dar esse poder para a pessoa, para ele ter consciência do que está certo, do que está errado e do que ele pode fazer por ele mesmo.

Para E2 o empoderamento na saúde reside no sucesso da relação profissional com o usuário, ou seja, que este último “entenda” as orientações do profissional o suficiente para que ele tenha condições de cuidar de si mesmo. Afirma, ainda, que o profissional é quem deve dar esse poder para o usuário, reforçando a figura do profissional como central nesse processo, ou seja, detentor do poder e conhecedor do que é “certo” e “errado”.

No que tange à contribuição das enfermeiras, sujeitos do estudo, para a construção desse processo de empoderamento dos usuários, E1 acredita que:

E1: (...) contribuir a gente sempre contribui um pouquinho (...). A gente busca contribuir sempre. (...) quando a gente está orientando, a gente sempre visa que eles tomem consciência do seu problema, eles se cuidem, que entendam também sobre a sua saúde e se ajudem. (...) a gente sempre procura partir pra eles, porque são eles que são seus donos né? Então, eles é que vão decidir o que eles querem pra vida deles. Então, a gente sempre procura orientar pra que

eles tomem suas decisões, a gente orienta o melhor caminho, mas a escolha é deles.

E1 acredita que contribui com o processo de empoderamento do usuário afirmando que, quando realiza orientações, visa que o usuário tome consciência do seu problema e possa se cuidar. Saliencia que o papel do profissional é mostrar o melhor caminho a ser seguido, mas a decisão é do usuário.

E2 expõe a sua contribuição do seguinte modo:

E2: Quando, por exemplo, eles vêm mostrar os exames, que a gente mostra como está o valor dos triglicérides, por exemplo. O valor do colesterol, o valor da hemoglobina para mostrar que está com anemia ou com o colesterol alto, alguma coisa. Quando a gente mostra que aquele valor ali ou o que está dentro dos parênteses é o normal, da próxima vez ele já sabe que está diferente, entende? 'Ah! eu trouxe aqui porque eu já vi que tem uma alteração ali que eu acho que está com anemia'. (...) eu acho que não é perfeito, poderia ser bem melhor, mas nas condições que tem eu acho que contribui sim. Ou até de coisas deles saberem que é normal, por exemplo, a mãe que tem um filho recém-nascido que tem aquela cólica que dá nos primeiros dias por causa do leite, ou isso ou aquilo, daí elas sabem que aquela cólica, ou faz massagem, ou bota compressinha. A gente orienta, então elas não trazem no médico [*ênfatisou no médico*] por causa daquilo, entende? Então eu acho que contribui para o empoderamento.

E2 acredita que contribui com o processo de empoderamento do usuário afirmando que, quando realiza orientações, sempre busca mostrar o que é o “certo” e o que é “errado”, o que é normal e o que foge do normal para que o usuário tenha condições de saber o que está acontecendo com ele. Exemplifica sua forma de orientar utilizando valores de exames (normal e anormal). Desse modo, E2 centra a sua orientação em padrões biológicos e tenta desenvolver um padrão de comportamentos considerados certos e errados na perspectiva do profissional.

5.2.1 A busca pela promoção da autonomia do usuário no discurso das enfermeiras

As enfermeiras manifestaram uma preocupação com o processo de educação em saúde desenvolvido no seu cotidiano capaz de despertar nos usuários, seja individual ou coletivamente, um senso de co-responsabilização sobre o processo saúde-doença.

Tal prática remete ao que Freire (1980) considera como participação ativa do educando no processo educativo, ou seja, como co-participante, compreendendo a educação, como uma prática de liberdade, como um ato de conhecimento e como uma aproximação crítica da realidade. Aproximando a teoria freiriana com o campo da saúde, compreende-se que o processo educativo em saúde deva possibilitar que o usuário seja co-partícipe do seu processo saúde-doença, obtendo informações necessárias para que ele possa tomar decisões sobre a sua situação de saúde.

Tendo em vista os principais objetivos apontados pelas enfermeiras para a realização da prática de educação em saúde, dois movimentos foram percebidos: um centrado na orientação, ou seja, no repasse de informações e o outro centrado na resolutividade do atendimento, ou seja, atender a demanda que trouxe o usuário à unidade de saúde.

Desse modo, em consonância com o preconizado pelas diretrizes da ESF (BRASIL, 2001), percebeu-se que as enfermeiras, participantes desse estudo, buscaram desenvolver suas práticas educativas no sentido de fornecer informações para que os usuários sejam capazes de decidir sobre sua própria saúde.

Nesse sentido, notou-se que elas oscilam, em alguns momentos, entre diferentes formas de realização de orientações, dependendo do objetivo e do tipo de atividade desenvolvida. Algumas vezes, orientam no sentido de ampliar as informações dos usuários sobre determinados comportamentos e, outras vezes, preocupam-se em atender a demanda requerida pelo mesmo, almejando a resolutividade. Entretanto, no discurso dessas enfermeiras, sobressaem-se traços que sinalizam uma preocupação com a promoção da autonomia desses usuários, ensaiando uma prática educativa emancipatória.

Diferentes tendências pedagógicas podem ser aplicadas no campo da educação em saúde. Assim, neste estudo, evidenciou-se uma dicotomia com o desenvolvimento de uma prática higienista e tecnicista centrada na tendência pedagógica tradicional e uma marca discursiva aproximada com o referencial da pedagogia crítica.

Sendo que a educação em saúde desenvolvida a partir de tendência pedagógica tradicional envolve ações educativas centradas na exposição de conhecimentos por parte do professor (PEREIRA, 2003), esse modelo de prática educativa tem como

pressuposto a concepção de que os profissionais de saúde detêm o conhecimento sobre o que se constitui em estilo de vida saudável (OLIVEIRA, 2005).

A prática educativa, desenvolvida a partir da pedagogia crítica, está fundamentada na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, ou seja, o professor encontra-se no mesmo nível de importância que os alunos, pois seu papel é animar a discussão (PEREIRA, 2003). Esse modelo de prática educativa é centrado em um incremento da consciência crítica das pessoas cujo objetivo é promover a saúde no seu sentido positivo, ou seja, saúde como recurso para uma vida vivida com qualidade (OLIVEIRA, 2005).

Na perspectiva freiriana, a educação crítica perpassa uma educação problematizadora que se opõe a educação bancária, sendo que ao problematizar rompe-se com a estrutura vertical do processo de ensino aprendizagem (VASCONCELOS e BRITO, 2006).

Fleury-Teixeira et al. (2008) identificam a autonomia como a categoria norteadora da promoção da saúde, porque entendem que ela é um determinante fundamental para a saúde. Afirmam, ainda, que a ideia de autonomia conduz o pensamento à ideia de liberdade e de capacidade de exercício da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória de vida.

Para Freire (1996), a autonomia se constitui em um processo de amadurecimento que envolve experiências estimuladoras de tomadas de decisão e de responsabilização dos sujeitos pelas suas próprias escolhas.

A autonomia, dessa forma, significa a possibilidade de o indivíduo escolher entre as alternativas e as informações que lhe são apresentadas de forma esclarecida e livre. Na perspectiva da promoção da saúde, os profissionais devem estabelecer vínculos e criar laços de co-responsabilidade com os usuários que decidem sobre o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades (BESEN et al., 2007).

Considerando-se as ideias-força freirianas, os usuários precisam ser considerados como sujeitos ativos no processo de educação e, não apenas como um objeto. Pois, dessa forma, eles podem chegar a serem sujeitos no processo ensino-

aprendizagem ao refletir sobre sua realidade. Desse modo, acredita-se que as enfermeiras encontram-se em um movimento de reflexão sobre a realidade em que estão inseridas e desenvolvem suas práticas educativas com os usuários, movimento este identificado nas enunciações discursivas dessas enfermeiras.

O desenvolvimento da autonomia implica em aquisição de conhecimentos para o exercício de tomar decisões por si mesmos. Assim, o usuário necessita exercitar a sua autonomia ao mesmo tempo em que ensaia os primeiros passos em direção ao desenvolvimento de seu processo de empoderamento.

O empoderamento é um conceito apropriado recentemente pela área da saúde no Brasil, que envolve diversos aspectos relacionados ao sujeito e ao seu contexto. Dessa forma, entende-se que a educação em saúde é uma importante ferramenta para o desenvolvimento de um senso de empoderamento em pessoas e comunidades que inclui a articulação entre saúde, inclusão social e direitos de cidadania.

Nesse sentido, as enfermeiras, sujeitos do estudo, foram questionadas acerca do que entendiam sobre empoderamento na saúde. Elas reconhecem a importância do empoderamento, porém o consideram como sinônimo ou muito próximo do que seja o repasse de informações para que o usuário desenvolva autonomia. Assim, o conceito de empoderamento apresentou-se fortemente ligado ao conceito de autonomia.

Semelhante a estudo de Horta et al. (2009), considera-se que a apropriação por parte das enfermeiras dessa temática é ainda incipiente e parece não ter reflexos na construção do empoderamento dos usuários. Uma das enfermeiras acredita que sua contribuição para tal está em apontar o “caminho a ser seguido” a fim de que o usuário tome as decisões e arque com as responsabilidades. Isso vai ao encontro do que é criticado por Starkey (2003) de modo a tentar eximir o profissional das responsabilidades sobre a saúde da população, reduzindo o conceito de empoderamento vinculado a autonomia e a responsabilização por si mesmo.

Em contraponto a essa questão, a outra enfermeira acredita que sua contribuição esteja na demonstração concreta dos níveis séricos de exames laboratoriais como forma de persuasão do usuário ao autocuidado. Oliveira (2005) caracteriza esse comportamento como uma dificuldade dos profissionais superarem a abordagem

individualista em que a aquisição de habilidades individuais, incluindo certo tipo de treinamento que leve as pessoas a aprenderem formas “adequadas” de pensar e fazer.

Também, Chiesa e Veríssimo (2004) comentam acerca de um modelo que condiciona a prática educativa a ações que visam modificar os hábitos dos indivíduos considerados inadequados pelos profissionais. Ainda, segundo esses autores, há uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção.

Portanto, a concepção de empoderamento na saúde ainda representa um caminho a percorrer, apontando para o que Neves e Cabral (2008) consideram como os usuários empoderados aqueles que sejam capazes de exercer sua cidadania, reivindicando um cuidado de qualidade para si, sua família e sua comunidade, tomando decisões compartilhadas com os profissionais.

Assim, acredita-se que contribuir para o empoderamento consiste em dar subsídios para o outro e acompanhar seu processo, avaliando e aconselhando as tomadas de decisões pautadas em reflexão crítica e reavaliação da decisão tomada em um movimento dialético de reflexão-ação-reflexão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, não se tem a pretensão de apontar posições absolutas ou estanques acerca do processo de educação em saúde desenvolvido pelas enfermeiras, mesmo porque além das diferentes formas de práticas educativas observadas e enunciadas, por meio dos discursos das enfermeiras, o processo de conhecimento, por ser processo, não admite ponto de chegada. Dialeticamente, recomeça em novo plano no momento em que o ciclo anterior se finaliza.

Considerando que o trabalho em saúde tem a singularidade de produzir e manter diretamente a vida, tomar o trabalho em saúde como realidade a ser problematizada e inserir a educação diretamente na prática do trabalho se constitui numa mediação pela qual o processo ensino-aprendizagem pode se desenvolver.

Nessa perspectiva, em 1994, surge o Programa de Saúde da Família, denominado, inicialmente, como Programa e, hoje, Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de redirecionar o modelo vigente, centrado no modelo hospitalocêntrico, no indivíduo, no mecanicismo e na doença. Passa, então, a focar sua atenção no indivíduo, na família e na comunidade, permitindo o aprimoramento e a consolidação do SUS e a reorientação da assistência em saúde.

Nesse sentido, a promoção da saúde tem se tornado cada vez mais presente na prática dos profissionais de saúde e, na atualidade, é incluída como componente de destaque na organização de novos modelos de prestação de serviços no campo da saúde pública, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família.

Dentre as ações da ESF, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos. Dessa forma, considera-se relevante conhecer como os enfermeiros atuantes em ESF têm desenvolvido suas ações educativas.

Nesse sentido, o presente estudo pretendeu caracterizar e analisar as ações educativas desenvolvidas por esses enfermeiros bem como discutir as concepções teóricas que norteiam a prática educativa desenvolvida por eles.

Assim sendo, conclui-se que as ações educativas desenvolvidas pelas enfermeiras têm oscilado, principalmente, entre uma prática higienista e tecnicista centrada na tendência pedagógica tradicional e uma marca discursiva aproximada com o referencial da pedagogia crítica. Assim, percebeu-se um conflito ideológico e um dilema ético entre o discurso (teoria) e a prática dessas enfermeiras.

Em determinados momentos, as enfermeiras pautavam-se no modelo tradicional para o desenvolvimento das suas práticas educativas, realizando orientações aos usuários no sentido de ampliar as informações sobre comportamentos considerados adequados pelos profissionais a fim de prevenir determinadas doenças. Esse modelo reduz a saúde a um objeto passível de controle do usuário e o processo saúde-doença passa a ser considerado como resultado direto do comportamento deste. Fundamentada nesse modelo, a prática educativa não contribui para a autonomia dos usuários aumentando a sua dependência dos serviços de saúde e/ou conduzindo ao abandono do acompanhamento.

Em outros momentos, as enfermeiras aproximavam-se do modelo crítico-emancipatório em suas enunciações discursivas referindo-se a necessidade de fornecer aos usuários informações para que esses possam tomar suas próprias decisões sobre a sua saúde. Nesse sentido, ressaltavam a importância da reflexão do usuário sobre sua realidade com vistas a sua autonomia, contribuindo para o seu processo de empoderamento. Entretanto, essa aproximação somente aconteceu no nível discursivo, não alcançando a prática.

No que se refere às concepções de educação em saúde, considera-se que as enfermeiras manifestam preocupações com relação à promoção da autonomia dos usuários. Seus discursos apresentam uma formação ideológica inclinada ao processo educativo que envolva o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo sobre a realidade dos usuários. Muitas vezes, propondo ações transformadoras que levassem à autonomia e emancipação dos usuários enquanto sujeito histórico-social e dotado de cultura.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a educação em saúde está presente nesse contexto, sendo uma prática intrínseca ao cotidiano assistencial de enfermeiras em ESF por meio de diferentes abordagens, tanto individuais quanto coletivas.

Dessa forma, entende-se que as práticas educativas devem possibilitar a participação ativa dos sujeitos envolvidos e serem essenciais para o desenvolvimento de condições que levem à promoção da saúde dos usuários, tanto na atuação dos profissionais individualmente quanto nas atividades em grupo.

Também foi possível conhecer os principais elementos facilitadores e dificultadores do processo de educação em saúde com destaque para a dificuldade em desenvolver atividades em grupos e o desconhecimento dos gestores sobre os princípios e diretrizes da ESF.

Com relação aos elementos dificultadores do processo de educação em saúde, relacionados com o desenvolvimento das atividades em grupo, acredita-se que, muitas vezes, os profissionais não estão preparados para atuarem nessa abordagem, ou seja, os centros formadores de recursos humanos, ainda apresentam dificuldades para formarem profissionais capacitados para trabalharem na lógica da ESF.

No que tange às implicações para a prática e as recomendações desse estudo, tem-se que os profissionais que desenvolvem ações educativas necessitam se apropriar de questões teórico-metodológicas inerentes a tal prática. Empoderando-se esses profissionais poderão atuar com segurança em um movimento dialético de construção conjunta de conhecimento com o usuário, contribuindo efetivamente para o empoderamento de ambos. Parafraseando Freire, ninguém empodera ninguém, mas sim, ambos empoderam-se mutuamente no processo educativo/assistencial.

Assim, acredita-se que, no seu cotidiano de trabalho, as enfermeiras possam utilizar-se de espaços coletivos entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários, de modo que esses encontros se constituam em espaços de discussão política e de análise e construção coletiva para a efetivação da proposta da ESF.

No processo educativo que deve permear toda e qualquer ação de enfermagem, compreende-se que o seu objeto são os sujeitos da aprendizagem inseridos na prática pedagógica. Assim, na formação, os futuros profissionais devem ser capazes de articular os referenciais teórico-práticos e histórico-sociais da educação em geral, da

educação profissional e da ação em saúde, na vivência de processos pedagógicos formativos com destaque para atuação com grupos.

A construção do conhecimento com base nas reflexões acerca das ações educativas desenvolvidas pelas enfermeiras aponta para a necessidade de efetivar um processo educativo em saúde envolvendo a comunidade por meio de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver mais saudável.

Acredita-se que os pressupostos de Paulo Freire e do marco teórico que estabeleceu podem se constituir em direcionamento para a implementação de ações educativas pautadas no desenvolvimento da consciência crítica dos usuários, para que, assim, possam tornar-se sujeitos ativos do seu processo saúde-doença, sendo capazes de tomarem suas próprias decisões sobre sua saúde.

O presente estudo apresenta limitações e não pretende colocar um ponto final nessas questões, mas sim, instigar novos questionamentos, possibilitando o desenvolvimento de outros estudos sobre a temática com diferentes enfoques, para enriquecer as pesquisas na área, cada vez mais, e contribuir na construção do saber da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5): 1103-1112, 2009.

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura, 1997. **A tradição pedagógica brasileira**. In: Parâmetros Curriculares Nacionais (MEC, org.), pp. 30-33, Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, MEC.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 199p.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em 18 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História do SUS**. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus.historia.htm>. Acesso em 28 fev. 2006.

BESEN, C. B. et al. A Estratégia de Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, 16(1): 57-68, 2007.

BORGES, C. C; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface. Comunic, Saúde, Educ**, 18(9): 507-519, 2005.

BUDÓ, M. L. D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Florianópolis:UFSC/PEN, 2002.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 298 p.

CARTA DE OTTAWA, **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1986. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArg/Ottawa.pdf>. Acesso em 18 de setembro de 2008.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da Reben no período de 1995 a 2005. **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília 61(2): 243-248, 2008.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. **A prática educativa em saúde**. 2004. Disponível em: <<http://www.idssaude/psf/enfermagem/tema.com.br>>. Acesso em 05 mar. 2006.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Sup 1): 1523-1531, 2009.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 18 de outubro de 2009.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Sup 1): 1541-1552. 2009.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Sup 1): 1421-1428, 2009.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Sup 2): 2115-2122, 2008.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc Enferm USP**, 38(2): 143-151, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. 116p.

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

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 184p.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1): 256-265, 2005.

- HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de Saúde da Família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 62(4): 524-529, 2009.
- LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.
- LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, 10(1): 32-49, 2001.
- LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2007.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2): 335-342, 2007.
- MAYO, P. **Critical literacy and emancipatory politics: the work of Paulo Freire**. Int. J. Educational Development, 15(4): 363-379, 1995.
- MINAYO, M. C. S; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis, RJ: VOZES, 1993.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc Enferm USP**, 43(2): 358-64, 2009.
- MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm**. 22(4): 439-444, 2009.
- NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & Contexto Enferm**. 17(3): 552-560, 2008.
- NORONHA, M. G. R. C. S. et al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2): 497-506, 2009.
- OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Americana em Enfermagem**, 13(3): 423-431, 2005.
- OLIVEIRA, R. G; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 41(1): 65-72, 2007.

- ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: PONTES, 2005.
- PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5): 1527-1534, 2003.
- RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, 8(sup 2): 55-59, 2009.
- REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. **Em busca de metodologias ativas: possibilidades e desafios da metodologia problematizadora**. In: REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, p. 223-239, 2006.
- RICHARDSON, R. J. e col. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: ATLAS, 1999.
- RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa de Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. 13(1): 23-34, 2008.
- SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de Saúde da Família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 60(6): 659-64, 2007.
- SILVA, M. A. **A enfermagem e o Sistema Único de Saúde. O vivido e o representado**. Um estudo de caso. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 1994.
- SILVA, M. A. et al. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Rev. Cogitare Enferm.**, 11(2): 143-149, 2006.
- STARKEY, F. The “empowerment debate”: consumerist, Professional and liberational perspectives in health and social care. **Social Policy Soc**. 2(4): 273-284, 2003.
- VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. 12(2): 443-453, 2007.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- VASCONCELOS E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, 14(2): 39-57, 1998.
- VASCONCELOS, M. L. M. C.; BRITO, R. H. P. **Conceitos de educação em Paulo Freire**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.



VERNIER, E. T. **O empoderamento de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde:** interface com o cuidado de enfermagem. 2007. 172f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D. R; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Community empowerment, participatory education, and health – introduction. **Health Education Quarterly**. 21(2): 141-148, Summer, 1994.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – UFSM

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p> | <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p>  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: O Empoderamento dos Usuários das Estratégias de Saúde da Família na Perspectiva dos Enfermeiros

Número do processo: 23081.018992/2008-30

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0261.0.243.000-08

Pesquisador Responsável: Eliane Tatsch Neves

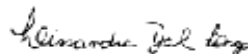
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2010- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 16/12/2008

Santa Maria, 26 de Dezembro de 2008.



Lissandra Dal Lago
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹

Projeto de Pesquisa: O empoderamento dos usuários das Estratégias de Saúde da Família na perspectiva dos enfermeiros.

Pesquisadora: Enfa. Mda. Joanita Cechin Donaduzzi.

Orientadora: Enfa. Dra. Eliane Tatsch Neves Vernier.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ Curso de Mestrado.

Telefone para contato: (55) 3212-3145; (55) 9965-8027.

E-mail: joanitanurse@yahoo.com.br.

Local da coleta de dados: Unidades de Estratégia de Saúde da Família – ESF - de um município do interior do estado do RS.

Eu _____, RG N. _____, informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento ou coerção que a pesquisa: “o empoderamento dos usuários das Estratégias de Saúde da Família na perspectiva dos enfermeiros”, de autoria de Joanita Cechin Donaduzzi, tem como objetivos: descrever o processo de empoderamento dos usuários das ESF na perspectiva dos enfermeiros; caracterizar as práticas educativas dos enfermeiros na perspectiva do empoderamento e discutir a prática educativa com os pressupostos do empoderamento na saúde. Fui informado e reconheço o risco de despertarem

¹ O teor deste documento foi inspirado na resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O termo será apresentado em duas vias, assinadas por ambas as partes, permanecendo uma para o pesquisador e outra para o participante.

sentimentos até então não conhecidos por mim no desenrolar das entrevistas e o benefício de contribuir para a construção do conhecimento na enfermagem.

Fui informado que para a coleta das informações serão realizadas, pelo pesquisador, por meio de observação da minha prática de trabalho cotidiana com os usuários, a análise de registros da unidade e o desenvolvimento de entrevistas individuais. As entrevistas serão gravadas em gravador digital, para, posteriormente, serem transcritas, com o objetivo de obter informações para a pesquisa. As informações depois de analisadas poderão ser divulgadas e publicadas, ficando a pesquisadora comprometida em apresentar o relatório final, em algum momento, na instituição. Fica assegurado também que a participação neste estudo não interferirá de forma alguma o atendimento da clientela da unidade. Fui igualmente informado que tenho assegurado o direito de: receber resposta a todas as perguntas que desejar fazer sobre o desenvolvimento da pesquisa; retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem sofrer nenhum tipo de represália, além de não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa, garantindo o anonimato.

Os dados da pesquisa serão considerados confidenciais, sendo divulgados apenas para fins de ensino e pesquisa e que serão guardados na casa da pesquisadora por cinco anos e, após este período, serão destruídos.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a pesquisadora ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria².

_____ de _____ de 2009.

Nome do Informante: _____

Assinatura do Informante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Joanita Cechin Donaduzzi

² Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 - Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria - RS --- Tel.: (55)32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

APÊNDICE B – Autorização institucional para realização da pesquisa

Autorização institucional para realização da pesquisa

Título do estudo: O empoderamento dos usuários das Estratégias de Saúde da Família na perspectiva dos enfermeiros.

Pesquisadora: Enfa. Mda. Joanita Cechin Donaduzzi.

Orientadora: Enfa. Dra. Eliane Tatsch Neves Vernier.

Eu _____ autorizo por meio deste a coleta de dados para realização do estudo “O empoderamento dos usuários das Estratégias de Saúde da Família na perspectiva dos enfermeiros”. Tendo o mesmo por objetivos: descrever o processo de empoderamento dos usuários na perspectiva dos enfermeiros; caracterizar as práticas educativas dos enfermeiros na perspectiva do empoderamento e discutir a prática educativa com os pressupostos do empoderamento na saúde.

Os sujeitos do estudo serão enfermeiros das unidades de Estratégia de Saúde da Família atuantes neste município, serão incluídos todos os enfermeiros que aceitarem participar da coleta de dados.

Tal pesquisa está vinculada ao Curso de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM e será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

Município de realização do estudo, _____ de _____ de _____.

Assinatura Prefeito Municipal.

APÊNDICE C – Formulário para caracterização dos enfermeiros sujeitos do estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Formulário para caracterização dos enfermeiros sujeitos do estudo

Projeto de Pesquisa: O empoderamento dos usuários das Estratégias de Saúde da Família na perspectiva dos enfermeiros.

Pesquisadora: Enfa. Mda. Joanita Cechin Donaduzzi.

Orientadora: Enfa. Dra. Eliane Tatsch Neves Vernier.

Idade: _____

Sexo: _____

Tempo de formação na graduação: _____

Local de formação: _____

Especialização/pós-graduação: () Sim Em que área: _____.

() Não

Tempo de atuação profissional: _____

Tempo de atuação profissional em saúde coletiva: _____

APÊNDICE D – Roteiro para observações

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro para Observações

Projeto de Pesquisa: O empoderamento dos usuários das Estratégias de Saúde da Família na perspectiva dos enfermeiros.

Pesquisadora: Enfa. Mda. Joanita Cechin Donaduzzi.

Orientadora: Enfa. Dra. Eliane Tatsch Neves Vernier.

- 1) Observador:
- 2) Local:
- 3) Número do Fato observado:
- 4) Data e hora:
- 5) Fato observado:
- 6) Descrição do fato:
- 7) Expressão verbal e não verbal dos envolvidos:
- 8) Impressões do observador:

APÊNDICE E – Diário de Campo

DIÁRIO DE CAMPO

Observador: Joanita

Local: ESF 1

| | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº do Fato | 25 |
| Data e Hora | 08-04-09 15:00 às 16:30 hs quarta-feira |
| Fato Observado | Grupo de Gestantes |
| Descrição do Fato | Realização do grupo de gestantes (compareceram 2 das 9 gestantes). Enfermeira pela parte da manhã organizou um breve resumo com algumas dicas e à tarde organizou a sala com cadeiras dispostas em círculo e recebeu as gestantes. |
| Expressão Verbal e Não Verbal dos Envolvidos | Enfermeira: tranqüila, falando com segurança sobre os assuntos que foram sendo sorteados pelas gestantes e por nós. Gestante 1: secundigesta, participativa durante todo o grupo e em todos os assuntos. Gestante 2: primigesta, ouve atentamente a todos, mas não conversa. |
| Impressões do Observador | Percebi que a enfermeira empenhou-se para a realização do grupo, elaborando material informativo sobre diversos assuntos relacionados principalmente aos cuidados com o bebê. Organizou a sala com as cadeiras dispostas em círculo e distribuiu cartões em papel com um assunto em cada um para serem sorteados pelos participantes. Nesse momento pensei que ela fosse pedir para que o sorteado falasse sobre o assunto que sortearia, para estimular a participação e saber o que cada um conhece sobre o assunto, mas as gestantes apenas sortearam um cartão com um assunto que foi falado pela enfermeira, embora tivessem abertura para falar, a dinâmica foi controlada pela enfermeira. Dessa forma, acredito que a enfermeira tenha perdido uma ótima oportunidade de trabalhar com uma nova metodologia que estimulasse as participantes. Por vezes utilizou expressões como: “mas de jeito nenhum pode ser feito assim”, “isso é errado”, “mas assim não pode”, tornando seu diálogo impositivo em determinados momentos. |

APÊNDICE F – Roteiro para entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Questões norteadoras para o desenvolvimento da entrevista com os enfermeiros sujeitos do estudo

Projeto de Pesquisa: O empoderamento dos usuários das Estratégias de Saúde da Família na perspectiva dos enfermeiros.

Pesquisadora: Enfa. Mda. Joanita Cechin Donaduzzi.

Orientadora: Enfa. Dra. Eliane Tatsch Neves Vernier.

- 1) Quais as atividades que você desenvolve cotidianamente na ESF? Quais seus objetivos com a realização dessas atividades?
- 2) Dentre essas atividades quais as que você caracterizaria como atividades de educação em saúde? Justifique/explique
- 3) Quais as facilidades/dificuldades que você encontra na realização dessas práticas?
- 4) O que você entende por empoderamento na saúde?
- 5) Nesse sentido, que estratégias você acredita que podem ser usadas para contribuir com o processo de empoderamento do usuário?

APÊNDICE G – Roteiro da entrevista realizada com E1

Questões norteadoras para o desenvolvimento da entrevista com os enfermeiros sujeitos do estudo

- 1) Quais as atividades que você desenvolve diariamente na ESF? Quais seus objetivos com a realização dessas atividades?
- 2) O que você entende por educação em saúde?
- 3) Dentre as atividades que você desenvolve quais as que você caracterizaria como atividades de educação em saúde? Justifique/explique.
- 4) Quais as facilidades/dificuldades que você encontra na realização dessas práticas de educação em saúde?
- 5) Durante a realização da consulta para a coleta de CP, percebi que você prestava orientações relacionadas com este procedimento bem como, alguns cuidados de higiene. Você considera essas orientações suficientes para este momento? Explique.
- 6) Percebi que você empenhou-se bastante na realização do grupo de gestantes e utilizou uma dinâmica de grupo, distribuindo às participantes papéis com assuntos a serem abordados no decorrer da atividade, porque você mesma falou e não pediu inicialmente que elas falassem sobre os temas?
- 7) Enquanto olhei alguns prontuários, percebi que em determinados você utilizava a expressão orientações dietéticas e em outros, orientações dietéticas rigorosas. Qual a diferença entre elas?
- 8) Durante a realização de vacinas percebi que você prestava diversas orientações relacionadas com possíveis reações, sinais e sintomas a serem observados. Você pensa que essas orientações são suficientes para esse momento? Justifique/explique
- 9) Como você avalia a sua prática educativa durante a VD?
- 10) O que você entende por tendências pedagógicas na educação?
- 11) Você relaciona suas ações educativas em saúde com alguma tendência pedagógica? Qual? Por quê?

12) O que você entende por empoderamento na saúde?

13) Dessa forma, por meio da sua prática educativa em saúde, você acredita que contribui com o processo de empoderamento do usuário? Explique.

APÊNDICE H – Roteiro da entrevista realizada com E2

Questões norteadoras para o desenvolvimento da entrevista com os enfermeiros sujeitos do estudo

- 1) Quais as atividades que você desenvolve diariamente na ESF? Quais seus objetivos com a realização dessas atividades?
- 2) O que você entende por educação em saúde?
- 3) Dentre as atividades que você desenvolve quais as que você caracterizaria como atividades de educação em saúde? Justifique/explique.
- 4) Quais as facilidades/dificuldades que você encontra na realização dessas práticas de educação em saúde?
- 5) Durante a realização da consulta para a coleta de CP, percebi que você prestava orientações relacionadas com este procedimento bem como, alguns cuidados de higiene. Você considera essas orientações suficientes para este momento? Explique.
- 6) Como você avalia a sua prática educativa durante a VD?
- 7) Durante a realização do grupo de HIPERDIA, percebi que você prestava orientações individuais sobre o correto uso das medicações. Você considera essas orientações suficientes para este momento? Explique.
- 8) Como você avalia a sua prática educativa nas atividades de grupo?
- 9) O que você entende por tendências pedagógicas na educação?
- 10) Você relaciona suas ações educativas em saúde com alguma tendência pedagógica? Qual? Por quê?
- 11) O que você entende por empoderamento na saúde?
- 12) Dessa forma, por meio da sua prática educativa em saúde, você acredita que contribui com o processo de empoderamento do usuário? Explique.