

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

**AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMEIROS NO
CONTEXTO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Angelita Gastaldo Rigon

Santa Maria, RS, Brasil

2011

AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Por

Angelita Gastaldo Rigon

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: Prof. Dra. Eliane Tatsch Neves

Santa Maria

2011

R572a Rigon, Angelita Gastaldo
Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação
hospitalar / por Angelita Gastaldo Rigon. – 2011.
125 f. ; 30 cm

Orientador: Eliane Tasch Neves
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2011

1. Enfermagem 2. Educação em saúde 3. Hospitalização I. Neves, Eliane
Tasch II. Título.

CDU 616-083

**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 ENFERMEIROS NO CONTEXTO DE
UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Elaborada por
Angelita Gastaldo Rigon

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

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

Clarice Maria Dall’Agnol, Dra. (UFRGS)
(membro efetivo)

Margrid Beuter, Dra. (UFSM)
(membro efetivo)

Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)
(membro suplente)

Santa Maria, 26 de maio de 2011.

*Dedico esse trabalho à minha família: minha base e minha força;
Ao meu marido: companheiro, amigo, meu destino e amor da minha vida;
Ao meu filho: minha mais cálida esperança no futuro;
E à enfermagem: sonho de uma profissão reconhecida, forte e a serviço do ser humano.*

AGRADECIMENTOS

*É, mais uma etapa se cumpre. E outra sempre inicia nessa roda viva que é a nossa vida. Mas sempre com o auxílio Divino a iluminar nossos passos, desde que queiramos ver a Luz. A esse **Deus ou Grande Arquiteto ou Inteligência**, meu profundo amor e gratidão por fazer-me conhece-lo, reconhece-lo e sentir sua presença diária, muitas vezes me pegando no colo....*

E essa Luz/Força Divina se faz presente de muitas formas, entre elas através de pessoas especiais que gostaria de agradecer e dizer que as amo:

*Aos meus pais **Waltair e Marlene**, que me ensinaram a caminhar nessa vida, tanto física como moralmente, foram e são sempre fonte de amor, estímulo, apoio e exemplo: sem palavras para agradecer...*

*Aos meus irmãos **Rodrigo, Patrícia e Claudio** e meus sobrinhos **Vitória e Ramiro**, sem os quais minha vida não seria tão cheia de aprendizado, amor e alegrias: vocês são parte de mim...*

*Ao meu marido **Alexandre**, que o “destino” fez meu companheiro, que mudou minha vida e me fez conhecer o sentido mais profundo do amor entre almas feminina e masculina: obrigada pelo apoio, incentivo, compreensão, carinho e amor que enchem meus dias. Só posso dizer: **te amo muito** meu gato!*

*Ao **Guilherme**, filho que está em meu ventre, que veio no momento certo para dar mais sentido a minha vida. És o que de mais precioso me foi confiado.*

*Minha orientadora **Eliane Neves**: Mestra, Amiga, Exemplo. Que soube me conduzir em passos compassados durante este novo caminho por mim empreendido. E que me viu não apenas como uma mestrande, mas como ser humano. À ti minha gratidão, carinho, admiração e desejo de felicidade.*

*Às **Professoras do mestrado**, cada uma com sua peculiaridade que me proporcionaram crescimento e demonstraram o que é paixão pela profissão, bem como as professoras da banca examinadora - **Clarice Dall’Agnol, Margrid Beuter e Stela Maris Padoin**: obrigada pelo estímulo, incentivo e contribuições.*

*Às **amigas e colegas dessa Turma de Mestrado** pelos momentos de troca de experiências e aprendizado proporcionado principalmente pelo carinho, amizade e espírito de união. Com vocês muito aprendi! “Que nem nós, só nós”!*

*Às minhas **colegas de trabalho, amigas e amigos** que souberam entender meus afastamentos e que me incentivaram na conquista desse trabalho: muitíssimo obrigada!*

*Às **enfermeiras que participaram desse estudo**, disponibilizando seu tempo e seu conhecimento, trocando ideias e experiências. Sem vocês este trabalho não existiria.*

À todas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização desse sonho, meu muito obrigada!

*Enfim, vocês fazem parte dessa construção e foram força para que eu empreendesse essa jornada. **Que deus os abençoe!***

*“O pior cárcere não é o que aprisiona o corpo,
mas o que asfixia a mente e algema a emoção.
(...)Ser livre é não ser servo das culpas do passado
Nem escravo das preocupações do amanhã.
Ser livre é ter tempo para as coisas que se ama,
É abraçar, se entregar, sonhar, recomeçar.
É desenvolver a arte de pensar e proteger a emoção.
Mas, acima de tudo...
Ser livre é ter um caso de amor com a própria vida.”*

Augusto Cury

RESUMO

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

AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AUTORA: ANGELITA GASTALDO RIGON
ORIENTADORA: ELIANE TATSCH NEVES

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 26 de MAIO de 2011.

A dimensão do educar apresenta-se no trabalho da enfermagem por meio da educação em saúde, consolidando o papel dos enfermeiros como um educador, tendo em vista a promoção da saúde. Na vivência profissional, em unidades de internação hospitalar, observou-se que a educação em saúde é desenvolvida, mas, em geral, mantêm-se sob a égide da transmissão de conhecimento de forma vertical e, ainda, é pouco utilizada como ferramenta de promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetivou conhecer as concepções de educação em saúde de enfermeiros que atuam em unidades de internação de um hospital de ensino; caracterizar as ações educativas desses enfermeiros e discutir a prática educativa desses enfermeiros com as tendências pedagógicas de educação. A produção de dados ocorreu por meio do Método Criativo Sensível. Foram desenvolvidas as Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS) Tecendo Histórias, Árvore do Conhecimento e Almanaque com 10 enfermeiros de unidades de internação de um hospital de ensino em maio e junho de 2010. Os dados foram submetidos à análise de discurso em sua corrente francesa, sendo aplicadas as ferramentas analíticas: metáfora, polissemia e paráfrase. Os resultados apontaram que as enfermeiras desenvolvem a prática de educação em saúde no dia a dia por meio de orientações, nos cuidados diários e nas orientações para a alta hospitalar. Estas atividades são desenvolvidas em grupo e/ou na orientação individual a beira do leito, tendo por base o conhecimento científico. Apontaram como dificuldades: as diferentes realidades trazidas pelos pacientes para o âmbito hospitalar; a falta de estrutura física adequada; a falta de pessoal e de tempo. Percebeu-se uma tensão entre os modelos pedagógicos crítico e não crítico, na prática dos enfermeiros tendendo ao modelo pedagógico tradicional prescritivo. Recomenda-se investimentos na formação e na educação permanente, buscando integração entre a assistência, o ensino e a pesquisa. Com isso, almeja-se o fomento e a qualificação das práticas cuidativas e a valorização da educação em saúde pelo enfermeiro no contexto da internação hospitalar.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação em saúde; Hospitalização.

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: ANGELITA GASTALDO RIGON

ADVISOR: ELIANE TATSCH NEVES

Place and presentation date: Santa Maria, May 26, 2011.

The education dimension presents itself in nursing work through health education, strengthening the role of nurses as an educator, with a view to promoting health. In the professional experience, in units of hospital, it was noted that health education is developed, but in general, under the aegis of the transmission of knowledge in a traditional way, and not as a strategy to health promotion. This is a qualitative research aimed to know the concepts of health education for nurses working in units of hospital at a teaching hospital; characterize the educational actions of nurses and discuss the educational practice of those nurses with teaching trends in education. The production data was obtained through the Creative Sensitive Method. It developed the Dynamics of Creativity and Sensitivity (DCS) Weaving Stories, Tree of Knowledge and Almanac with 10 nurses from units of hospital at a teaching hospital in 2010, May and June. Data were submitted to discourse analysis in his stream French, and applied the analytical tools: metaphor, polysemy and paraphrase. The results pointed out that nurses develop the practice of health education on a daily basis by orientation, in the day care and the guidelines for hospital discharge. These activities are developed in groups and/or individual counseling at the bedside, based on scientific knowledge. They pointed out as difficulties the different realities brought by patients to the hospital, the lack of adequate physical infrastructure, lack of staff and time. A tension between the pedagogical models critical and not critical is noted, but their practice, still tending to the traditional pedagogical model prescriptive. It is recommended an investment in training and continuing education, seeking integration between care, education and research. Thus, it aims to promotion and qualification of care practices and the enhancement of health education by nurses in the context of hospitalization.

Key words: Nursing. Health Education. Hospitalization.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP –UFSM	109
ANEXO B	Carta de extensão de cronograma do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP–UFSM	110

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
APÊNDICE B	Extrato de Transcrição da Terceira Dinâmica: Almanaque	113
APÊNDICE C	Extrato do Quadro Análise Vertical – DCS Almanaque	115
APÊNDICE D	Quadros síntese de temas e sub-temas geradores - DCS Almanaque	121

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Produção artística de E9: Dinâmica Árvore do Conhecimento	61
FIGURA 2 – Produção artística de E2: Dinâmica Árvore do Conhecimento	61
FIGURA 3 – Produção artística de E6: Dinâmica Almanaque	62
FIGURA 4 – Produção artística de E4: Dinâmica Almanaque	63
FIGURA 5 – Produção artística de E10: Dinâmica Almanaque	76
FIGURA 6 – Parte da produção artística de E6: Dinâmica Almanaque	76
FIGURA 7 – Parte da produção artística de E7: Dinâmica Almanaque.	91
FIGURA 8 – Produção artística de E2: Dinâmica Almanaque	92
FIGURA 9 – Produção artística de E4: Dinâmica Almanaque	96
FIGURA 10 – Produção artística de E9: Dinâmica Almanaque.	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese da análise desenvolvida nas três dinâmicas do estudo	48
Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos do estudo quanto a sua descrição, tempo de trabalho na enfermagem, no HUSM, área de atuação, pós-graduação e histórico profissional. Santa Maria, RS, 2010	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Aproximações com o tema do estudo.....	16
1.2 Nexos da problemática com a temática do estudo.....	19
1.3 Justificativa e possíveis contribuições do estudo.....	22
2 REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1 A educação em saúde no Brasil.....	24
2.2 A história da enfermagem e a educação em saúde	26
2.3 Apropriações da enfermagem de conceitos da educação para a educação em saúde	28
2.4. Educação em saúde para a assistência de enfermagem no contexto da internação hospitalar	33
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
3.1 Cenário, população e sujeitos do estudo.....	39
3.2 Considerações éticas do estudo	42
3.3 Aproximação com o campo e os sujeitos da pesquisa	42
3.4 O método de produção dos dados.....	43
3.5 Método de análise dos dados	46
3.6 Caracterização dos sujeitos do estudo	48
4 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COTIDIANO DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	51
4.1 As matrizes das concepções de educação em saúde de enfermeiros que atuam no contexto hospitalar.....	51
4.1.1 Discussão.....	54
4.2 Caracterização da prática de educação em saúde de enfermeiros que atuam no contexto hospitalar	57
4.2.1 Discussão.....	67
4.3 Cotidiano de trabalho: limites e possibilidades para educação em saúde no contexto hospitalar.....	70
4.3.1 A importância do compromisso e do trabalho em equipe.....	71
4.3.2 A influência das questões socioculturais	75
4.3.3 As questões institucionais e o tempo como fatores implicados na prática de educação em saúde no contexto hospitalar	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96

REFERÊNCIAS	100
ANEXOS	108
ANEXO A – carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UFSM.....	109
ANEXO B – Carta de extensão de cronograma do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP –UFSM	110
APÊNDICES	111
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
APÊNDICE B – Extrato de Transcrição da Terceira Dinâmica: Almanaque.....	113
APÊNDICE C – Extrato do Quadro Análise Vertical – DCS Almanaque	115
APÊNDICE D – Quadros síntese de temas e sub-temas geradores - DCS Almanaque.....	121

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximações com o tema do estudo

A Enfermagem como profissão surgiu com ênfase na prestação de cuidado a doentes, na assistência direta aos transtornos do corpo, tendo seu embasamento científico no modelo clínico biomédico. Com o desenvolvimento de sua atuação no planejamento do cuidado e organização do ambiente em que são desenvolvidas as ações assistenciais, o enfermeiro passou também a gerenciar o processo de trabalho. Dessa forma, concretizaram-se duas dimensões do trabalho da enfermagem: a assistência direta aos transtornos do corpo e o gerenciamento (ALMEIDA, 1984; PASCHOAL, 2004).

As ações de enfermagem tiveram seu enfoque ampliado com o surgimento das políticas de promoção da saúde, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (1988), com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, em que a educação surge como mola propulsora da promoção à saúde enquanto prevenção e orientação transformadora da realidade (GASTALDI, HAYASHI, 2002).

Na Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é definida como um processo que visa à melhoria de saúde da comunidade, prevendo a sua participação efetiva neste processo. Ainda segundo esta Carta, a promoção da saúde deve possibilitar o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação em saúde e intensificação das habilidades vitais.

Desta forma, a dimensão do educar que se apresenta por meio das ações educativas consolida-se no trabalho da enfermagem, com atuação dos profissionais enfermeiros como mediadores do processo ensino-aprendizagem num processo fundamental para a promoção da saúde. Leopardi; Gelbcke e Ramos (2001) situam a prática de enfermagem como um trabalho complexo, que combina três ações básicas e indissociáveis: o cuidado, a gerência e a educação em saúde.

Em minha vivência profissional como enfermeira atuando em unidades de internação hospitalar, observei que a educação em saúde é pouco enfocada na prática diária e, quando ocorre, em geral, mantêm-se sob a perspectiva da transmissão vertical do conhecimento. Neste sentido, percebi a ação educativa acontecer por meio de um processo de instrução passiva que não considera a vivência e o contexto sociocultural dos usuários, o que vai de encontro aos princípios do SUS e as diretrizes da Carta de Ottawa, que apontam a educação

em saúde como uma ferramenta de promoção da saúde, visando à autonomia e a transformação da realidade, em qualquer nível da atenção a saúde.

Inquietou-me essa realidade, pois entendo que dentre os diversos papéis exercidos pelo enfermeiro, o de educador integra a assistência de enfermagem de forma contundente, assumindo cada vez mais importância no sentido de promoção da saúde, inclusive em nível de recuperação da mesma. Educador, tanto no sentido de formação de novos profissionais, quanto no desenvolvimento de atividades educativas com o usuário (GASTALDI, HAYASHI, 2002; PASCHOAL, 2004), num comprometimento com a transformação da realidade e a autonomia dos sujeitos (NEVES e CABRAL, 2008).

Espinoza (2007) considera o educar como interação e as ações educativas da enfermeira como “inerentes” e indissociáveis ao cuidado cotidiano da enfermagem, em que o profissional não necessita de um tempo específico para “educar o usuário/cliente/cidadão”, pois constantemente está educando ou tem a possibilidade de educar, já que ‘educar’ é um componente que pode e deve ocorrer no dia a dia de suas ações durante o cuidado no cenário hospitalar.

Para Dilly e Jesus (1995, p. 108), “o enfermeiro é um educador em assuntos de saúde. Não tem como desenvolver suas funções sem realizar atividades educativas junto ao paciente, seus familiares e ao pessoal de enfermagem”. Portanto, o enfermeiro que atua em unidades de internação hospitalar, incorpora em sua prática as três dimensões da assistência de enfermagem conforme já descritas por Leopardi; Gelbcke e Ramos (2001).

Concordo com Ferraz et al. (2005), ao considerarem que o cuidar associado ao educar possibilita a conversão e diversificação dos conhecimentos, proporcionando a possibilidade de serem construídos, desconstruídos e adaptados as necessidades individuais e coletivas. Vila e Vila (2007) destacam que o enfermeiro possui uma prática intimamente ligada às intervenções educativas, levando em consideração a recuperação, prevenção e as necessidades de ensino do paciente

Entretanto, percebo no desenvolvimento da prática em enfermagem hospitalar, uma visão restrita do cuidar/assistir, em que este é compartimentado e voltado a ações seriadas, dentro de uma lógica de resolutividade em que o educar nem sempre está presente. E quando presente ocorre sob forma de prescrição de comportamentos, com conceitos de “certos” ou de “errados” (CHIESA e VERÍSSIMO, 2004), para as diversas vivências dos usuários, sem reconhecer a realidade dos mesmos, o que não contribui para o desenvolvimento de sua autonomia.

Corbellini (2007) pontua que ainda nos dias atuais percebe enfermeiros assistenciais “reproduzindo saberes” com pouca reflexão sobre o trabalho que executam e com poucas propostas de aprimoramentos. Essas reflexões e propostas tem acontecido mais no âmbito da academia e encontram dificuldade de chegar até aos enfermeiros que atuam na assistência, diretamente com o paciente.

Assim, percebo que a prática educativa dos enfermeiros em unidade de internação hospitalar, em sua maioria, tende a reproduzir o modelo biomédico, centrado no corpo compartimentado e numa relação de poder do conhecimento científico sobre o do usuário, pouco contribuindo para o desenvolvimento do empoderamento do mesmo – um dos princípios da promoção da saúde.

Por acreditar que a promoção da saúde está intimamente ligada à conscientização, esse estudo fundamenta-se no referencial teórico da pedagogia crítica libertadora de Paulo Freire para discutir as ações educativas de enfermeiros no cenário hospitalar, visando à contribuição para a promoção da autonomia e do senso de empoderamento dos usuários.

Freire (1987) entende educação como o aprofundamento da consciência, com reflexão crítica, com troca de experiências e construção de um novo entendimento através da reflexão que parte da realidade do educando. Ampliando essa definição com a qual concordo, Neves e Cabral (2008) consideram que estar empoderado significa ter liberdade para tomar as suas próprias decisões, providos de conhecimentos para isto, utilizando a reflexão sobre sua realidade, contexto político-social, num caminho em direção a uma consciência crítica. Assim, ser ou estar empoderado se traduz em ter autonomia para fazer escolhas conscientes, objetivo primordial da promoção da saúde.

Mayo (1995) compreende empoderamento 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, o que também configura empoderamento.

Minhas crenças pessoais encontram ressonância no dito dos autores acima citados, pois acredito que a forma como a educação em saúde é realizada impacta de forma contundente na compreensão do paciente sobre sua realidade e na sua capacidade de intervir nessa realidade de forma a ser sujeito dela. Por isso, acredito ser necessária uma reflexão sobre como nós, enfermeiros que trabalhamos com usuários internados, na recuperação da saúde, estamos promovendo saúde numa perspectiva emancipatória, que busca desenvolver o empoderamento do usuário, conceito fundamentado na teoria crítica libertadora de Paulo Freire (1987).

1.2 Nexos da problemática com a temática do estudo

A educação em saúde, como área de conhecimento, requer uma construção que perpassa por distintas ciências, tanto da educação como da saúde, integrando disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Desta forma, a educação em saúde é concebida como um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais mostram distintas compreensões do mundo, demarcadas por diferentes posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL, STUCHINER, 1999).

Desta forma, o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que versa acerca 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. Esta noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social (MACHADO et al., 2007).

A promoção da saúde também é apregoada pela Carta de Ottawa (1986) que busca promover o desenvolvimento pessoal e social, procurando aumentar 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. Sousa et al. (2010) referem que este documento inclui a educação em saúde englobando políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com a propagação da solidariedade, cidadania e ética. Em termos de política e gestão, no contexto brasileiro, a educação em saúde vem sendo apontada como uma estratégia que visa promoção da saúde, sensibilizando os indivíduos para o autocuidado e, principalmente, desenvolvendo a capacidade da autonomia dos sujeitos para que possam, assim, decidir o curso de suas vidas (DALL'AGNOL et al., 2007).

Neste sentido, a educação em saúde utilizada como estratégia de promoção à saúde, fundada em saberes técnico-científicos e populares, num contexto de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e direitos, pode conduzir a transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreender a complexidade dos determinantes de ser saudável (MACHADO et al., 2007).

Espinoza (2007) considera fundamental a questão educativa, o vislumbrar das enfermeiras junto ao usuário/cliente, suas expectativas relacionadas às ações educativas no cuidado durante a práxis hospitalar. Ou seja, o que o usuário/cliente sabe, o que quer saber, e o que realmente precisa saber em relação a tudo que envolve sua doença (causas, consequências, tratamento, cuidados, intervenções, procedimentos especiais e outros), num determinado momento e espaço. Ainda segundo a autora, isto corresponde a uma proposta de cuidado de enfermagem que possa contribuir “para diminuir o (des)conhecimento, a (des)informação, o medo, a ansiedade, a incerteza, as dúvidas, possibilitando a colaboração e participação do cliente na sua pronta recuperação” (ESPINOZA, 2007, p. 14).

Esta ideia vem ao encontro da pedagogia libertadora e problematizadora de Paulo Freire, em que a troca de conhecimentos ultrapassa o campo específico da educação somente, transformando-a em educação para o mundo e do mundo para educação, numa possibilidade de transformação deste mundo por meio de uma ação consciente (FREIRE, 1987).

Portanto, a enfermeira tem o compromisso ético profissional de educar para a saúde no seu dia a dia. E o que se pode notar é que, se o educar está presente, num movimento que integre, o resultado é positivo e saudável para todos os envolvidos, num processo dinâmico e inacabado (ESPINOZA, 2007).

No contexto hospitalar a educação em saúde deve ser assumida como um instrumento importante, pois, conforme Vila e Vila (2007) ela pode servir para sanar a falta de informação a qual pode gerar uma interpretação deficiente do tratamento prescrito e dos cuidados de reabilitação, conseqüentemente promovendo um tratamento ineficaz. Alves (2008) considera a educação em saúde na atenção hospitalar, como uma importante e propícia fonte para a promoção da saúde. Como oportunidade de desenvolver uma prática fundamentada na capacidade de cuidar-se com conhecimentos próprios através de trocas de experiências para novas práticas de saúde, visando a construção da autonomia.

Nesta perspectiva, a autonomia é vista como categoria orientadora da promoção da saúde e como mediadora fundamental para a mesma. Para Fleury-Teixeira et al. (2008) a ideia de autonomia conduz o pensamento à noção de liberdade e de exercício da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações, e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória de vida.

Entretanto, Boehs et al. (2007, p. 309) apontam que na atualidade grande parte dos profissionais de saúde ainda trabalham com o conceito de que o usuário/cliente não sabe ou não possui o conhecimento necessário, sendo então transmitido o que lhe falta.

Já Almeida, em 1984, assinalava que os enfermeiros em instituições de saúde da época vinham realizando funções administrativas ligadas à gerência e se distanciando do seu objeto de trabalho como o cuidado de enfermagem, dentro do qual se inserem ações educativas com o usuário. Na atualidade, Ceccin (2005) pontua que os profissionais enfermeiros encontram-se dentro de uma realidade de baixa disponibilidade de pessoal, de crescente especialização e da predominância da atuação hospitalar centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos, ocupando-se em funções que se dividem entre as exigências da atuação na assistência e no gerenciamento, encontrando pouco tempo para o desenvolvimento da educação em saúde de forma consciente e transformadora, o que encontra ressonância na minha experiência de atuação profissional.

Com estas inquietações buscou-se na literatura científica nacional a produção científica sobre o tema da educação em saúde desenvolvida no âmbito hospitalar por enfermeiros. As estratégias de busca consistiram no uso dos descritores educação em saúde e cuidados de enfermagem nas bases de dados LILACS e do portal SCIELO, sem recorte temporal delimitado. As publicações existentes direcionam-se, em especial, para a área materno-infantil e especificidades como: cardiologia, pacientes diabéticos e neurológicos ou são reflexões teóricas sobre a temática.

Em relação às produções específicas da área de enfermagem, identificou-se no portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES), 22 produções, sendo 18 dissertações e quatro teses, indicando que os trabalhos desenvolvidos com educação em saúde realizada por enfermeiros no contexto de internação hospitalar ainda são poucos, comparado com o número de produções totais.

Leonello e Oliveira (2008) corroboram com esses achados, afirmando que, historicamente, as práticas educativas têm mantido destaque na transmissão de informações e em mudança de comportamentos dos indivíduos, fortemente vinculadas ao modelo de atenção à saúde voltado para a doença, com ênfase no conhecimento técnico-científico especializado e na fragmentação das ações de saúde.

Percebe-se ao trabalhar em enfermagem hospitalar, que o enfermeiro de unidades de internação hospitalar encontra-se afastado da dimensão educativa, e, quando a executa, é de forma descontinuada. Talvez, como nos trazem Dal Pai, Schrank e Pedro (2006), pela construção histórica da assistência hospitalar como produção de cuidado ao corpo biológico, numa realidade em que o foco principal da atenção a saúde continua sendo o curativismo.

Assim, com as considerações referidas acima, **questiona-se:** De que forma os enfermeiros de unidades de internação concebem e desenvolvem as ações educativas no contexto hospitalar?

Desta forma, o presente estudo tem como **objeto** as ações educativas de enfermeiros em unidades de internação hospitalar e como **objetivos:**

- Conhecer as concepções de educação em saúde de enfermeiros que atuam em unidades de internação de um hospital de ensino;
- Caracterizar as ações educativas desses enfermeiros;
- Discutir a prática educativa desses enfermeiros com as tendências pedagógicas de educação.

1.3 Justificativa e possíveis contribuições do estudo

Como visto em estudos já citados neste trabalho, como o de Lucena et al. (2006) e Espinoza (2007), os enfermeiros estão sendo chamados a reconstruir sua prática de cuidado direto aos transtornos do corpo e gerenciamento desse cuidado, para um modelo mais abrangente, em que a educação faz parte da assistência. Lucena et al. (2006, p.297) escrevem que o enfermeiro hospitalar, como os demais, deve transpor seus conhecimentos no sentido de:

[...] permitir uma mudança na lógica de atenção, onde o enfoque pode deixar de ser apenas o tratamento da doença, para contemplar uma questão mais abrangente em que o indivíduo, que se encontra momentaneamente doente, após retornará para o contexto social do qual faz parte (LUCENA et al., 2006, p.297).

Isto corrobora com a ideia de que a prática em saúde se torna mais efetiva quando esta é permeada pela educação, num movimento que deve elevar o cuidado de enfermagem ao âmbito de complexidade que integre as ações de assistência direta ao corpo, gerenciamento desta assistência e ações de educação em saúde que visem empoderar o indivíduo para que este reveja seu modo de ver e estar no mundo, a partir da apropriação de novas capacidades que permitam orientação e avaliação de sua realidade para poder tomar suas decisões, num processo que contemple as diretrizes e políticas de saúde vigentes.

Entende-se que essas ações educativas podem “disparar o gatilho” para o desenvolvimento do senso de empoderamento do usuário, promovendo a possibilidade de atuação consciente deste em sua realidade e uma possível diminuição de reincidências das doenças, num movimento de promoção da saúde.

Portanto, frente ao já exposto, considera-se que há necessidade do desenvolvimento do tema educação em saúde como inerente dos cuidados de enfermagem no contexto hospitalar, especificamente em unidades de internação, principalmente com a utilização de metodologias ativas, exercitando um dos pilares que norteiam a prática da enfermagem promovendo a saúde de maneira a diminuir reincidências, reinternações e complicações em pacientes que necessitaram de internação hospitalar, sendo, portanto, um dos focos deste estudo.

Pretende-se apresentar os resultados deste trabalho ao Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem (NEPE) e ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) do HUSM como uma contribuição à implementação, avaliação e planejamento das ações educativas de enfermeiros de unidades de internação deste hospital com o intuito de contribuir para o desenvolvimento de uma enfermagem que integre assistência, ensino, pesquisa e extensão, cadenciando o fazer, o saber e o ser na relação com o outro. Com isso, parte-se de um referencial em que é necessário compartilhar conhecimentos técnico-científicos legitimados pela realidade social, vinculados às relações interpessoais e intersubjetivas, instigando reflexão aos enfermeiros quanto a sua prática.

Visa também, contribuir para a construção do conhecimento, tendo em vista que produções sobre a assistência direta ao corpo e sobre gerenciamento são quantitativamente mais expressivas na literatura em comparação com as de educação em saúde, principalmente, desenvolvidas com enfoque no âmbito hospitalar e com a utilização de abordagens participativas que fomentem a discussão da promoção da saúde e autonomia dos sujeitos.

Com esse intuito, propõe-se investigar esta temática, visando as suas contribuições para o ensino, a pesquisa e a assistência no campo da saúde e Enfermagem.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A educação em saúde no Brasil

A primeira caminhada em direção à Educação em Saúde no Brasil surgiu no Rio de Janeiro por volta de 1920-1924, com a criação cátedra de higiene na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (MOHR; SCHAL, 1992) e com a criação do Primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual. Em 1925, Horácio de Paula Souza cria a Inspeção de educação sanitária e Centros de saúde no estado de São Paulo, com a finalidade de “promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia em geral e específica” (LEVY, SILVA e CARDOSO, 1996).

Mohr e Schall (1992) que em 1924, iniciou-se a primeira transformação de mentalidade com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, em que se atribuiu aos diversos profissionais de saúde (incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares) a responsabilidade das tarefas educativas com a comunidade em geral, incluindo o preparo de professores de escolas públicas para agirem como agentes educacionais em saúde.

A segunda transformação chega no início da década de 60, com a 12^a Assembléia Mundial da Saúde, realizada em Genebra em 1958 e com a 5^a Conferência de Saúde e Educação Sanitária em 1962. Estas vieram para reafirmar o conceito de educação sanitária como “a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar essas modificações” e o chamamento aos serviços de saúde para que ocorra a transposição do abismo entre os descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária dos indivíduos (LEVY, SILVA e CARDOSO, 1996).

A Promoção da Saúde emergiu como marco norteador da Saúde Pública a partir dos anos 1970 e, desde então, vem evoluindo e consolidando-se como um modelo das ações de saúde. Dentre elas a Educação em Saúde é ponto fundamental para a aplicação desta promoção.

Levy, Silva e Cardoso (1996) relatam que principalmente após 1989 quando houve o financiamento pelo Banco Mundial de ações de informação, educação e comunicação, iniciou a divisão entre os que defendiam a comunicação tradicional e vertical da educação sanitária, agora também chamada de educação em saúde, e os que defendiam a divulgação do conhecimento através dos modernos meios de comunicação em massa.

As políticas de promoção da saúde ganham força principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988, regulamentado em setembro de 1990, com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, em que a educação surge como mola propulsora da promoção à saúde enquanto prevenção e orientação transformadora da realidade. (GASTALDI, HAYASHI, 2002)

O SUS foi precedido pela Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), realizada em Ottawa, Canadá, onde foi elaborada uma Carta de Intenções que define a promoção da saúde como um processo que visa a melhoria de saúde da comunidade, prevendo a sua participação efetiva neste processo, pois se baseia em um princípio norteador de saúde integral que tem um dos eixos a educação em saúde. Nesta realidade, os profissionais de enfermagem na educação em saúde eram mais ativos na rede básica, pois a atenção à educação era centrada no Programa de Saúde da Família – PSF (hoje denominado Estratégia de Saúde da Família – ESF), criado em 1994. Dentre as ações do PSF, emergem as ações educativas como ferramenta importante para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos (MACHADO, MONTEIRO e QUEIROZ, 2007).

Desta forma, a realidade da educação em saúde deve ser vista como uma ação sobre o conhecimento das pessoas possibilitando o desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente em que vivem, criando condições das mesmas interagirem com os profissionais de saúde e com o seu meio no intuito de se apropriarem de sua própria existência.

Assim, pode-se visualizar a educação em saúde como um processo de ensino-aprendizagem que visa à promoção da saúde, e o profissional que atua como o mediador preparado para propor estratégias, oferecer possibilidades e caminhos às pessoas.

E este papel exercido em relação ao cuidado, permite ao enfermeiro “exercer suas funções com criatividade e multiplicidade de alternativas, não generalizando suas ações para uma coletividade comum, mas mantendo as peculiaridades inerentes a cada ser” (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007) o que o torna um dos pilares da educação em saúde.

Entretanto, a Enfermagem despontou com ênfase ao cuidado de doentes, e por intermédio desta prática consolidou-se como profissão e somente com o decorrer do tempo e com o progresso científico, novos espaços foram conquistados e esse paradigma - centrado unicamente no indivíduo doente – está sendo gradativamente alterado (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

2.2 A história da enfermagem e a educação em saúde

O processo de trabalho da enfermagem teve seu início antes da era cristã, quando sacerdotes, feiticeiros, feiticeiras e mulheres prestavam cuidado aos doentes, sem, no entanto, qualquer organização enquanto grupo.

Com o cristianismo, os ideais de fraternidade, caridade e autossacrifício foram propagados e a função principal era o de cuidar, alimentar, vestir, higienizar, dar abrigo aos doentes e necessitados e até sepultar os mortos. Houve uma profunda modificação na assistência aos doentes - os enfermos eram recolhidos às diaconias, que eram casas particulares, ou aos hospitais organizados para assistência a todo tipo de necessitados. Foi a primeira organização enquanto grupo, chamado modelo cristão-histórico (PASCHOAL, 2004).

O Renascimento e a Reforma Protestante promoveram mudanças drásticas na enfermagem: ocorreu o fechamento dos hospitais e a expulsão das religiosas dos mesmos, passando o cuidado aos doentes a ser remunerado e executado por leigos. As pessoas contratadas eram mulheres marginalizadas e a assistência aos doentes era tida como trabalho degradante, visto que os hospitais eram basicamente depósitos de doentes de baixo poder aquisitivo, com doenças infecto-contagiosas, na maioria dos casos, e que o trabalho consistia nas atividades domésticas e de alimentação, para o qual as mulheres recebiam baixos salários.

A institucionalização da enfermagem como profissão ocorreu na Inglaterra quando a jovem Florence Nightingale é convidada pelo Ministério de Guerra da Inglaterra da época para cuidar os soldados feridos pela então Guerra da Criméia. Uma vez finda a Guerra, a jovem Florence fundou a Escola de Enfermagem no então Hospital Saint Thomas, que posteriormente viria a se tornar o modelo para todas as escolas que viriam a ser fundadas após ela. O curso era totalmente voltado para a formação e capacitação de enfermeiras do sexo feminino e conhecido pelo alto grau de exigência de seus candidatos e pelo nível disciplinar que lembrava a própria disciplina militar (DAHER, 2000).

O sistema de Florence, ainda segundo Daher (2000), baseava-se no ensino técnico-científico, no treinamento prático e na formação moral do enfermeiro. Este devia ser um profissional dedicado, solidário, fraterno, compreensivo e caridoso, assumindo sua profissão como “missão”.

Como se pode observar, a enfermagem começou no exercício das funções para ajudar doentes e feridos e não numa teoria ou ideia, ao contrário de muitas outras disciplinas. Talvez

por isto até hoje o modelo cristão-histórico-feminino e o modelo vocacional continuam tão presentes, não cedendo espaço para enfermagem profissional se desenvolver.

A enfermagem teve sua transposição para um modelo profissional moderno com o início do desenvolvimento do saber de enfermagem focado no cuidado. A organização dos princípios científicos que norteiam a prática de enfermagem, até então era vista como não-científica, possibilitou a prestação de cuidados prescritos, para satisfazer as necessidades biopsicossociais dos pacientes, fundamentados cientificamente, tendo como base as ciências naturais como anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia e as ciências sociais (PASCHOAL, 2004).

O saber da enfermagem construiu-se, portanto, sob o saber da medicina e de outras áreas do conhecimento, tentando obter o embasamento necessário ao desenvolvimento de sua prática, iniciando, assim, a dimensão do trabalho intelectual, conforme pontua Paschoal (2004).

O desenvolvimento da dimensão intelectual ocasionou a divisão do trabalho de enfermagem em intelectual e manual, sofrendo também a influência das relações de produção de trabalho capitalista. Dessa maneira, o trabalho intelectual volta-se ao planejamento do cuidado, à administração da unidade e à supervisão do trabalho auxiliar. O trabalho manual são os procedimentos ligados diretamente ao cuidado do paciente. Essa dicotomia do trabalho contribuiu para a divisão de classe na enfermagem, determinando que o enfermeiro responsabiliza-se pelo trabalho intelectual e os técnicos e auxiliares pelo trabalho manual (PASCHOAL, 2004, p.18).

Nesse horizonte, segundo Melo (1986), o enfermeiro, assumindo o papel intelectual, passou a gerenciar o processo de trabalho da enfermagem que é composto basicamente pelo cuidado. Temos, então, duas vertentes de trabalho na evolução da enfermagem atual. Ocorre que, tanto para o cuidado/assistência quanto para o gerenciamento, a educação se faz presente e necessária. E o reconhecimento pelos enfermeiros do valor da educação no desenvolvimento do processo de trabalho é estratégico no exercício da profissão.

Portanto, a enfermagem hoje, é uma área do conhecimento que abrange atividades do cuidar, do gerenciar e do educar realizadas nos diferentes cenários em que exerce a sua prática profissional (LEOPARDI, 2001) e não restrita somente a sujeitos em situação de doença. Dentre as diversas formas de atuação do enfermeiro na sociedade moderna, a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Gastaldi e Hayashi (2002) também citam que a realidade da enfermagem atual não contempla mais apenas um papel curativo, mas de promotor da saúde, para o qual a educação é “mola mestra”. E neste contexto a atividade do enfermeiro é ampliada, a partir do seu início marcado prioritariamente pela assistência, para as atividades educacionais, tanto da população como de sua própria equipe, e para o papel de gerente da assistência, formando a tríade: cuidado/assistência, gerenciamento e educação. Neste sentido, corrobora-se com Silva e Sena (2008):

Construir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais(SILVA; SENA, 2008, p. 55).

Portanto é incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, visto que a enfermagem vem ocupando um papel fundamental nas atividades para integralidade do cuidado, propostas pelas políticas de saúde, principalmente após a Conferência de Ottawa e a criação do SUS.

2.3 Apropriações da enfermagem de conceitos da educação para a educação em saúde

O termo educação inclui todo o processo, por meio do qual, indivíduos adquirem domínio e compreensão de certos conteúdos considerados valiosos. Segundo Mannhein (1993, p.89), os indivíduos tendem a ser condicionados e educados para ajustarem-se aos modelos dominantes da sociedade. Este modelo pode ser democrático ou autoritário e a educação serve aos dois sistemas, sendo uma técnica social destinada à criação do tipo desejado de cidadão.

Assim, a educação como um componente social, influi no comportamento humano por indicar comportamentos e formas de pensar que ajuste o indivíduo aos padrões vigentes da interação e organização social (PEREIRA, 2003). Portanto, é indispensável saber, nos processos que se utilizam da educação, quais estruturas e modelos educacionais que possuem os atributos necessários e convergentes com o objetivo do processo, decidindo, então, o quê e como ensinar.

As correntes que orientam este processo baseiam-se em diferentes paradigmas, teorias ou tendências pedagógicas que determinam o modo de ensinar e aprender, todas vinculadas a

um determinado fundamento ideológico. Estas teorias/tendências vêm sendo estudadas por educadores, pedagogos, cientistas e pesquisadores com o propósito de avaliar as relações entre a educação e o social, num contexto histórico/cultural (NIETSCHE, 1998).

Pereira (2003) descreve como tendências pedagógicas dominantes no sistema educacional brasileiro, segundo descrito pelo Ministério da Educação e Cultura, a tradicional, a renovada, a tecnicista e aquelas marcadas centralmente por preocupações sociais e políticas, denominadas de pedagogias críticas. Conforme Reibnitz e Prado (2006) classificam-se em três as maneiras de ensinar: ensino convencional, ensino progressista e ensino libertador/criativo.

Tais tendências referem-se à forma pela qual o processo educativo efetuado predomina, sendo que muitas vezes os professores ou os instrutores de um mesmo cenário educativo utilizam processos pedagógicos diferentes, havendo uma mescla das tendências utilizadas, mas nunca uma ausência total de ideologia (PEREIRA, 2003).

Neste sentido, apresentam-se as tendências conforme a classificação de Reibnitz e Prado (2006) como uma descrição que sintetiza/condensa as formas/ideologias que mais habitualmente se encontra nas ações educativas .

O ensino convencional é uma tendência pedagógica em que 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 que exige atitude receptiva dos alunos e que transmite o conteúdo como uma verdade absoluta a ser absorvida. Portanto, o único responsável e condutor do processo educativo (PEREIRA, 2003).

A autora ainda refere que os conteúdos deste tipo de pedagogia de ensino correspondem aos conhecimentos e valores sociais acumulados pelas gerações passadas como verdades acabadas e, mesmo que a escola vise uma preparação para vida, não estabelece uma relação entre os conteúdos, os interesses dos alunos e os problemas reais e atuais da sociedade.

Para Reibnitz e Prado (2006) o objetivo deste modelo de ensino é a acomodação, ensinar as pessoas a aceitar e a se adaptar 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, recebem os conhecimentos e decoram os fatos, sendo objetos no processo.

Para Nietzsche (1998) esse tipo de pedagogia realiza um trabalho de muita desvinculação da educação com a sociedade que em nada contribui para mudança social.

Prima pelo raciocínio com receitas, modelos e demonstrações com relacionamento vertical entre educador-educando, imperando a disciplina da mente e a formação de hábitos, num conservadorismo cultural.

Para área da saúde, Oliveira (2005) denomina esse modelo de prática pedagógica 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 autora escreve que 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.

Já Gonçalves e Schier (2005) destacam que essa estratégia tradicional do cuidar/cuidado na qual o profissional é o detentor do saber/fazer, não é mais cabível nos dias de hoje. O cliente, sujeito ativo do viver, requer ser ouvido no seu pensar e agir, para que no diálogo, aconteça o processo evolutivo da educação em saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida.

A segunda tendência pedagógica que surgiu a partir dos anos 1970 é o **ensino progressista**. Pereira (2003) descreve que este se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de condicionar o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor, que controla e dirige as atividades numa proposta educacional rígida e passível de ser programada em detalhes, com atividades mecânicas que primam pelas informações, princípios científicos e leis, ordenados em uma sequência lógica e psicológica.

A autora também menciona que nesta tendência a escola funciona como modeladora de comportamentos através de técnicas especiais, que buscam organizar o processo de aquisição de habilidades, atitudes e conhecimentos específicos, úteis e necessários à integração dos indivíduos nos princípios da sociedade global. Indivíduos produzidos para competência técnica visando o mercado de trabalho, vistos como um conjunto de partes em funcionamento ordenado, tendo o modelo de ensino inspirado nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade (NIETSCHE, 1998).

Assim, a escola atua no aperfeiçoamento da ordem social vigente, trabalhando, segundo Reibnitz e Prado (2006), na mudança de alguma coisa, mas sem alterar a ordem social estabelecida, servindo para pacificar e acomodar a sociedade. Estas autoras ainda expõem que há uma maior participação dos educandos e da comunidade, ocorrendo diálogo e debates. Entretanto, o professor é quem decide o que é certo ou errado e a memorização e a absorção dos conhecimentos prontos ainda é fundamental, num fluxo de conhecimentos somente eventualmente de mão dupla.

O aluno é um elemento para quem o material é preparado, sendo, portanto, um ser passivo que é eficiente e produtivo quando é capaz de lidar cientificamente com os problemas da realidade e que aprende a “fazer” (NIETSCHE, 1998).

Pereira (2003) afirma que essa tendência vem influenciando a formação dos profissionais da área da saúde, pois muitos deles referem-se ao cliente como objeto e não como um sujeito de suas ações. Esta visão centra as ações profissionais no corpo do indivíduo ou no órgão afetado, o que aponta a necessidade de integrar uma concepção humanística na formação destes profissionais.

No final dos anos 70 e início dos 80 surge a terceira tendência pedagógica, o **ensino libertador/criativo**. Esta tendência é aquela que busca a transformação das situações de injustiça e desigualdade para a de uma sociedade mais livre, obtendo progresso social. Busca a reflexão crítica dos sujeitos envolvidos no processo de ensino/aprendizagem, atuando ou intervindo no seu transcurso, para transformação de um resultado ideal em real (REIBNITZ e PRADO, 2006).

Nesta tendência há diálogo aberto, no qual muitas respostas surgem da realidade das pessoas, em que o educando é ativo, aprende fazendo e refletindo sobre o que faz. É capaz de assumir responsabilidades, ser autossuficiente e o conhecimento possui via de mão dupla entre educador e educando. As habilidades subjetivas, objetivas, atitudinais são tão consideradas como as cognitivas (REIBNITZ e PRADO, 2006).

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 no mesmo nível de importância dos alunos, visto que seu papel é animar o debate. Dessa forma, o método de ensino se fundamenta na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto alunos quanto professor.

Nietzsche (1998) traz em seu trabalho definições sobre a perspectiva crítica, presente nessa proposta educacional, como uma forma de ver em todo conhecimento uma fonte social, por meio da qual se manifestam contradições e interesses de grupos hegemônicos (ou não), pois o ser humano se forma e se transforma num processo histórico-social.

Desta forma, esta tendência busca fomentar a capacidade crítica e criativa, com construção de conhecimentos mediatizados pela realidade apreendida pelos envolvidos no processo e da qual é extraído o conteúdo da aprendizagem. Alcança-se um nível de consciência desta realidade para nela poder atuar, possibilitando a transformação social (PEREIRA, 2003).

Sob este enfoque, pode-se visualizar a educação em saúde de forma participativa/dialógica, promovendo saúde por meio da incrementação do “poder” (*empowerment*) da comunidade e dos indivíduos que, com consciência crítica sobre sua realidade e de sua capacidade para transformá-la, atuem em prol da saúde, como propõe a Carta de Ottawa (PEREIRA, 2003).

Para Freire (2001), é o diálogo que proporciona a verdadeira comunicação, em que os interlocutores são ativos, iguais e a comunicação é uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento e, portanto, consciência crítica.

Oliveira (2005) denomina essa tendência pedagógica na saúde como o modelo radical de educação em saúde, essencialmente centrado em um incremento da consciência crítica e cujo objetivo é a promoção da saúde no seu sentido positivo. Ou seja, saúde como recurso para uma vida vivida com qualidade.

Pode-se observar no campo da saúde as diferentes tendências presentes. Elas adquirem relevância e imperiosidade no momento em que são o ponto que norteará as ações de educação em saúde. Conforme Pereira (2003) essas ações devem ser pautadas no referencial de saúde e de educação que visem o desenvolvimento das potencialidades humanas, no potencial de transformação da realidade, como integrante dos direitos fundamentais do ser humano.

A política nacional de saúde atual, aliada a pedagogia libertadora ou da problematização, é considerada a tendência pedagógica mais adequada para se trabalhar com educação em saúde, pois permite ações de educação em saúde de forma participativa, direcionando para promoção da autonomia.

Dall’Agnol (2007) salienta que promover saúde por meio de ações educativas tem sido um desafio e que as estratégias participativas que promovem a autonomia precisam ser incorporadas ao cotidiano profissional, pois representam um revés aos modelos unidimensionais de atenção à saúde orientados pela excessiva medicalização e que vem, consubstancialmente, demonstrando a falta de resolutividade com os danos à saúde.

O enfermeiro, como educador em saúde, necessita refletir sobre como, para quem e para que executa suas ações educativas. Gastaldi e Hayashi (2002, p.99) descrevem que o papel educativo do enfermeiro é um instrumento importante, “sem o qual corre-se o risco de se restringir a assistência a uma manutenção do estado vigente do indivíduo, ou seja, recuperam-se os desequilíbrios que novamente se manifestarão, pela falta de informação quanto ao se cuidar”. As autoras ainda referem que “é necessária a conscientização sobre o que realmente significa saúde, para buscá-la ou mantê-la”.

2.4. Educação em saúde para a assistência de enfermagem no contexto da internação hospitalar

O tema educação tem desencadeado historicamente as mais diversas definições e métodos. Dentre as definições encontradas, temos a de Johann Friederich Herbart: “é a ciência que tem por fim a formação do indivíduo por si mesmo, despertando nele a multiplicidade de interesses”, ou ainda a do psicólogo Henri Joly, para quem a educação consiste “no conjunto dos esforços que tem por fim dar a um ser a posse completa e o bom uso de suas diversas faculdades” (LEVY, SILVA e CARDOSO, 1996).

Buscando-se o significado de educar Dilly e Jesus (1995) citam educação como a função que conduz o indivíduo a uma nova realidade, sem prejuízo de sua iniciativa e liberdade. Seria então, segundo Vila e Vila (2007) ao falar em educação em saúde, um processo baseado na reflexão da realidade, no diálogo e na troca de experiências entre educador/educando e profissional/cliente possibilitando que ambos aprendam juntos, caracterizando um processo emancipatório.

Desta forma, ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, ampliando o processo e abrangendo a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer (SCHALL e STRUCHINE, 1999). Portanto, a utilização da educação como uma forma de cuidar, transcende os preceitos básicos do cuidado, pois por meio do educar potencializamos nossa capacidade de cuidar, e capacitamos intervenções de forma construtivo-reflexiva, singular-plural, dinâmico-flexível, num sistema cíclico de relações interpessoais dentro de uma realidade histórica cultural em que um aprende com o outro, e este aprender possibilita a transformação de ambos, de quem os rodeiam e do meio no qual estão inseridos (FERRAZ et al., 2005), transcendendo o tempo em que se realiza o cuidado/assistência/educação.

Com esta compreensão, buscou-se produções de educação em saúde realizadas por enfermeiros no contexto hospitalar. A partir da análise das 40 publicações selecionadas, na base de dados LILACS e no portal SCIELO, sem recorte temporal delimitado, constatou-se que, de modo geral, poucos trabalhos foram desenvolvidos, principalmente com pacientes internados. As publicações existentes direcionam-se, em especial, para a área materno-infantil e especificidades como: cardiologia, pacientes diabéticos e neurológicos (BEHRING, 2002; CHAGAS; MONTEIRO, 2004; FONSECA et al., 2004; COMIOTTO e MARTINS, 2006) ou

são reflexões teóricas sobre a temática (SILVA, et al., 2003; FERRAZ, F. et al., 2005; SOUSA et al., 2007; BOEHS, et al., 2007).

Algumas destas produções tangenciam a atividade de cuidar/educar no contexto hospitalar, porém, apontam resultados em que essa prática se encontra pautada na transmissão passiva de orientações, de forma fragmentada, voltada à prescrição de cuidados seriados (QUEIROZ et al., 2003; FIGUEIREDO et al., 2005; PENIDO e LIMA, 2007; TENANI e PINTO, 2007). Outras produções trouxeram em seus textos a perspectiva problematizadora que fomenta a autonomia, mas, de modo geral, identificaram que há necessidade de reflexão sobre como está sendo executada essa ação educativa para que seja realmente eficaz nessa perspectiva.

Constatou-se, além disso, que somente a partir de 2005, com maior enfoque em 2007 e 2008, foram encontradas produções com visão problematizadora/cultural no desenvolvimento desta prática (FERRAZ et al., 2005; SOUSA et al., 2007; POMPEO et al., 2007; FREITAS; CABRAL, 2008).

Segundo a análise das produções encontradas e autores já citados, como Lucena et al. (2006), o paradigma da educação em saúde biologicista, centrado no corpo físico, como prescrição de comportamentos ainda predomina na atividade do cuidar/educar na enfermagem hospitalar. E a perspectiva de uma educação para a transformação e autonomia da pessoa, transitando de uma consciência ingênua para uma consciência crítica (FREIRE, 1980) em que o indivíduo é visto e sentido em sua complexidade, é algo extremamente necessário nas atividades dos profissionais enfermeiros.

Na produção científica no portal de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES), buscando educação em saúde, enfermagem e hospital como assunto foram encontradas 179 produções. Destas, após leitura dos títulos identificando educação em saúde realizada com pacientes e/ou enfermeiros no contexto hospitalar, permaneceram 39 produções para leitura dos resumos. Esta leitura buscou identificar quais foram desenvolvidas no cenário de internação hospitalar. Permaneceram 22 produções, sendo 18 dissertações e quatro teses, indicando que os trabalhos desenvolvidos com educação em saúde realizada por enfermeiros no contexto de internação hospitalar ainda são poucos, comparado com o número de produções totais.

Dentre estas, oito dissertações e duas teses citaram o desenvolvimento de aspectos participativos e/ou dialógicos e/ou conscientização/autonomia e/ou Paulo Freire (respectivamente: ESPINOZA, 1998; SCHIER, 2001; FONSECA, 2002; SIMÕES, 2004; SCHEIDT, 2006; SILVA, 2006; ALVES, 2008; ARAGÃO, 2008; ESPINOZA, 2007;

VIEIRA, 2007). Entretanto, destas, quatro desenvolveram pesquisas convergentes assistenciais ou processo educativo com metodologia ativa/conscientizadora (ESPINOZA, 1998; SCHIER, 2001; SCHEIDT, 2006; ARAGÃO, 2008), realizadas ou propostas pelos pesquisadores, bem como outra foi círculo de discussão (VIEIRA, 2007).

Destas produções, quatro identificaram de forma pontual as ações de educação em saúde na tendência tradicional (LIMA, 1990; GOES, 2007; ALVES, 2008; PEDROSO, 2008) e duas desenvolveram suas pesquisas com indicativos desta tendência (CHIDA, 1990; QUADROS, 2007), o que identifica uma forma tradicional de transmissão do conhecimento e mantém a verticalidade e hegemonia do conhecimento científico.

Após o encontrado no estado da arte e no estudo das tendências na produção do conhecimento, buscou-se junto a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS, 1992), o que esta designa como funções específicas da Enfermagem: desenvolver a “assistência da Enfermagem” nas necessidades de saúde da sociedade e desempenhar funções que podem ser rotuladas de complementares nas áreas administrativa, no ensino e na pesquisa. A função de assistência/cuidado é a que caracteriza a enfermagem.

São funções do enfermeiro segundo a OPS:

- Atuar como enfermeiro competente no processo de assistência de enfermagem que consiste em identificar as necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, fazer o diagnóstico de enfermagem, elaborar o plano de cuidados, executar ou delegar os cuidados e avaliar os cuidados;
- Atuar como membro da equipe de saúde e como líder da equipe de enfermagem;
- Atuar como educador em relação a dois tipos grupais, - o indivíduo, a família e a comunidade, proporcionando “educação para a saúde”, e o pessoal de enfermagem, proporcionando formação e adestramento;
- Administrar serviços de enfermagem;
- Realizar pesquisas sobre enfermagem e participar das investigações multidisciplinares de saúde e,
- Participar do encaminhamento e solução dos problemas de sua categoria profissional.

Portanto, a educação é parte da função da enfermagem. Entretanto, para que o enfermeiro possa desenvolvê-la de forma resolutiva e eficaz, dentro das concepções já citadas neste trabalho, é necessário que ele esteja aberto ao processo de comunicação, entendendo que:

[...] o conhecimento científico é um elemento que passa pela vida das pessoas através de uma espécie de filtro de seus próprios saberes gerando um conhecimento diferente, ou seja, os grupos sociais, e os indivíduos que os integram realizam uma reconstrução desses saberes amalgamando-os à sua visão de mundo em consonância com suas experiências (MEYER et al., 2006, p.1337).

Assim sendo, o enfermeiro enquanto educador não deve pensar que existem formas fixas, certas e erradas de se agir, lembrando que o ser humano é um ser potencialmente livre e autônomo, e que o conhecimento é construído a partir do encontro de duas realidades. Ou seja, a do que supostamente exercita o processo de instrução e a do que a supostamente o recebe, tornando-o capaz de tomar decisões informadas acerca da realidade em que vive.

E esta realidade perpassa pelo âmbito hospitalar, onde o enfermeiro é chamado a reconstruir sua prática assistencialista, de cuidado direto aos transtornos do corpo e gerenciamento deste cuidado, para um modelo mais abrangente, em que a educação faz parte da assistência. Dall’Agnol et al. (2007) descrevem que o convívio que se institui entre pacientes/usuários e os profissionais dos serviços de saúde é uma oportunidade ímpar de desenvolver práticas de cuidado (incluindo a promoção da saúde) que se aproximem da realidade das pessoas, visando a implementação de uma assistência mais humanizada.

Lucena, Paskulin e Souza (2006, p. 296) relatam que o trabalho com a comunidade e com a promoção da saúde, construindo novos saberes para enfermagem, proporciona uma ótica mais abrangente e não menos qualificada. E que o enfermeiro hospitalar também deve transpor seus conhecimentos, “de modo a permitir uma mudança na lógica de atenção, em que o enfoque pode deixar de ser apenas o tratamento da doença, para contemplar uma questão mais abrangente em que o indivíduo, que se encontra momentaneamente doente, após retornará para o contexto social do qual faz parte.” (p. 297).

Gonçalves e Schier (2005, p. 276) relatam que “a despeito de todas as dificuldades para se desenvolver atividades educativas no âmbito da unidade de internação, sabe-se que é durante a hospitalização que melhor se pode desenvolver o processo ensino-aprendizagem pela própria vivência da realidade a ser trabalhada”. Ainda citam que o momento é propício para aproveitar a disponibilidade momentânea do paciente e familiar para que os profissionais da equipe de trabalho desenvolvam ações educativas em meio as suas atividades rotineiras de procedimentos terapêuticos e de cuidados aos pacientes na unidade de internação.

Para ratificar essa ideia, Machado (2007) destaca que a educação em saúde utilizada como método de promoção à saúde, fundada em saberes técnico-científicos e populares, num contexto de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e direitos, pode

conduzir a transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreender a complexidade dos determinantes de ser saudável.

Esta ideia vem ao encontro com a pedagogia libertadora e problematizadora de Paulo Freire, em que a troca de conhecimentos ultrapassa o campo específico da educação somente transformando-a em educação para o mundo e do mundo para educação, numa possibilidade de transformação deste mundo por meio de uma ação consciente (SILVA; BARLEM; LUNARDI; SANTOS, 2008).

Espinoza (1998) em seu estudo: A conscientização como fundamento da educação em saúde às pessoas hospitalizadas com tuberculose pulmonar, com um marco teórico fundamentado na educação libertadora de Freire, concluiu que a educação é um recurso, um suporte apropriado para a maior compreensão, aceitação e enfrentamento da doença e do seu tratamento.

Cita-se Paulo Freire por entender que suas teorias e reflexões que aprofundaram o tema que ele trabalhou por toda a vida – a educação como prática da liberdade – transbordaram para outros campos do conhecimento, fortalecendo teorias e práticas educacionais, bem como auxiliando reflexões não só de educadores, mas também de médicos, terapeutas, cientistas sociais, filósofos, antropólogos e outros profissionais. Seu pensamento é considerado um modelo de transdisciplinaridade (GADOTTI, 2002). Assim, resgata-se a ideia de Dall’Agnol et al. (2007, p. 22) no sentido de que:

Faz-se emergente, então, estabelecer debates acerca de como implementar, eficazmente, a educação em saúde, no sentido de multidimensionar a assistência através de práticas diferenciadas e que realmente estejam em consonância com os preceitos estabelecidos pelas políticas públicas de saúde adotadas no país. (DALL’AGNOL et al., 2007, p. 22)

Acredita-se que este modelo de prática educativa dentro da enfermagem é uma proposta válida, visto que é embasada na aprendizagem significativa, que considera cada educando e cada educador como agentes que trocam ideias e despertam no outro suas potencialidades, superando as concepções tradicionais da educação, transformando o conhecimento numa valiosa ferramenta de intervenção no mundo.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem crítico-humanista. Entende-se que a pesquisa qualitativa “trabalha o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p. 21). Este universo é captado pelo pesquisador, por meio de um método selecionado, que interpreta os ditos e não ditos (materiais empíricos), dele extraíndo seus significados e gerando conhecimento (DENZIN e LINCOLN, 2005).

No contexto da saúde, conhecer as significações dos fenômenos é fundamental na busca de ações que visem aprimorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, com conseqüente adesão de pacientes e da população aos cuidados propostos e/ou necessários. Entender mais profundamente sentimentos, ideias e comportamentos de pacientes, assim como de seus familiares e da equipe profissional de saúde, aproxima estes atores que possuem, entre si, um objetivo comum (TURATO, 2005).

A abordagem crítico-humanista relaciona-se com a tomada de consciência que possibilita ao ser humano o des-velamento da realidade, possibilitando a tomada de posição como sujeito que cria e recria o mundo, pois entende que o mundo é “criado” em cada indivíduo com base em suas percepções, história de vida, estímulos, experiências e relações interpessoais (FREIRE, 1980).

Assim, a produção de dados desenvolveu-se de forma participatória, partindo da concepção de que os sujeitos atuam ativamente com sua subjetividade, no processo de construção do conhecimento, em que a pesquisa é um processo implicado na criação de condições para que os sujeitos tenham suas vozes reconhecidas de modo participativo e democrático (CABRAL, 1998).

Um dos pressupostos da pesquisa participativa é a prática problematizadora que tem como um de seus principais pilares Paulo Freire. Esta prática visa propor ao homem sua situação vivencial como problema, para que ele possa refletir sobre esta situação passando a visualizá-la não mais de forma ingênua, mas sim crítica, levando-o à tomada de consciência (FREIRE, 1993).

3.1 Cenário, população e sujeitos do estudo.

O cenário de estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) criado em 1970, localizado centro do estado do Rio Grande do Sul, e referência para a macro-região centro-oeste. Trata-se de um hospital de ensino, de grande porte, com 292 leitos em funcionamento¹, que atende exclusivamente Sistema Único de Saúde – SUS, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria como campo de desenvolvimento de aulas práticas e estágios curriculares para diversos cursos da área da saúde, bem como, residência médica e residência multidisciplinar integrada e com interação docente-assistencial em sua direção de Enfermagem.

O HUSM tem como *visão de futuro*: “Ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas”. Como *missão*: “Desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental.” e como *princípios e valores*: ética, transparência e qualidade nas ações; responsabilidade institucional; compromisso com as pessoas; respeito às diversidades; comprometimento social e ambiental.

Os recursos humanos são formados por 1355 funcionários em nível de apoio, médio e superior, 443 funcionários de serviços terceirizados, além de 342 alunos estagiários de graduação da UFSM, estagiários, residentes e mestrandos².

O HUSM possui os seus leitos distribuídos em 127 leitos clínicos para internação de adultos (incluindo pronto atendimento e unidades de terapia intensiva), 63 leitos para internação cirúrgica (incluindo centro obstétrico e salas de recuperação), 38 leitos para psiquiatria e 64 leitos para internação pediátrica e neonatal (incluindo unidades de terapia intensiva e pronto socorro)³.

Possui atendimento de clínicas especializadas como oftalmologia, traumatologia-ortopedia, psiquiatria, urologia, nefrologia, hemato oncologia, masto-gineco-obsterícia, pneumologia, cardiologia, vascular, gastroenterologia, infectologia, neurologia, proctologia e pediatria, bem como serviços de laboratório de análises clínicas, laboratório de histocompatibilidade humana (HLA), nutrição, fisioterapia, psicologia, hemoterapia e fonoaudiologia.

¹ Dados obtidos no setor de estatística do HUSM em setembro de 2009.

² Dados obtidos no site do HUSM em setembro de 2009.

³ Dados obtidos em setembro 2009.

Também oferece tratamentos de alto custo como: unidade coronariana intensiva (UCI), hemodinâmica, transplante de medula óssea e renal, quimioterapia, radioterapia, tratamento da Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) e cirurgia cardíaca. Possui serviços ambulatoriais como radioterapia, quimioterapia, fisioterapia, exames laboratoriais, atendimento de hospital dia, entre outros e realiza em torno 11.077 consultas mês nas diversas especialidades que oferece.

O corpo de enfermagem do HUSM é constituído por 195 enfermeiros com regime estatutário e 09 temporários contratados pela Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência (FATEC). Como técnicos de enfermagem o HUSM conta com 258 funcionários estatutários e 35 da FATEC, bem como com 220 auxiliares de enfermagem estatutários⁴.

O organograma do serviço de enfermagem até o final do ano em que se procedeu a produção de dados estava composta de um diretor de enfermagem e um vice-diretor auxiliados por um assessor de direção de enfermagem, 11 coordenações de área, enfermeiros em cargos administrativos e gerentes de assistência.

Estes são enfermeiros que exercem suas funções nos diferentes turnos de trabalho, diferentes áreas e níveis de atuação desenvolvendo funções de assistência-gerência-educação de modo integrado⁵ nas unidades de internação e que compõe um quadro de 158⁶ enfermeiros. Também compõe o quadro de pessoal da enfermagem os técnicos e auxiliares de enfermagem e os acadêmicos. Esta nova modalidade de gerenciamento com o respectivo organograma encontra-se em processo de implementação a partir de março de 2009, com descrição das funções, responsabilidades e competências de cada cargo.

O HUSM vem buscando efetivar o desenvolvimento da educação em saúde na enfermagem através de uma reestruturação e criação do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem (NEPE), que vem exercendo suas atividades desde 2007 e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) a partir de 2008.

A população do estudo foi composta por 61 enfermeiros atuantes em unidades de internação nas diversas áreas do hospital independente do turno de trabalho. Foram selecionadas as unidades de internação, considerando o tempo de permanência do paciente na unidade, as condições clínicas destes, tendo em vista a participação ativa dos pacientes e sua família com vistas ao desenvolvimento de sua autonomia e de seu empoderamento. Deste

⁴ Dados obtidos junto ao Setor de Recursos Humanos do HUSM em setembro de 2009.

⁵ Definição retirada do manual de gerenciamento do serviço de enfermagem do HUSM, disponível nas unidades de internação e gerenciais.

⁶ Dados obtidos junto ao Setor de Recursos Humanos do HUSM em novembro de 2009.

modo, foram excluídos os seguintes setores: o Pronto Socorro, o CTI adulto, a UTI pediátrica e neonatal, a Psiquiatria, o Centro Obstétrico, o Bloco Cirúrgico e as Salas de Recuperação. Tal exclusão se justifica no momento em que os pacientes dessas unidades de internação permanecem pouco tempo, como no caso do pronto socorro, da sala de recuperação e do centro obstétrico, ou por encontrarem-se inconscientes ou obnubilados, como no caso dos pacientes do bloco cirúrgico e das UTIs. Com estas condições, entende-se que há maior dificuldade para realização de educação em saúde com esses usuários.

O processo de seleção da amostra dos sujeitos se deu do seguinte modo: do total de enfermeiros atuantes nas unidades pré-selecionadas (61 enfermeiros) foram sorteados vinte e quatro enfermeiros para compor um banco de selecionados, considerando-se que cada dinâmica necessita de seis à dez participantes e que foram realizadas três dinâmicas.

A seguir, os primeiros dez indivíduos deste banco que não estavam de licença, férias ou algum tipo de afastamento foram convidados a participarem da primeira DCS. Cinco enfermeiros convidados não concordaram em participar. Três por de falta de tempo, dois relataram que já participaram de pesquisas e não obtiveram retorno, sendo sempre o próximo da lista convidado. Para primeira dinâmica obteve-se um número de oito participantes.

Após a realização da primeira DCS, todos os enfermeiros que participaram da mesma foram convidados para a segunda. Um enfermeiro justificou que não poderia comparecer, sendo então convidado o próximo disponível da seleção. Dois avisaram de último momento que não poderiam participar, ficando um total de seis participantes na segunda dinâmica.

Para o terceiro encontro os participantes do primeiro e segundo foram novamente convidados. Dois que participaram do primeiro encontro e não puderam comparecer no segundo, fizeram parte do terceiro, bem como um participante do segundo não pode comparecer e um sujeito novo da seleção foi convidado, perfazendo um total de oito sujeitos.

Isto pode ocorrer porque as dinâmicas de criatividade e sensibilidade permitem que os sujeitos que compõe as diferentes dinâmicas não necessariamente sejam todos os mesmos. Isto deve-se ao fato de que o grupo possui uma homogeneidade (são enfermeiros de unidades de internação do HUSM) que torna cada sujeito representativo do grupo maior. E, também, porque cada DCS possui começo, meio e fim, não tendo, portanto, continuidade na seguinte.

Deste modo, os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro do HUSM em regime estatutário e estar atuando na assistência ao paciente nas unidades de internação. Como critérios de exclusão: estar exercendo exclusivamente atividades de gerência e administração, estar em licença de qualquer tipo, atuar no Pronto Socorro, CTI adulto, UTI pediátrica e

neonatal, Psiquiatria, Centro Obstétrico, Bloco Cirúrgico e Salas de Recuperação. Tal exclusão já foi justificada anteriormente.

3.2 Considerações éticas do estudo

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram seguidas as determinações da Resolução 196/96. A produção dos dados somente teve início após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFSM e submissão ao Exame de Qualificação realizado pela banca examinadora que foi constituída por professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf/UFSM e um membro externo ao mesmo, da UFRGS.

Inicialmente, o projeto foi encaminhado ao DEPE do HUSM para autorização institucional e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/UFSM. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP sob protocolo número: 23081.017159/2009-52.

Aos sujeitos da pesquisa, foi garantido o caráter confidencial e o anonimato, a livre participação, e o caráter confidencial das informações por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) que foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. Também foi esclarecido aos participantes sobre os riscos e benefícios que estiveram expostos durante a produção dos dados, sendo que os riscos são peculiares àqueles de uma conversa informal e derivados da possibilidade de despertar sentimentos relacionados a alguma lembrança de práticas desenvolvidas; os benefícios foram e serão indiretos, oriundos da contribuição do estudo para o saber de Enfermagem e o retorno desses a prática de Enfermagem.

Para melhor captação dos dados, os encontros foram gravados, com o prévio consentimento dos participantes da dinâmica, em gravador digital, salvo em arquivo de computador e gravador comum, este com a gravação em fitas cassetes, ambos mantidos sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora até o término da pesquisa, sendo apagadas após o término do estudo. A transcrição dos depoimentos bem como as produções artísticas oriundas das dinâmicas serão mantidos sob a guarda da pesquisadora orientadora na sala 1336 do Centro de Ciências da Saúde/UFSM por cinco anos e após serão destruídos.

3.3 Aproximação com o campo e os sujeitos da pesquisa

Após a autorização institucional junto ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) para o desenvolvimento da pesquisa bem como aprovação da mesma pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, realizou-se o sorteio dos nomes dos enfermeiros e posteriormente contato com os mesmos para divulgação da pesquisa e convite à participação na mesma.

O contato inicial com os participantes se deu no hospital, onde foi exposto o objetivo do estudo e seus procedimentos. Foram convidados os enfermeiros do HUSM através de visita às unidades, primando pelo contato pessoal para divulgação da pesquisa, momento em que se buscou estabelecer o dia e horário mais propício para a realização da primeira dinâmica, conforme disponibilidade dos participantes. Novos contatos ocorreram para marcar a data da dinâmica com no mínimo 15 dias de antecedência e nos dias anteriores a realização das dinâmicas foi realizado contato telefônico para lembrar e confirmar a participação.

3.4 O método de produção dos dados

Elegeram-se o Método Criativo e Sensível (MCS) para obtenção dos dados. Cabral (1998) expõe que o MCS favorece a organização de pessoas em torno de um trabalho grupal na construção de conhecimentos acerca de questões socializáveis que merecem um aprofundamento no plano coletivo, proporcionando, por meio do princípio dialógico, a crítica reflexiva freireana mediada pela análise coletiva de temas geradores codificados a partir de situações vivenciais. A autora ainda refere que as Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS) que são o eixo do método, proporcionam um espaço de discussão coletiva dos sentidos, em um entendimento dialógico, dialético, plural e, muitas vezes, ambivalente de produções artísticas representativas das construções sobre o tema pesquisado, onde o grupo ultrapassa a condição de objeto para a de sujeito na pesquisa.

As DCS associam técnicas consolidadas de produção de dados da pesquisa qualitativa (observação, observação participante, entrevista e discussão de grupo) com as produções artísticas. Ainda que o entendimento das DCS seja a pluralidade, a singularidade de cada participante é preservada pelo espírito democrático e participativo. Portanto, as Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade criam espaços de discussão e reflexão, levando os sujeitos da pesquisa a problematizarem as suas práticas vivenciais e existenciais, favorecendo a libertação parcial dos sentidos que podem estar reprimidos, pois muitas vezes é mais fácil dizer coisas importantes com o corpo ou com representações simbólicas, em um cruzamento de sentidos que falam e geram um conhecimento que é coletivo (CABRAL, 1998; VERNIER, 2007).

As DCS se desenvolvem em forma de encontros grupais, em que o despertar da sensibilidade e criatividade dos integrantes do grupo favorece o processo de produção de

dados para a pesquisa. Um momento que privilegia integração entre o grupo, ludicidade, troca de saberes e práticas entre sujeitos e pesquisador, proporcionando a construção e validação conjunta de conhecimentos novos (VERNIER, 2007).

Na presente pesquisa, os encontros para produção de dados ocorreram em maio e junho de 2010 e tiveram uma média de tempo de desenvolvimento de 1h e 45 minutos, sendo todos os encontros agendados previamente e com consenso do grupo. Os dois primeiros encontros foram desenvolvidos em uma sala dentro do próprio hospital, facilitando aos sujeitos o acesso, visto que a maioria estava ou saindo ou entraria em seu turno de trabalho. Ainda, teve-se um sujeito que participou durante seu turno de trabalho e dois que vieram de suas residências. O terceiro encontro foi realizado em prédio anexo ao hospital.

As DCS desenvolveram-se em cinco momentos. O primeiro contemplou a disposição espacial do grupo, apresentação entre os participantes, onde o pesquisador explicou o que se esperava com o encontro e com o desenvolvimento da dinâmica. Foi o momento em que ocorreu a integração e a “quebra do gelo” inicial, preparando os participantes para o desenvolvimento da dinâmica através de uma técnica de integração grupal diferente a cada encontro.

O segundo envolveu a disponibilização aos participantes dos materiais que foram utilizados para produção dos textos e/ou discursos, imagens sistematizados sob a forma de produções artísticas e a questão geradora de debate foi inserida pelo pesquisador. Este momento objetivou proporcionar uma imersão dos participantes em seus juízos vivos ou latentes (intelecto) ao mesmo tempo em que os convidou a utilizar sua função de motricidade e destreza (corporal) e colocar a necessidade da troca com o grupo (social), fazendo-os mergulharem com sua subjetividade e inteireza na questão geradora proposta na tarefa de produzir algo (CABRAL, 2001).

O terceiro momento contemplou a apresentação das produções artísticas, e socialização do que foi produzido. Durante esta etapa, o pesquisador registrou ideias e palavras chaves convergentes e divergentes e selecionou os temas geradores codificados. Estes foram negociados com os participantes, que, no quarto momento, os decodificaram em subtemas durante a análise coletiva e a discussão grupal. Por fim, no quinto momento realizou-se a síntese temática e a validação dos dados (CABRAL, 1998; 2001; VERNIER, 2007).

A presente pesquisa teve sua produção de dados através do desenvolvimento de três DCS: Tecendo Histórias, Árvore do Conhecimento e Almanaque, conforme descritas a seguir:

A DCS Tecendo Histórias objetivou trazer à tona na coletividade a construção histórica-social-pessoal de cada um dos sujeitos sobre educação em saúde, explicitando problemas e dificuldades individuais que possam ter raízes sociais coletivas. Experiências e diversidade de conhecimentos construídos até dado momento são a alavanca para que o tema seja refletido e transformado em um novo conhecimento (BEUTER, 2004; DEZORZI e CROSSETTI, 2008). Esta dinâmica utilizou como Questão Geradora (QG) ***“como a educação em saúde se construiu ou vem se construindo na sua história?”***

A DCS Árvore do Conhecimento objetivou desenvolver uma analogia com as necessidades de uma árvore para crescer e se desenvolver bem e a prática do enfermeiro. Assim, solicitou-se aos participantes que localizassem no esboço de uma árvore as suas atribuições de educação em saúde no cotidiano. Esta dinâmica serve, segundo Cabral (1998), como uma mediadora no processo de reflexão coletiva, codificando e posteriormente descodificando a situação real que a árvore representa. Para tanto, utilizou-se a seguinte questão geradora do debate (QG): ***“Como você localiza a educação em saúde em sua prática cotidiana de cuidado?”***

A DCS Almanaque teve como característica central a produção individual de um almanaque (cartaz) com a utilização de gravuras, recortes, palavras que responderam a QG ***“O que você precisa para desenvolver a educação em saúde em seu cotidiano de cuidado no hospital? E como a desenvolve?”*** Esta dinâmica teve como objetivo conhecer a prática cotidiana dos sujeitos em educação em saúde, suas facilidades, características e dificuldades, através da socialização das produções individuais, identificando situações convergentes e divergentes e proporcionando a reflexão coletiva das situações vivenciais do grupo.

Cabe ressaltar que houve um clima de empatia, entrosamento, harmonia e receptividade entre as participantes e a pesquisadora, propiciando momentos de descontração para dialogar sobre as questões propostas.

Assim, as dinâmicas de criatividade e sensibilidade contemplaram a visão (Cabral, 2001), de que todo ser humano é único, singular e ao mesmo tempo social, manifestando nas interações com os outros a sua intersubjetividade. Estas dinâmicas combinam ciência e arte, espontaneidade e introspecção, individualidades e diversidades, favorecendo a dialogicidade e análise coletiva do tema proposto, buscando desvelar a singularidade de cada um no espaço coletivo grupal.

3.5 Método de análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizado o método Análise de Discurso (AD), em sua corrente francesa, fundamentada em Michel Pechêaux e sistematizada no Brasil por Eni Orlandi (2005). A AD se preocupa em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso. Orlandi (2005) nos traz o discurso como a “palavra em movimento.” Portanto a AD consiste na análise de unidades texto para além da análise da frase proferida, possibilitando a leitura de interdiscursos, valorizando os sentidos na interação com o outro, levando em consideração sua historicidade.

Gomes (2007) contribui com a conceituação ao afirmar que a análise de discurso se constitui como uma alternativa quando ao pesquisador interessa o trabalho com o significado além do verbal atingindo os mecanismos de produção de sentido utilizados pelos sujeitos no decorrer da produção do discurso.

Estes mecanismos estão ligados tanto ao individual (sujeito) quanto ao social (sociedade) que os determina em graus variados. Assim, a AD não se limita a analisar o corpus em si, mas a inseri-lo no contexto das vivências e experiências, bem como na representação do objeto central da enunciação e na visão de mundo do sujeito, entre outros aspectos, que determinam o dizer e o não-dizer, considerando a perspectiva histórica e social de quem enuncia o discurso.

O analista ao utilizar a AD faz uma leitura do texto enfocando a posição discursiva do sujeito, legitimada socialmente pela união do social, da história e da ideologia, produzindo sentidos e manifestada através de indicadores (CAREGNATO e MUTTI, 2006). Estes indicadores são dispositivos analíticos da AD e se apresentam como fundamentais para a apreensão das formações discursivas presentes na produção verbal engendrada. Estes dispositivos são extremamente importantes devido ao peso que possuem na consecução da análise, especialmente a paráfrase, a polissemia, o interdiscurso e a metáfora (GOMES, 2007).

Para que se dê a compreensão, a AD segue alguns passos metodológicos após a delimitação do *corpus* do estudo:

- 1) Em um primeiro momento, a análise horizontal que Orlandi (2005) chama de “análise superficial”: neste momento é realizada uma leitura atenta, juntamente com o áudio, conferindo a materialidade linguística ao texto, ou seja, dar-lhe movimento, para que o leitor possa entender o como se diz, quem diz, em que contexto.... Assim o leitor tem melhores condições de acompanhar o movimento do diálogo o mais próximo possível do que ele aconteceu. A materialidade linguística é conferida ao texto por meio de sinais ortográficos como:/: pausa reflexiva curta; //:

pausa reflexiva longa; ...: pensamento incompleto; ///: pausa reflexiva muito longa; #: interrupção da enunciação de uma pessoa por outra pessoa, ##: interrupção da enunciação de duas pessoas; [...]: pausa na enunciação e continuação pela mesma pessoa; itálico - textos acrescentados pelo pesquisador; (*ênfatisa*) – significa ênfase na palavra enunciada ou que o sujeito falou em tom de voz mais elevado; [itálico][texto] – completar o pensamento verbal enunciado no mesmo dizer; letra dobrada em uma palavra – significa que a pessoa falou de modo meio “arrastado ou cantada” a palavra, dando maior ênfase na letra que está dobrada; “aspas” – significa uma frase ou título que não é de autoria de quem está falando ou que a pessoa disse isto em outro momento e está contando agora.

2) Em um segundo momento, o material empírico foi organizado em quadros analíticos, possibilitando a segunda etapa da análise: a análise vertical. Somente nesta análise vertical, o objeto discursivo é aprofundado, buscando-se o processo discursivo (ORLANDI, 2005). Neste momento, procura-se compreender como se constituem os sentidos das palavras, manifestados durante o processo discursivo. Para tanto, foram empregadas, nesta análise, as ferramentas analíticas como a metáfora, paráfrase e a polissemia, que mostram como se deu o processo discursivo e os efeitos de sentido que derivam do mesmo.

A análise procedeu conforme o descrito acima, tendo sido identificados na formação discursiva dos sujeitos, tema geradores e sub-temas geradores. Após, foi elaborado um quadro síntese para possibilitar a identificação da recorrência temática destes temas e sub-temas, originando as categorias temáticas que esta pesquisa irá apresentar em capítulos de análise.

Com as conceituações já referidas, podemos dizer que a análise de discurso objetiva compreender como um objeto simbólico produz sentidos, explicando a organização do texto/discurso através de elementos de interpretação que relacionam sujeito e sentido, sendo o que essa pesquisa busca identificar através das dinâmicas de criatividade e sensibilidade.

Para melhor visualização do caminho realizado para identificação das categorias temáticas, segue o quadro síntese de temas e sub-temas geradores com as categorias temáticas:

Dinâmicas	Tema gerador	Sub-tema	Categorias Temáticas
TECENDO HISTÓRIAS, ARVORE DO CONHECIMENTO, ALMANAQUE	A Concepção De Educação Em Saúde Nasce Na Família E Na Escola	A construção da concepção de educação em saúde suporte para mesma requer estudo, pesquisa e cientificidade	As matrizes das concepções de educação em saúde de enfermeiros que atuam no contexto hospitalar
	A Concepção De Educação Em Saúde Na Formação Acadêmica	Tendências pedagógicas utilizadas ao realizar educação em saúde no cotidiano	Caracterização da prática de educação em saúde de enfermeiros que atuam no contexto hospitalar
	As concepções de educação em saúde.	As questões sócio econômicas na educação em saúde.	
	O Processo De Educação Em Saúde No Cotidiano	A multidisciplinaridade na educação em saúde no cotidiano	Cotidiano de trabalho: limites e possibilidades para educação em saúde no contexto hospitalar
	Os Limites Encontrados No Cotidiano Para Realizara Educação Em Saúde	A participação da família na educação em saúde.	
	A Valorização Da Educação Em Saúde No Cotidiano	A cultura e a construção histórico pessoal na educação em saúde.	

Quadro 1 - Síntese da análise desenvolvida nas três dinâmicas do estudo

3.6 Caracterização dos sujeitos do estudo

Para facilitar a compreensão da análise de discurso, ou seja, quem está falando e qual a posição do sujeito enunciatador do discurso, construiu-se o quadro a seguir, visando uma breve caracterização dos sujeitos participantes do estudo.

A caracterização dos sujeitos do estudo é apresentada em um quadro (Quadro 2) com dados referentes a questões pessoais e profissionais.

Descrição do sujeito	Tempo de trabalho na área da enfermagem	Tempo de atuação no HUSM	Pós graduação	Histórico de atuação profissional
E1 – Enfermeira, 51anos. Formada há 29 anos em Universidade pública	20 anos.	15 anos.	Especialização	Trabalhou em hospital municipal e na secretaria de saúde de um pequeno município. Atualmente somente no HUSM.
E2 – Enfermeira, 37anos. Formada há 06 anos em Universidade privada	15 anos.	4 anos.	Especialização	Trabalhou em serviço de atendimento clínico domiciliar, como supervisora do PROFAE e como auxiliar em outro hospital. Atualmente somente no HUSM.
E3 – Enfermeira, 35 anos. Formada há 09 anos e 6 meses, em Universidade privada.	9 anos	Quase 1 ano.	Especialização	Trabalhou em posto de saúde tipo pronto atendimento de dois municípios litorâneos. Atualmente somente no HUSM.
E4 - Enfermeira, 26 anos. Formada há 4 anos e meio, em Universidade pública	4 anos.	4 anos.	Especialização	Somente no HUSM
E5 – Enfermeira com 55 anos. Formada há 15 anos, em Universidade privada.	15 anos.	8 anos.	Especialização e fazendo mestrado à distância.	Trabalhou em um hospital do município na área assistencial. Atualmente somente no HUSM.
E6 - Enfermeira com 30 anos. Formada há 06, em Universidade privada.	7 anos o.	Há menos de 6 meses.	Especialização	Trabalhou na assistência municipal e há três anos somente no HUSM.
E7 - Enfermeira com 30 anos. Formada há 03 anos e meio, em Universidade pública.	3 anos	2 anos.	Mestrado	Trabalhou como professora substituta em uma universidade federal. Atualmente somente no HUSM.
E8 - Enfermeira com 53 anos. Formada há 30 anos, em Universidade pública.	25 anos	15 anos.	Iniciando especialização.	Trabalhou em atendimento clínico ambulatorial, Hospital Militar e plantões particulares. Atualmente somente no HUSM.
E9 - Enfermeira, 41 anos. Formada há 12 anos, em Universidade privada.	20 anos	07 anos	Especialização	Como enfermeira em ambulatório assistencial privado. E no HUSM. Atualmente somente no HUSM

E10 - Enfermeira, 42 anos. Formada há 20 anos, em Universidade pública.	20 anos.	16 anos.	Especialização	Trabalhou como docente no curso de auxiliar de enfermagem, hospital de cidade do interior, ambulatório assistencial privado. Atualmente somente no HUSM. Durante 20 anos na área assistencial.
--	----------	----------	----------------	--

Quadro 2- Caracterização dos sujeitos do estudo quanto a sua descrição, tempo de trabalho na enfermagem, no HUSM, área de atuação, pós-graduação e histórico profissional. Santa Maria, RS, 2010.

Fizeram parte desta pesquisa dez enfermeiras, sendo todas do sexo feminino, brancas com idade variando entre 26 e 55 anos com uma média de idade de 30 anos. Em relação ao tempo de atuação na área da enfermagem em geral, variou de três a 25 anos, sendo que o tempo de formada como enfermeira variou de três a 30 anos. Quanto ao tempo de atuação no HUSM de seis meses a 16 anos. Quanto a pós-graduação, oito possuem especialização, uma possui mestrado e uma estava iniciando a especialização.

Das participantes, cinco formaram-se em universidade privada e cinco em universidade pública, sendo que as primeiras têm tempo de formação entre seis e 15 anos e as últimas entre três e 30 anos. Apenas três tiveram experiência como docentes.

Para preservar a identidade as enfermeiras foram identificadas na transcrição da primeira dinâmica com a letra E seguida do número cardinal em sequência crescente, conforme foram fazendo uso da palavra. Nas dinâmicas seguintes manteve-se a identificação das que já participaram e acrescentou-se a letra E seguida do próximo número cardinal às que se inseriram na pesquisa.

4 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COTIDIANO DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NO CONTEXTO HOSPITALAR

A partir da análise dos discursos das enfermeiras, produzidos nas dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS), procurou-se conhecer como se deu a construção da educação em saúde em suas histórias de vida e, conseqüentemente, como isso influenciou ou influencia a prática cotidiana enquanto profissional de unidade de internação hospitalar. Também, emergiram dos discursos a realidade diária, as possibilidades e dificuldades do cotidiano dos enfermeiros ao atuarem em unidades de internação hospitalar, no desenvolvimento da prática de educação em saúde em um hospital público.

A seguir, os achados serão apresentados e discutidos em três seções.

4.1 As matrizes das concepções de educação em saúde de enfermeiros que atuam no contexto hospitalar

Para conhecer as concepções de educação em saúde dos enfermeiros que atuam em unidades de internação hospitalar desenvolveram-se as DCS tecendo histórias e árvore do conhecimento. Após a análise dos seus discursos obteve-se os relatos a seguir que sustentam a construção da primeira categoria de análise desta dissertação.

Respondendo as questões geradoras de debate (QG): como a educação em saúde se construiu ou vem se construindo em sua história? e como você localiza a prática de educação em saúde em sua prática cotidiana de cuidado? Obteve-se as seguintes enunciações:

E1 - Eu fiquei pensando em primeiro lugar, o que /: eu aprendi em casa com a mãe /:e o que ela me foi passando: “cuidado, não molha os pés, não saia no vento, né? (...) Depois eu fiquei pensando na escola.

E2 - Sim, porque eu coloquei que começou na minha infância, lá na família. Quando tu //: aprende hábitos de higiene, de alimentação, tudo coisa que tu aprende com a mãe e o pai em casa, com os irmãos. Depois eu coloquei que vem na escola (...)

E4 - A minha concepção também começou em casa, né, com as mesmas coisas assim, que a gente vem aprendendo, vem ouvindo. (...) quando eu tive maior contato, realmente com o que é educação em saúde, o que é fazer educação em saúde foi na faculdade!

E7- Como /: as colegas também colocaram, a educação em saúde começa com a família. Se prolonga pelo colégio. Na faculdade a gente tem o conhecimento baseado em evidências, né? Ou o /: conhecimento mais científico. (...)

E1 e E2 reportam-se à mãe e ao núcleo familiar com orientações básicas de cuidados consigo e com os princípios básicos de higiene e alimentação ao citar como a educação em

saúde se construiu em sua história, depois citam a escola. Já E4 e E7 apontam a academia como local onde tiveram seu contato com o que seria realmente educação em saúde. Essa afirmativa remete a uma conceituação de educação em saúde ampliada.

Com isso, as raízes sócio-culturais da concepção de educação em saúde dos enfermeiros têm sua origem na rede familiar que influencia a formação profissional, refletindo na sua maneira de ver as pessoas, o mundo e a agir sobre e com ele.

E2 – (...) Depois eu coloquei o curso de enfermagem, na faculdade. (...) que eu fiz o auxiliar antes, depois fiz /: a faculdade no curso de enfermagem.

E4 - (...) Mas assim a minha... quando eu tive maior contato, realmente com o que é educação em saúde, o que é fazer educação em saúde foi na faculdade! Que daí a gente tinha que fazer grupos, começou o contato com paciente, então foi aí que realmente, eu entendi o que era, o que a gente fazia e o que podia fazer pra ajudar o paciente a melhorar.

Formada há seis anos (na época da DCS) em instituição de ensino privada, E2 lembra-se da concepção de educação em saúde que estudou na academia.

E4, formada há menos de cinco anos em universidade pública indica uma concepção ampliada de educação em saúde, citando os grupos e o contato direto com o paciente como estratégias que fazem parte do fazer enfermagem e que podem ajudar os pacientes.

Já E6 traz a questão do conhecimento científico, conforme o relato abaixo:

E6 – (...) Durante a faculdade a gente estuda bastante coisa. A gente estuda pra isso. Pra //: poder repassar para as outras pessoas que não tiveram a mesma //: a mesma condição, a mesma oportunidade da gente de estudar!

E6 relata que na faculdade se estuda bastante para que se possa passar conhecimento às pessoas que não tiveram essa oportunidade. Demonstra a necessidade da base científica, mas faz refletir sobre a academia estar valorizando o saber científico em detrimento do saber popular ou se este é permeado pela valorização do conhecimento dito popular/realidade do sujeito.

Para aguçar este questionamento temos o relato de E3, formada há nove anos, que identifica o contato com educação em saúde ao realizar consultas de enfermagem, palestras e orientações realizadas em nível ambulatorial.

E3 – (...) E depois na faculdade //: ah //: quando iamos fazer estágio nos postos de saúde, que envolvia essa questão de, de consulta de enfermagem, de orientação, de palestras, né? Da disciplina de didática, (...) Que eu tive que preparar uma aula pra ir, até não lembro qual era o bairro ou vila. Numa escola /: primária. Uma aula sobre higiene. Acho que isso tudo é educação em saúde, né?

E3 lembra-se do contato com educação em saúde na disciplina de didática, ao preparar e ministrar aula para crianças de uma escola primária. Esta afirmação soma ao questionamento anterior: qual tem sido a orientação pedagógica utilizada na academia para o desenvolvimento da educação em saúde? Reflete-se que esta forma pode propagar e manter a estrutura de transmissão vertical de conhecimentos. E o desenvolvimento desse tipo de tarefa na disciplina de didática reporta a uma fragmentação do conhecimento de Enfermagem.

E2 – (...) E agora hoje no hospital! Que a gente segue trabalhando educação em saúde no nosso dia a dia. Que é //:[...] por mais que a gente não, não, não, não especifique, assim, que é educação em saúde o que a gente está fazendo, mas aquelas orientações que a gente está dando para os pacientes, aqueles ensinamentos que a gente está transmitindo para eles, é educação em saúde, né?

E2, polissemicamente, aponta o hospital como outro cenário em que deu continuidade à construção de sua concepção de educação em saúde. Identifica as orientações e ensinamentos que são transmitidos aos pacientes no dia a dia como educação em saúde, porém solicita confirmação em relação a essa identificação, sugerindo pouco reconhecimento no contexto hospitalar desta atividade.

Essa questão apresenta dois pólos: um que seria a educação em saúde como intrínseca ao cuidado de enfermagem; outro que seria a educação em saúde não identificada/reconhecida como tal pelos próprios profissionais que a executam. Tanto que ao terminar seu relato do que seria a educação em saúde solicita confirmação às demais, utilizando a expressão “né?”.

Já E4 fala em realmente entender educação em saúde ao entrar em contato com os pacientes, demonstrando a importância da prática cotidiana.

E4 - (...) começou o contato com paciente, então foi aí que realmente, né, eu entendi realmente o que era e o que a gente fazia e que podia fazer pra ajudar o paciente a melhorar. (...) trabalhando no dia a dia, é que eu pude /: realmente vivenciar o que é e vivenciar a importância disso. Eu boto ela (*educação em saúde*) como um elo. Entre o enfermeiro ou a equipe de enfermagem e a equipe médica, /: o paciente e o familiar.

E4 afirma que só obteve um “real” entendimento do que seja educação em saúde ao entrar em contato com o paciente, na prática cotidiana. E4 descreve a educação em saúde como sendo uma atividade que pode ajudar o paciente a melhorar. Fala em *ajudar* e não a *fazer* o paciente melhorar, o que transparece um trabalho que inclui a própria pessoa e rede familiar nessa ação. Confirma isso ao citar a educação em saúde como um elo que une

profissionais da saúde, pacientes e familiares, em um trabalho que considera muito importante.

Essa perspectiva é confirmada quando E4 continua:

E4 – (...) E a gente sabe que está orientando uma coisa que dentro do hospital é muito fácil de cumprir, que é bonitinho, recebem a comida pronta, tratada e que a gente em casa não sabe como é que vai ser porque a gente não conhece a casa deles. (...) Mas a gente não sabe a verdadeira realidade mesmo. Às vezes, é muito /: pior que a gente imagina, né?

A discussão perpassa a questão de que o que é orientado dentro do hospital, muitas vezes, não é fácil de ser seguido pelo paciente, pois a realidade deste nem sempre é conhecida e que, por vezes, pode ser muito “pior” (ou diferente) do que imagina o profissional. E4 traz para a discussão uma questão que pode representar um dilema ético entre o saber científico e a realidade social na realização da educação em saúde em unidades de internação.

4.1.1 Discussão

Para Vygotsky (1999) a criança nasce inserida num meio social, que é a família (primeiro ambiente de aprendizado), e é nela que estabelece as primeiras relações com a linguagem na interação com os outros. Pode-se observar que esta se apoia na concepção de um sujeito interativo que elabora seus conhecimentos sobre os objetos, em um processo mediado pelo outro. Este conhecimento tem gênese nas relações sociais, sendo produzido na intersubjetividade e marcado por condições culturais, sociais e históricas. Assim, pode-se entender que se reflete no mundo o aprendizado desenvolvido durante as experiências de vida.

Concordando com Vygotsky, acredita-se que para educação em saúde o reflexo de como se aprendeu a aprender, ou seja, a forma como experienciamos a aprendizagem e os conhecimentos na infância será determinante para o modo como o faremos no futuro. Entende-se que os profissionais enfermeiros trazem o aprendizado das experiências na rede familiar como base para seu trabalho em educação em saúde no decorrer da vida profissional. Isto é ratificado ao lembrar que na primeira infância o meio familiar “é o mundo do indivíduo” e as opções são as vividas nesse contexto sócio-cultural-familiar, formando conceitos em um indivíduo com pouca experiência. Posteriormente “o mundo” desse sujeito se ampliará e então decidirá entre as várias opções de conceitos, tendo por base as já vividas e as inter-relações, pois aprender é um processo.

Entende-se, portanto, que as raízes sócio-culturais da concepção de educação em saúde dos enfermeiros têm sua origem na rede familiar e que influenciam a formação profissional, refletindo na sua maneira de ver as pessoas, o mundo e a agir sobre e com ele.

Desse modo, questiona-se como a academia tem trabalhado essa influência para formação e prática da educação em saúde nas diferentes concepções trazidas pelos alunos? Para Freire fica “clara a importância da identidade de cada um de nós como sujeito, educador ou educando, da prática educativa. E da identidade entendida nesta relação contraditória, que somos nós mesmos, entre o que herdamos e o que adquirimos.” (FREIRE, 1997, p.64). O autor continua refletindo essa questão ao escrever que a relação contraditória entre o que adquirimos em nossas experiências sociais, culturais, de classe, ideológicas, interfere de forma vigorosa, através da força dos interesses, das emoções, dos sentimentos, dos desejos, do que habitualmente vem se designando “a força do coração” na estrutura hereditária. Não somos, portanto, nem só uma coisa nem só a outra. Nem só repetimos o inato, nem tampouco o adquirido, apenas.

Assim como na pedagogia libertadora freireana deve-se partir da realidade do paciente ao trabalhar a educação em saúde, também os professores devem levar em consideração as experiências anteriores, valores e cultura que os futuros enfermeiros possuem, ampliando-as e dando-lhes oportunidade de uma vivência dentro da possibilidade de escolha consciente. Cita-se Paulo Freire por entender que suas teorias e reflexões que aprofundaram o tema “a educação como prática da liberdade” transbordaram para outros campos do conhecimento, fortalecendo teorias e práticas educacionais, bem como auxiliando reflexões não só de educadores, mas também de médicos, terapeutas, cientistas sociais, filósofos, antropólogos e outros profissionais. Seu pensamento é considerado um modelo de transdisciplinaridade (GADOTTI, 2002).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de graduação em Enfermagem esperam que o enfermeiro seja um profissional capaz de desenvolver ações de prevenção de doenças, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto individual como coletivamente (BRASIL, 2001). E entende-se que estas sejam desenvolvidas em todos os cenários de atuação profissional.

Acredita-se que seja um desafio a implementação de projetos pedagógicos inovadores que possam adaptar-se à dinamicidade dos perfis profissionais exigidos pela sociedade. Ainda, no campo pedagógico, há necessidade de desenvolver os atributos cognitivos e elementos que possibilitem a construção de sujeitos ativos, críticos, capazes de assumir responsabilidades e ter compromisso social (Ribeiro e Lima, 2003).

Identificou-se no discurso dos enfermeiros marcas que remetem as diferentes correntes pedagógicas que são utilizadas para trabalhar educação em saúde. Ao analisarmos a origem da formação acadêmica desses sujeitos pode-se inferir que os enfermeiros oriundos de instituições privadas denotaram uma forma tradicional enquanto aqueles oriundos de instituições públicas notou-se uma aproximação maior com o ensino crítico-libertador.

Para Oliveira (2005) o primeiro modelo centra-se em uma prática pedagógica preventiva de educação em saúde, também chamado de educação em saúde tradicional, fundamentalmente influenciado pelas tradições da biomedicina e onde o conhecimento formal é utilizado como base. Esta tendência pedagógica, também, está relacionada com o tempo de formação e a ausência de contato atual dos enfermeiros com a academia.

Reibnitz e Prado (2006) caracterizam o segundo modelo pela reflexão crítica dos sujeitos envolvidos no processo de ensino/aprendizagem, atuando ou intervindo no seu transcurso, para transformação de um resultado ideal em real. Waldow (2005, p.37) refere que “há necessidade de um trabalho constante de mobilização para conscientização da enfermeira, no sentido dela assumir uma posição de envolvimento, de crítica e de reflexão sobre sua prática e sobre sua ação de ser e estar num mundo de relações”, ampliando a forma de entender e trabalhar a educação em saúde, inclusive no ambiente hospitalar.

Entende-se que há necessidade da utilização do modelo pedagógico crítico-libertador, com práticas educativas que incluam as metodologias ativas de ensino aprendizagem. Isto transforma os acadêmicos em protagonistas de seus processos formativos, que somado ao desenvolvimento de experiências de ensino aprendizagem em diferentes cenários de prática possivelmente despertaria o interesse nessa forma de atuar com os pacientes e uma (re)construção da educação em saúde no contexto hospitalar.

Assim, partindo destas considerações, as concepções de educação em saúde dos enfermeiros que atuam nas unidades de internação hospitalar nascem no meio familiar, perpassam pela escola e ampliam-se na academia onde encontram raízes teórico-filosóficas. E continuam se ampliando/aprofundando na prática profissional e nos estudos de pós-graduação.

Mas é na prática diária que os enfermeiros têm o encontro do saber vivido na infância e na formação acadêmica com a realidade da atuação profissional. Neste espaço, ele se depara com a realidade trazida pelo paciente/educando, condições da instituição e da rotina de trabalho, incluindo as possibilidades e dificuldades para a prática da educação em saúde. Citando Freire (1979) é quando ele exercita o saber da experiência feita em o contato com a

realidade, tendo a oportunidade (e possibilidade) de (re)construir o seu aprendizado, (des)construindo as suas concepções acerca da educação em saúde.

Assim, ressalta-se a importância do investimento na educação permanente, na valorização da história do profissional e na formação embasada em uma prática problematizadora e libertadora-emancipatória.

4.2 Caracterização da prática de educação em saúde de enfermeiros que atuam no contexto hospitalar

Com o objetivo de conhecer as ações e caracterizar a prática de educação em saúde dos sujeitos foram desenvolvidas as DCS árvore do conhecimento e almanaque com as seguintes questões geradoras (QG) de debate: Como você localiza a educação em saúde em sua prática cotidiana de cuidado? O que você precisa para desenvolver a educação em saúde em seu cotidiano de cuidado no hospital? E como a desenvolve? Com os diálogos resultantes dessas QG foi construída a **segunda categoria de análise** desta dissertação, que será sustentada pelas enunciações dos sujeitos descritas a seguir:

E2 - Eu entendi assim minha árvore: a raiz eu acho que é a base de tudo, né? Eu coloquei como conhecimento! Pra mim a /: raiz começa lá no conhecimento! (...) Daí depois o caule, que eu acho que é essa coisa forte da árvore que é o que sustenta a árvore, assim. Que eu considero como forte. Eu coloquei assim, que há/: que eu acho que está competência, responsabilidade e comprometimento.

Para E2 o conhecimento é a base da educação em saúde no cotidiano, metaforicamente, este é representado pela raiz da árvore. Ou seja, o conhecimento é o alicerce da educação em saúde. Logo a seguir aponta a competência, a responsabilidade e o comprometimento como o caule, que dá sustentação para a árvore.

E9 concorda com a afirmação de E2 e complementa, citando a dedicação, o estímulo, o comprometimento e a motivação, levando ao resultado que, para ela, seria o sucesso do tratamento e a satisfação do paciente.

E2 dá continuidade ao debate, conforme o diálogo a seguir, tendo por base as suas produções artísticas:

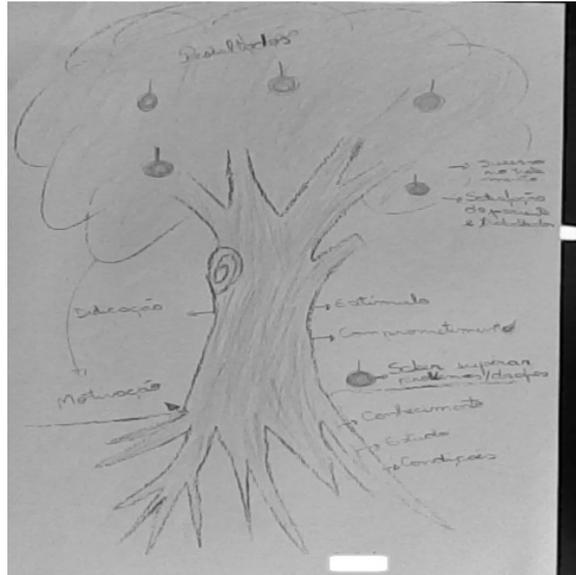


Figura 01: Produção artística de E9: Dinâmica Árvore do Conhecimento. Santa Maria. 2010.

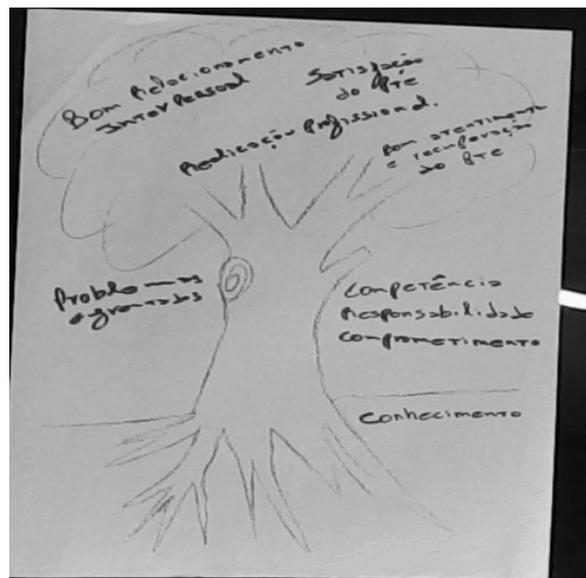


Figura 02: Produção artística de E2: Dinâmica Árvore do Conhecimento. Santa Maria. 2010.

E9 - Ali na/: nas raízes também coloquei conhecimento. E acho que, ham, o estudo, se reciclando/: sempre, né? E as condições que a gente tem. [...] A gente tem que ter condições para isso! Para a gente poder ter uma boa/: “árvore”, né. E o tronco, como a E2 já... Também concordo com ela, é que sustenta tudo. E com isso a gente tem que ter dedicação, estímulo, comprometimento, motivação. Então entra tudo aquilo para a gente/: conseguir ter os/: frutos, os resultados! Que é o sucesso do tratamento, a satisfação do cliente, do paciente. (...) Outra coisa: dedicação, estudo, conhecimento! Que também todo mundo/: acho que já foi falado. Isso é indispensável pra gente estar podendo desenvolver educação em saúde.

E2 - Eu acho que com esse meu conhecimento, com minha responsabilidade e com meu comprometimento e eu dando um bom atendimento, no meu dia a dia, eu vou estar fazendo educação em saúde! Que eu acho, assim ó, que toda/: todo dia tu faz educação em saúde. Em qualquer atendimento que tu faz está fazendo educação em

saúde. Nas orientações, [...] nas informações, no cuidado que tu está prestando, como tu está ensinando o paciente a continuar o cuidado em casa.

E2 acredita que para desenvolver educação em saúde no dia a dia é preciso conhecimento, responsabilidade e comprometimento. Reconhece que sua prática de educação em saúde está presente todo dia em qualquer atendimento, sejam orientações, informações, no cuidado prestado e no ensinar como o paciente continuará o cuidado em casa.

E6 concorda e complementa, a partir de sua produção artística, a seguir:

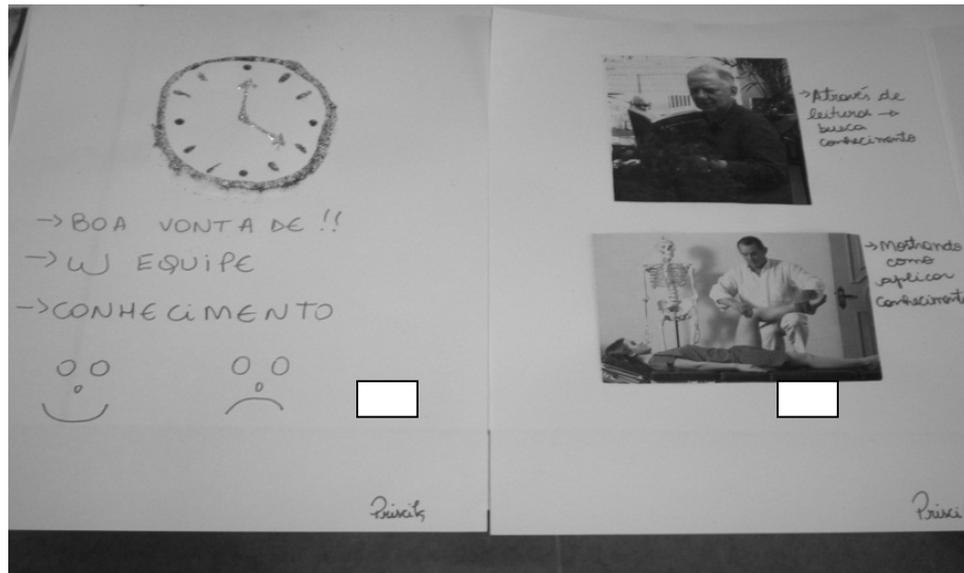


Figura 03: Produção artística de E6: Dinâmica Almanaque. Santa Maria. 2010.

E6 - Conhecimento! (...) Tu tem que ter conhecimento para poder ah [...] educar alguém em saúde, enfim... (...) que eu fico feliz, que eu estou sempre buscando coisas novas para poder passar novos conhecimentos, para poder passar pros outros. Então isso é uma coisa que me deixa feliz! E para desenvolver eu coloquei assim [...] através de leituras, pra buscar o conhecimento pra poder ah [...] educar, em saúde. (...) Até a maneira da gente se expressar. Tem pessoas que não entendem o que a gente fala. Não entendem o que a gente está querendo dizer. Então a gente tem que ter também humildade para saber passar isso, esse conhecimento.

E6 lembra que o conhecimento e sua busca contínua também são necessários, que precisa ter conhecimento para poder passar aos outros e que essa ação a deixa feliz. Inclusive, utilizando a metáfora do desenho de um rosto sorridente com a cor azul simbolizando conhecimento. Também colou uma figura de um homem lendo, para o que expressou ser importante ler buscando conhecimento para poder educar em saúde.

E4 ressalta a importância do conhecimento para que se possa orientar, o qual é expresso em sua produção artística com a gravura de Einstein, de um cérebro e de uma profissional olhando em um microscópio, conforme segue:



Figura 04: Produção artística de E4: Dinâmica Almanaque. Santa Maria. 2010.

Percebe-se na produção artística e nas enunciações a seguir, o respeito às diferentes culturas e ao diálogo, em uma aliança entre o conhecimento formal e o popular. Isto pode ser notado na definição de educação em saúde que E4 enuncia:

E4 - (...) Claro que no dia a dia a gente sempre consegue estar fazendo alguma coisa em educação em saúde, que eu acho que qualquer orientação que a gente dá, qualquer coisa que tu vê que pode ajudar a pessoa no seu autocuidado, na sua saúde, já é uma educação.

E5 - (...) E assim, eu vejo /: questões muito práticas, muito pequenas. Até na quantidade de cobertores que, que o /: familiar, que tá ali, colaborando, coloca no paciente é importante, né? Porque /: se o paciente está com febre /: tu explicar que nem sempre frio... né? Por que... Começa aí. Varias questões que //: que se tu não...

E4 define educação em saúde como qualquer orientação ou atitude que auxilie a pessoa no seu autocuidado sem, no entanto, falar em prescrição de cuidados. Enquanto E5 relaciona a educação em saúde a cuidados práticos e simples do cotidiano, como a conscientização da quantidade de cobertores a serem colocados em pacientes com febre, dentre várias questões. E3 identifica a educação em saúde em todas as orientações que são fornecidas aos pacientes e familiares, e que isso é muito importante para a enfermagem.

E3 - (...) e aqui no, no meu trabalho /: eu coloquei aqui assim: eu acho que tudo aquilo que a gente orienta aos pacientes e acompanhantes, que pra nós ali é, como E4 já falou, é muito importante. (...) Tudo que se orienta a pacientes e acompanhantes para promoção da saúde e melhor qualidade de vida.

E3 em seu discurso acrescenta termos interessantes ao debate: promoção da saúde e melhor qualidade de vida. Esta enfermeira trabalha em uma unidade onde é desenvolvido um grupo de educação em saúde com cuidadores em parceria com academia. Esta proposição

vem reforçar a importância do contato da academia com a área assistencial na enfermagem e a troca de conhecimentos que isso oportuniza para ambos.

E4 - Eu acho assim: várias ações no nosso dia a dia, que às vezes a gente não dá tanta importância, desde dar uma medicação e dizer ah, tem que ser nesse horário. Desde orientar um jejum para um exame, né, para um pai ou para um paciente. (...) é uma forma de eles estarem participando do cuidado deles, né? (...) Então, ele sabendo o que está acontecendo, o que eles tem que fazer, eles vão /: ajudar nesse cuidado. Vão se cuidar realmente porque estão entendendo! (...) Sem estar impondo nada de conhecimento, de estar conversando com essa pessoa, tentando passar: isso é assim...

E4 afirma que várias ações do dia a dia constituem-se educação em saúde, complementando que, muitas vezes, não se dá muita importância para isso. Reflito se essas ações têm sido identificadas pelos enfermeiros e se estes têm consciência de como essa prática é intrínseca ao cuidado de enfermagem.

E4 também afirma que a educação em saúde na prática diária é importante por ser uma forma dos pacientes estarem participando do próprio cuidado. E que estes necessitam compreender o porquê de determinadas condutas. Assim, os pacientes e familiares irão avaliar e participar do cuidado porque realmente entendem o que está ocorrendo.

Esta forma de perceber de E4 os envolve como seres atuantes em suas condições de saúde e doença, dando-lhes autonomia e oportunidade de escolha consciente. Como esta enfermeira trabalha em um setor onde a prática da educação em saúde/orientações é realizada há algum tempo, afirma ser imprescindível para o cuidado, esta conscientização das pessoas, num movimento que respeita a autonomia, sem impor condutas. Esta enfermeira formou-se há poucos anos, sugerindo que a academia atualmente possa estar com uma visão ampliada acerca da educação em saúde realizada pela enfermagem.

Foi questionado às participantes se concordavam ou discordavam da colocação de E4 ao que E5 responde enfaticamente:

E5 - É automático! Automático, né? (...) Automático. A gente... //: Faz parte do teu dia a dia //: essa questão da educação, né?

Reflito se, ao ser automático, existe a consciência da realização da educação em saúde tanto por quem faz quanto por quem é assistido? E como tem sido realizada no “automático”? Essa forma pode tanto indicar que a educação em saúde está sendo realizada com naturalidade durante a assistência e, conseqüentemente, sendo valorizada, como essa não identificação pode refletir na pouca reflexão dos profissionais ao executar essa importante ação da enfermagem e conseqüentemente com pouca valorização.

E2 dá seguimento ao debate e começam a surgir nos discursos a forma de fazer e de avaliar o que é feito no dia a dia:

E2 - Que nem ela falou ali, eu acho que tudo que a gente está fazendo, /: tá fazendo educação em saúde! (...) As informações que tu dá, as orientações, pra mim tudo isso é educação em saúde.

E5 - Agora fazer é uma coisa, né? Colher resultados a gente não tem como medir.

E2 - Tu não sabes o que acontece depois /; que eles saem daqui, né? Mas... a gente faz.

E5 - O fazer ele existe /: no dia a dia, mas será que... A gente não mede isso, o paciente vai embora! //: Então tu não sabes até que ponto tu //: conseguiu atingir //: e realmente educar ele. Talvez sim, talvez não.

E5 explana que fazer educação em saúde é um ponto, mas que não se tem como medir se o objetivo foi alcançado ou se foi de alguma valia. E2 complementa que não tem como saber o que acontece depois da alta hospitalar e, portanto, não tem como medir se atingiu o propósito. Este diálogo insinua uma questão que pode influenciar a educação em saúde no dia a dia: a falta de avaliação da atividade de educação em saúde, ou seja, eles não conseguem saber se essa atividade é efetiva ou não.

E2 - E no meu caso que uma das orientações que a gente dá sempre é da //: do planejamento familiar *–(risos gerais e E2 sobe a voz para poder ser ouvida)*. E o que a gente vê é que dali a nove meses elas estão de novo! (...) Então.... Não sei até que ponto esse tipo de orientação é absorvido. (...) porque de repente elas até absorveram, né? Mas /: a situação que elas vivem//(...)

E2 conta que uma das orientações frequentes na unidade em que atua é sobre planejamento familiar, e que quando as pacientes voltam gestantes novamente, ela questiona se as orientações dadas foram absorvidas. Ao ser questionada sobre haver um problema entre o que está sendo orientado e o que está sendo absorvido, reflete que até pode ter sido absorvido, mas que a situação que essas pessoas vivem as levam à isso. Tendo por base essa enunciação, pondero, pode haver um dilema entre o que os profissionais tem como “conduta correta” dentro da profissão e o que é a realidade das pessoas, causando certa sensação de ineficácia da educação em saúde e desestímulo do profissional.

E7 lembra, conforme a enunciação abaixo, que também é importante a orientação aos pacientes que sairão do hospital, de procurar outros serviços em caso de necessidade:

E7 - (...) Então quer dizer que /: a gente orienta algumas coisas que ele pode fazer em casa, mas se houver alguma /: dificuldade em realizar tal atividade ou tiver alguma intercorrência (...) então ele precisa procurar o serviço de saúde. (...) E é importante esse, esse conhecimento e essa [...] essa união de outros profissionais, seja da enfermagem, ou de...(...) Não só de um profissional, mas de uma rede de

profissionais que possam atuar, possibilitando um tratamento mais efetivo pro paciente.

E4 - (...) E assim como elo mesmo, como uma corrente que /: que tem que ser seguida. Tem que estar todo mundo /: falando junto, trabalhando junto pra conseguir.

E7 pontua que para o sucesso da educação em saúde é necessário que haja um trabalho em conjunto. E7 complementa, dizendo que é importante a união entre os diferentes profissionais da saúde, o que é corroborado por E4. Assim, a necessidade da atuação multiprofissional na educação em saúde é reconhecida pelos sujeitos.

Outro ponto a ponderar é o retorno/avaliação das ações de educação em saúde, visto pelos profissionais. Com pacientes hospitalizados por agravos agudos e que não retornam após alta, perde-se o contato e pouco se sabe do resultado obtido com as ações de educação em saúde. E os que retornam, normalmente sofreram agravamento de seu estado de saúde, o que indicaria um possível “não seguir as orientações”?

E2 comenta, exemplificando o que acontece em seu local de trabalho.

E2 - Eu acho que tu não podes hã /: achar que eles não têm [...] Anular o que eles sabem até hoje. (...) a gente /: orienta as mães que não tem aquela coisa de não lavar o cabelo depois que ganha o neném! Mas tem muitas que não aceitam! Então tu vais botar na cabeça dela que ela tem que lavar o cabelo? Se veio lá da avó, mãe /: dizendo que vai fazer mal.... (...) Tu tenta orientar que não faz mal, mas se ela não... Não pode esquecer que ela tem um /: passado, né? Uma vivência. (...) me incomoda (*ênfatizando*) de chegar lá e ver aquele cabelo seboso, né? Então me incomoda isso assim... Não é que vai //: que vai prejudicar o andamento do serviço, mas eu acho que é uma coisa que //: que incomoda (*ênfatizando*) a gente! Até as outras pacientes às vezes que estão junto.

Afirma que ao realizar educação em saúde o faz através de orientações e que estas não podem anular o conhecimento prévio das pessoas, num discurso polissêmico. Entretanto no seu relato demonstra a valorização do conhecimento científico e conta que os pacientes muitas vezes não aceitam esse conhecimento. Expõe que a não aceitação da orientação, citada como exemplo, não repercute diretamente sobre a saúde do indivíduo, mas que isso a incomoda bem como acredita incomodar as outras pacientes. Percebe-se um choque cultural e um dilema ético no discurso do sujeito.

E4, ainda nessa linha de discussão, diz incluir as vivências anteriores que cada um traz ao trabalhar educação em saúde, assim como ela mesma as tem, realizando uma troca de saberes e uma comunicação dentro do entendimento de cada um.

E4 - (...) E daí eu boto assim: que também é muito importante as vivências anteriores que tem. Assim como eu tive, que aprendi coisas com minha mãe, com meu pai, com outras pessoas, /: esses pacientes, esses familiares também nos trazem

vivências anteriores que tem que levar em conta, então, quando a gente vai trabalhar isso com eles (...) Então é uma rede interligada que não /: não poderia quebrar em nenhum momento. Se eu não conseguir passar e eles não conseguirem me entender, ou eu não conseguir entender o lado deles, então eu não vou ter essa educação em saúde efetiva! (...) se tu não consegues fazer isso efetivamente, se tu não és compreendido, o resultado pode ser bem ruim. Então por isso eu acho tão importante! (...) é necessário assim, é uma coisa fundamental no dia a dia da gente.

Afirma que para o trabalho ser efetivo a relação de compreensão mútua entre profissional e paciente é muito importante e que sem ela o resultado poderia ser bem ruim. Reflito o que significaria esse “bem ruim” para ela? Poderia se referir a não compreensão pelos pacientes e familiares do como e porque das coisas? Que o que é orientado não faz sentido para o paciente e não fazendo sentido, não é posto em prática, implicando em opções do paciente e familiar, em escolhas de estilo de vida.

Com isso, os sujeitos do estudo debatem sobre as maneiras de fazer educação em saúde e a efetividade desta prática dependendo da forma como é conduzida pelo enfermeiro. A modalidade grupo é citada no debate, por E2:

E2 - Eu quando fazia grupo, às vezes levava um assunto pra falar naquele dia. Mas eu chegava lá e, e não era aquilo, sabe? Aí acabava mudando (*enfatizando*) o rumo da conversa e ia para o que a paciente estava com dificuldade, qual é a /: a dúvida dela, qual é... que ela queria saber. Às vezes era outra coisa! (*enfatizando*) (...) Não era nada do que eu tinha planejado. Então tinha essa flexibilidade, assim.

E2 conta de sua vivência quando participava de grupos. Relata que chegava ao grupo com um assunto, mas que acabava mudando este, pois os pacientes tinham outras dificuldades ou dúvidas. Que às vezes não era nada do que tinha planejado e existia essa flexibilidade.

E6 também relata sua vivência falando sobre o grupo que existe na sua unidade que entende ter um modelo diferente dos demais lugares, conforme o que segue:

E6 - Lá na, /: na (*nome da unidade*), lá a gente tem um outro [...]um outro /: não sei se, digamos, modelo ou como poderia dizer para me expressar melhor. Tem grupos de (*familiares*) lá que são realizados... (...) está sendo feito esse grupo desde o ano passado. E, e, e não é... não tem um assunto direcionado! Vai surgir no momento ali... reunir os familiares, os acompanhantes que estão e ali que surge o que vai ser desenvolvido. [...] o que vai surgindo e aí vai sendo explicado.

Nestes grupos conforme relata E6, o assunto surge no momento em que os participantes estiverem reunidos, através de uma história que inicie o diálogo e traga à tona algo que os pacientes queiram discutir ou sintam necessidade.

Assim, têm-se um exemplo dos modos de fazer educação em saúde que vem ao encontro do entendimento de educação freireano, em que o que é discutido deve emergir do

educando, do grupo ou das pessoas que fazem parte do diálogo, contemplando a dialogicidade e possibilitando a reflexão sobre o vivido da pessoa.

Já E5 retoma o debate, conforme segue:

E5 –Eu, eu pensei agora pro meu /: pro meu grupo, falar sobre coleta de exames laboratoriais. /: Que eu acho que, que é tão complicado, eles não entendem (*ênfatizando*), né? Muitas vezes tu larga os potezinhos pra coletar urina e tudo. Mas eu, eu ainda estou pensando nesse assunto. Se isso vai ser interessante ou não. Eu vou preparar, mas eu não sei se eles vão....

E2: Se vai despertar interesse, né?

E5 diz que pensou no assunto coleta de exames laboratoriais para falar ao seu grupo, pois acha que isso é algo que eles (pacientes) não entendem, traduzindo um modo tradicional de trabalhar com grupos. Conta que muitas vezes são largados os potezinhos para coletar urina, mas não revela como é realizada a orientação nesse momento. E5 se refere ao grupo como “seu” e que “eles” têm dificuldade de entender, denotando um ser que é “dono” do grupo e os outros seres que estão ali para receber um conhecimento científico que desconhecem. Questiona-se onde está o desencontro ou o não entendimento? Na forma tradicional e verticalizada?

E5 continua dizendo que ainda está pensando no assunto. Que vai “preparar”, mas que não sabe se eles vão, ao que E2 complementa, dizendo que talvez não desperte interesse.

E9 toma a palavra para expor sua opinião sobre grupos, que acha importante a não limitação nessa modalidade de educação em saúde.

E9 - Por isso que eu acho que a gente não pode limitar né? Limitar assim ó: Tem grupo, tu igual vais ter que fazer a orientação, a educação individual (*ênfatizando*)! Porque, às vezes, vão ao grupo e aquele mais tímido não fala no grupo. (...) É essa percepção, eu acho, que é importante que a gente... né? E //: que a gente tenha! Claro (*ênfatizando*) que um é diferente do outro, mas...

E9 pontua que, além do grupo, deve-se fazer a orientação individual, pois as pessoas tímidas normalmente não falam em grupo. Continua, afirmando que é importante essa percepção no profissional.

E1 - É que... É é é... A realidade de cada setor é uma coisa bem diferenciada. (...) (*Fala quase sem tempo pra respirar, citando sua vivência*) O paciente chega e a gente já começa a orientar! Pra quando ele estiver com alta já estar preparado. (...) E assim ó, eu trabalho assim: o paciente chegou, daí eu vejo como o paciente está, cada dia vou explicando alguma coisinha, vou conversando, vou perguntando, vou sentindo como é que ele está e vou explicando e conversando! Todo, desde as medicações, pra que servem, digo: ah essa medicação... isso aqui tu vais tomar /: a ciclosporina tu vais continuar tomando, bactrin tu vais tomar um ano /; e, e vou explicando. Todos os dias!

E1 ressalta que a realidade de cada setor é bem diferenciada. Expõe sua forma de trabalhar, avaliando o paciente quando chega e que explica todo dia um pouquinho, sentindo como ele está, explicando e conversando. Diz fazer isso todos os dias, entrando no quarto dos pacientes sem pressa, disposta a dialogar, mas atribui isto as características do setor em que atua.

E6 retoma a palavra, questionando a efetividade da educação em saúde:

E6 - É que tem coisas, assim, que /: por mais que a gente queira, tu orienta, orienta, orienta... (...) tu orienta, orienta (*ênfatizando*) às vezes e tu vê que /: a criança volta por alguma coisa que poderia ter sido evitada (*ênfatizando*)! Muitas vezes. Então... Aí tu ficas pensando até que ponto //: entrou na cabeça?! Não entrou! Aquela orientação que tu fez então //: não foi absorvida pra /: ter algum efeito, sabe?
 E5 - Mas às vezes não é questão de orientação, mas às vezes é falta de, de..., não é de conhecimento /: às vezes é falta de condições (*ênfatizando*) /: de atender melhor essa criança em casa, né? Questões de higiene, tudo #

E6 acredita que em alguns casos o retorno do paciente deu-se por algo que poderia ter sido evitado com o cumprimento das orientações. Então, ela questiona até que ponto a orientação que foi feita, foi absorvida? Relata que o que foi orientado não “entrou na cabeça”. Essa declaração leva a reflexão: como essas orientações estão sendo trabalhadas? Elas estão sendo adequadas à realidade do paciente? A dialogicidade está presente nesses momentos? Está sendo considerada a hospitalização como fator estressante que pode alterar a atenção/percepção do paciente? E seu estado de saúde não alterou sua cognição?

Este modo de expressar-se remete ao pensamento que, no dia a dia, é percebida a necessidade do diálogo para a educação em saúde, entretanto as diferenças socioculturais ainda parecem ser uma barreira de comunicação na educação em saúde nestes momentos.

E4: O diálogo, também... que as duas pessoas vão falar aqui (*remete a sua produção artística*), tem os dois dialogando. Não adianta eu chegar lá e descarregar um monte de coisa, falar, falar, falar e no final perguntar se entendeu. A pessoa vai dizer que entendeu e a gente não vai estar conseguindo, então, fazer essa educação em saúde efetiva. O respeito pelas condições das pessoas, aqui (*sua produção artística*) tem várias pessoas de etnias diferentes também. (...) esses dias eu estava orientando uma mãe que ela tinha que usar o pijama do hospital ali na unidade. E ela era de uma igreja que só podia usar saia (*risos e comentários sobre o uso de saia*). Aí ela olhou assim pra mim: “ Ah, mas eu não posso usar calça!”. E daí, né?... Tu fica naquela... (...) Daí a gente tem que às vezes tentar. (...) Mas no fim não deu! (...) Então, às vezes, tu tens que abrir umas exceções, assim, que tu sabes que não...(..) então daí a gente teve que tentar adequar conforme ela.

E4 cita o diálogo, explicando que diálogo não significa uma pessoa falar e ao final perguntar se a outra entendeu, pois pode haver falta de comunicação e assim a educação em saúde não ser realizada de forma efetiva.

4.2.1 Discussão

As enfermeiras que atuam nas unidades de internação hospitalar reconhecem que a educação em saúde perpassa suas atividades diárias, denotada por meio de práticas educativas tais como orientações, informações, demonstrando a continuidade do cuidado em casa e demonstrações durante procedimentos técnicos mais específicos. Os modos de fazer educação em saúde remetem ao grupo e às orientações individuais na cabeceira do leito.

Gonçalves e Schier (2005, p. 276) já relatavam que “a despeito de todas as dificuldades para se desenvolver atividades educativas no âmbito da unidade de internação, sabe-se que é durante a hospitalização que melhor se pode desenvolver o processo ensino-aprendizagem pela própria vivência da realidade a ser trabalhada”. Assim, o momento das atividades rotineiras de procedimentos terapêuticos e de cuidados aos pacientes na unidade de internação torna-se propício para o desenvolvimento da educação em saúde.

Espinoza (2007) considera fundamental a questão educativa, o vislumbrar das enfermeiras junto ao usuário/cliente, suas expectativas relacionadas às ações educativas no cuidado durante a práxis hospitalar. Leopardi (2001) descreve a enfermagem como uma área do conhecimento que abrange atividades do cuidar, do gerenciar e do educar realizadas nos diferentes cenários onde exerce a sua prática profissional.

A despeito das enfermeiras desenvolverem a prática educativa no contexto hospitalar, segundo elas mesmas, a forma como esta educação em saúde é realizada influencia sua efetividade.

No discurso destes sujeitos pôde-se observar que o conhecimento científico é primordial para o desenvolvimento da educação em saúde. Isto pode ser influenciado por vários aspectos dentre eles destaca-se os modos diversos de prestar cuidado de enfermagem qual seja: o curativismo/biologicista e o modo dialógico emancipatório.

O primeiro apresenta uma visão biologicista da assistência hospitalar, como citado por Dal Pai, Schrank e Pedro (2006) ao afirmar que a construção histórica da assistência hospitalar como produção de cuidado ao corpo biológico, produzindo uma realidade onde o foco principal da atenção a saúde continua sendo o curativismo. Este referencial aplicado à educação em saúde visa transmitir informações que não compreendidas poderiam gerar uma interpretação deficiente do tratamento prescrito e dos cuidados de reabilitação, consequentemente, promovendo um tratamento ineficaz.

O segundo referencial aplicado à educação em saúde, apresenta uma visão dialógica que Dall’Agnol et al. (2007) descrevem servir como base no desenvolvimento de troca de saberes para promoção da saúde numa perspectiva que visa esta promoção, sensibilizando os

indivíduos para o autocuidado e, principalmente, desenvolvendo a capacidade da autonomia dos sujeitos para que possam, assim, decidir o curso de suas vidas.

Estas perspectivas trazem à discussão as possíveis estratégias pedagógicas utilizadas pelas enfermeiras para desenvolver a educação em saúde, e que foram identificadas no discurso das mesmas sob diversos enfoques. Segundo Reibnitz e Prado (2006), classificam-se em três as maneiras de ensinar: ensino convencional, ensino progressista e ensino libertador/criativo.

O ensino convencional é um modelo pedagógico em que as ações de ensino estão centradas na exposição de conhecimentos pelo professor (PEREIRA, 2003). Para área da saúde, Oliveira (2005) escreve que este modelo preventivo 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. Trata-se de um modelo tradicional que parece ser ainda bastante utilizado na educação em saúde em unidades de internação hospitalar, indicando a forma verticalizada de transmissão de conhecimento.

O ensino progressista segundo Pereira (2003) descreve que este se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de condicionar o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor. Nos discursos também se encontrou este modelo, mas de forma menos pronunciada.

Reibnitz e Prado (2006) descrevem a pedagogia crítica que envolve problematização, referindo que ensinar é oferecer oportunidades significativas que despertem no aprendente suas potencialidades e capacidades de reintervenção na realidade, valorizando as experiências de ambos num processo de construção. O ensino libertador/criativo é onde ocorre diálogo aberto, no qual muitas respostas surgem da realidade das pessoas, onde o educando é ativo, aprende fazendo e refletindo sobre o que faz. Pereira (2003) relata que este método de ensino se fundamenta na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto alunos quanto professor.

A educação em saúde pautada neste modelo, ou seja, do ensino libertador/criativo, é compreendida como um meio de trocar informações e de desenvolver uma visão crítica dos problemas de saúde e não um processo limitado de transmissão de informações, como nos traz Vila e Vila (2007). Neste, o paciente é sujeito ativo no processo de construção do conhecimento, cabendo ao enfermeiro a condução dos processos de ensino e aprendizagem pelo permanente desafio do raciocínio e pela integração de novos conhecimentos às experiências prévias.

Nos discursos das enfermeiras percebeu-se a prevalência de um modelo tradicional, em especial, relacionado à matriz da concepção de educação em saúde dos sujeitos. Entretanto, marcas discursivas denotam a tentativa dos sujeitos de desenvolver uma prática pautada no modelo crítico/emancipatório.

A utilização do termo “automático” para definir como se faz a educação em saúde no dia a dia pode sugerir que há consciência da importância dessas ações e que estão intrínsecas no cotidiano. Espinoza (2007) afirma que a enfermeira tem o compromisso ético-profissional de educar para a saúde no seu cotidiano e que as ações educativas da enfermeira são “inerentes” e indissociáveis do cuidado cotidiano da enfermagem.

O automatismo encontrado na enunciação dos sujeitos também pode indicar uma ação com pouca reflexão no momento em que é executada, num movimento acrítico em que são executadas tarefas de educação, gerando um automatismo. Para Reibnitz e Prado (2006), na Enfermagem, a pedagogia tradicional (acrítica) ainda é vigente e vem formando profissionais acríticos, dóceis e submissos que se acomodam ao sistema e servem aos interesses das classes hegemônicas.

Em várias enunciações das enfermeiras nota-se que há a consciência da adequação da educação em saúde à realidade e o princípio do modelo libertador/criativo freireano, pois referiram o respeito, avaliação e adequação da realidade do paciente. Entretanto, ao exporem como ocorre em sua realidade diária, deixam entrever que as diferentes formas de compreensão e culturas entram em conflito com a sua formação pessoal e profissional.

Horta et al. (2009), considera que a apropriação por parte das enfermeiras da temática referente ao modelo crítico é ainda incipiente e parece não ter reflexos na construção do empoderamento dos usuários. Oliveira (2005) caracteriza esse comportamento como uma dificuldade dos profissionais em superarem a abordagem individualista e acrítica que prima pela aquisição de habilidades individuais e de treinamento que levam as pessoas a aprenderem formas “adequadas” de pensar e fazer.

Espinoza (2007, p. 176) descreve que “o cenário hospitalar tem sido considerado como um ambiente poderosamente restritivo em termos de troca de experiência, negociação de saberes, práticas educativas dialógicas, relações horizontais de poder (popular-científico), e para a permanente troca que deveria acontecer entre as esferas do viver social e do viver institucional”.

Este dilema ético entre o discurso (teoria) e a prática das enfermeiras do estudo, somada às diferentes realidades e culturas dos pacientes, fazem os enfermeiros questionarem a eficácia de suas ações. Também os deixa com sensação de não conseguirem “educar” o

paciente, que este não “absorveu” o orientado ou que não tem condições de corresponder a essa orientação, seja por questões socioculturais, seja pela própria ansiedade de estar internado e estado de saúde influenciar o entendimento.

O questionamento das enfermeiras quanto à eficácia de suas ações de educação leva à reflexão de que estes devem repensar sua forma de fazer educação em saúde. Buscar rever seus conceitos, considerando a aceitação das crenças e cultura do outro e de realidades distintas. Tentar recorrer à criatividade e a dialogicidade para adequar o conhecimento científico com o que existe de real no mundo do paciente e trabalhar a aceitação de suas próprias limitações.

Donaduzzi (2009) pontua que as ações educativas desenvolvidas pelas enfermeiras têm oscilado, principalmente, entre uma prática higienista e tecnicista centrada na tendência pedagógica tradicional e um discurso aproximado com o referencial da pedagogia crítica. A autora encontrou essa aproximação no nível discursivo, não tendo identificado de forma pronunciada na prática. Este dilema ético entre o discurso (teoria) e a prática, encontrado nesta pesquisa e citado por Donaduzzi e outros autores descritos acima, vem caracterizar a existência de um momento de transição da prática de educação em saúde entre o tradicional e o emancipador.

Com base nos referenciais teóricos analisados, ressalta-se a necessidade de rever o processo formativo dos enfermeiros, tendo por base, a pedagogia crítica, a análise reflexiva, o diálogo, o envolvimento, o respeito e a conscientização. Percebe-se a importância da educação permanente como forma de contribuição aos enfermeiros que adotem o referencial participativo e problematizador para intermediar a relação entre teoria e prática dos profissionais de saúde.

4.3 Cotidiano de trabalho: limites e possibilidades para educação em saúde no contexto hospitalar

Com o objetivo de conhecer a realidade cotidiana, os limites e possibilidades da educação em saúde, bem como o entendimento desse tema por parte dos sujeitos, foram desenvolvidas as DCS Árvore do Conhecimento e Almanaque com as seguintes questões geradoras (QG) de debate: como você localiza a educação em saúde em sua prática cotidiana de cuidado? E o que você precisa para desenvolver a educação em saúde em seu cotidiano de cuidado no hospital? E como a desenvolve?

A partir da exposição das produções artísticas e do debate resultante destas, foi construída a terceira categoria de análise desta dissertação que aborda os limites e possibilidades para a realização de educação em saúde no cotidiano laboral das unidades de internação hospitalar.

Esta categoria, que será sustentada pelas enunciações dos sujeitos da pesquisa descritas a seguir, foi subdividida em três subcategorias: a importância do compromisso e do trabalho em equipe para o desenvolvimento da educação em saúde no contexto hospitalar; a influência das questões sócio-culturais no desenvolvimento da educação em saúde; e as questões institucionais e o tempo como fatores limitadores da prática de educação em saúde no contexto hospitalar.

4.3.1 A importância do compromisso e do trabalho em equipe.

E3 – (...) É /: o grupo de cuidadores. É feito uma reunião /: quinzenal, com os acompanhantes. (...) E /: é feito uma escadinha, as enfermeiras participam, cada vez uma, ah, ah /: que queira, né (*ênfatiza*)? Que esteja disposta (*ênfatiza*) também, que tenha disponibilidade para participar.

E3 enuncia que em sua unidade de trabalho é desenvolvido um grupo com os cuidadores/acompanhantes, quinzenalmente, em que os enfermeiros assistenciais da unidade participam conforme estejam dispostos e/ou tenham disponibilidade. Essa afirmativa sugere que os enfermeiros assistenciais não priorizam esta atividade em seu cotidiano.

Isto pode indicar que as enfermeiras enxergam outras atividades como prioridade e que o próprio sistema de saúde/instituição, quando não prevê número suficiente de profissionais para as unidades, também não reconhece como fundamental essa atividade.

Ressaltando a questão do compromisso com a atividade E10 enuncia:

E10 - (...) Primeiro eu tenho que ter amor no que eu faço. (...) eu (*ênfatiza*) querer fazer alguma coisa. (...) Eu tenho que ter compromisso (*ênfatiza*) no que eu vou fazer, no que eu vou me propor a fazer //:

Assim, ela aponta a necessidade de empenho pessoal, compromisso e amor ao que faz para desenvolver educação em saúde. Vê como sendo um compromisso que se propõe a fazer enquanto profissional comprometido com que faz.

Ao apresentar sua produção artística E10 ressalta o trabalho em equipe conforme segue:

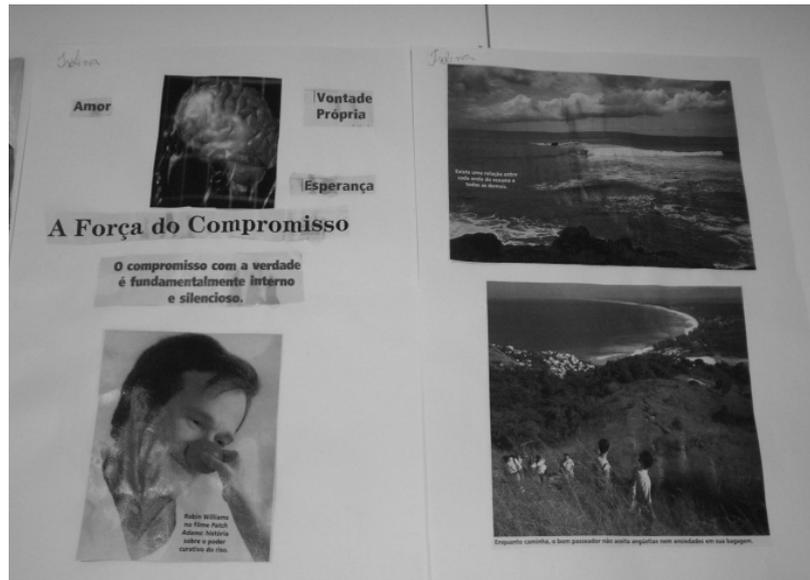


Figura 05: Produção artística de E10: Dinâmica Almanaque. Santa Maria. 2010.

E10 - (...) Então não vou conseguir trabalhar sozinha, né? Ninguém faz nada sozinho! Então pra gente formar /: o oceano todo tem que buscar que todo mundo trabalhe junto, né? (...) medicina, enfermagem, hã /: nutrição /: psicologia /: assistente social (...) E por último aqui, também, toda a equipe vendo, eu imaginei assim (*fala rindo*) /: agora essa figura toda equipe trabalhando junto e vendo o desenvolvimento de todo trabalho que fez, né? Todo... o grande oceano que se formou.

Sua produção contém uma gravura do mar com ondas batendo na rocha com a frase “existe uma relação entre cada onda do oceano e todas as demais”. Expressa que isso significa que ninguém faz nada sozinho, que é preciso buscar o trabalho em conjunto. E10 cita, como outros sujeitos, a necessidade do trabalho em equipe, característico da profissão de enfermagem e que se estende às demais profissões da saúde. Termina a exposição de sua produção artística explicando que a última figura (pessoas sobre o morro olhando o oceano) significa para ela toda a equipe multiprofissional vendo o desenvolvimento do trabalho realizado.

Já para E6 é necessário boa vontade e disposição, além do trabalho em equipe. Ela desenhou em sua produção um rosto em verde triste, significando que no trabalho em equipe nem sempre todos tem a mesma boa vontade.

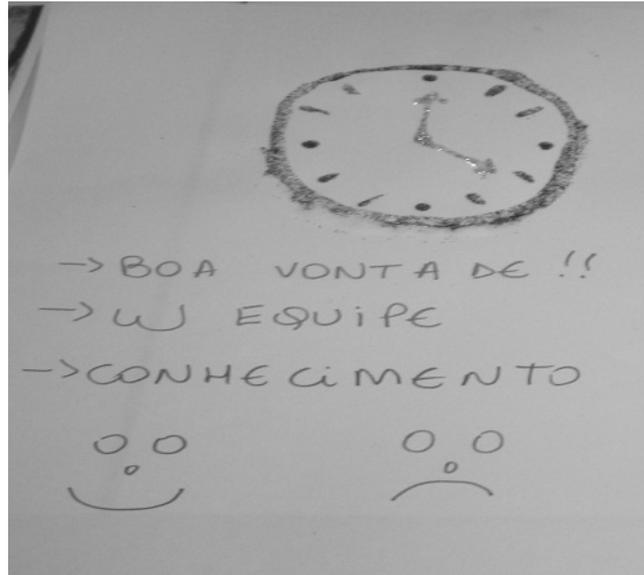


Figura 06: Parte da produção artística de E6: Dinâmica Almanaque. Santa Maria. 2010.

E6 - Boa vontade. (...) Trabalho em equipe eu coloquei em verde, porque o verde significa saúde e que /: hã é importante e ninguém faz nada sozinho. (...) E a carinha em verde que seria o trabalho em equipe que nem sempre tu tens aquela... a mesma boa vontade de todos os que são/: que fazem parte da equipe, pra ti poder desenvolver.

Por meio desse discurso E6 sugere que, para ela, muito da educação em saúde depende do próprio profissional e do trabalho realizado em equipe, pois segundo ela, ninguém faz nada sozinho.

E9 ratifica essa ideia de trabalho em equipe, parceria, troca de conhecimentos, o estímulo mútuo para que “a coisa ande”, para que se tenha resultado, conforme segue:

E9 - (...) Tem que estar sempre trabalhando em, em equipe, parceria //: hã, trocar conhecimento, troca conhecimento, troca de /: até de/: estímulo (*ênfatisa*)! Em relação a estímulo, estar estimulando os colegas e /: a equipe pra poder a coisa andar.

Em seu discurso E9 sugere o quanto a parceria estimula o fazer educação em saúde, potencializando resultados, pois em outros momentos relatou que em seu local de atuação as orientações e atividades de educação em saúde fazem parte do tratamento dos pacientes.

4.3.1.1 Discussão

No âmbito hospitalar, a enfermeira presta cuidado ao cliente de forma contínua e ininterrupta durante sua internação. Dentre estes cuidados a educação em saúde é utilizada

como uma importante ferramenta para promoção da saúde, reconhecida pelas enfermeiras. Entretanto, estas enfatizaram a necessidade do compromisso para que a atividade educativa se desenvolva de igual modo e com a mesma importância dos demais cuidados e das demais atividades como as de gerenciamento, por exemplo.

Almeida (1989) já trazia a questão da divisão do serviço de enfermagem em tarefas e procedimentos em que as técnicas e os princípios científicos são o instrumento de trabalho dominante, e onde o aumento das tecnologias e divisão do trabalho têm, também, aumentado as funções burocráticas da enfermeira.

Ceccin (2005) pontua que os profissionais enfermeiros encontram-se dentro de uma realidade de baixa disponibilidade de pessoal, de crescente especialização e da predominância da atuação hospitalar centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos. Com isso, as exigências de tempo para atuação na assistência e no gerenciamento tem se sobreposto ao tempo para o desenvolvimento da educação em saúde de forma consciente e transformadora.

Desta forma, nota-se uma divisão entre valorizar essa atividade e efetivamente praticá-la. Isto foi verbalizado quando relataram a necessidade de amor pelo que fazem, “estar disposta” e “querer fazer”, além da observação de necessitar disponibilidade, denotando que a valorização do fazer educação em saúde ainda é sobreposta pelas demais atividades.

As enfermeiras também destacaram a necessidade do trabalho em equipe para que haja efetividade, crescimento, continuidade e estímulo para educação em saúde, potencializando resultados e que isso nem sempre ocorre. Nesse sentido, entende-se que a equipe não pode ser a soma de várias pessoas com cada uma atuando apenas sobre o que parece ser de sua responsabilidade. Acredita-se que esta precisa se comprometer, convergindo para objetivos comuns, compondo a integralidade do cuidado em saúde (RAMOS 2009).

Costa, Enders e Menezes (2008) entendem que o trabalho em equipe multiprofissional deveria ser orientador para a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde com vistas a transformações. Assim, continuam as autoras, ao agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população, haveria uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem. Entretanto, os autores pontuam que o trabalho em equipe na saúde continua sendo desenvolvido de forma individualizada, com divisão de atribuições entre os profissionais sem que haja interação e compartilhamento de ações.

Portanto, entende-se que é necessário desenvolver um trabalho em equipe que origine uma construção coletiva das ações em saúde. Sabe-se que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas, visando troca de informações e busca de um

melhor plano de atuação, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo (FERREIRA, VARGA e SILVA, 2009).

4.3.2 A influência das questões socioculturais.

E4 - [...] Tem também a psicóloga que ajuda a orientar até /: coisas culturais às vezes que /: se tornam empecilho (*ênfatiza*) assim, no tratamento e que às vezes pode acontecer. (...) Assistente social também quando tem casos /: que tem que ser /: contatado, né, pra... (...) Então não adianta só o enfermeiro querer fazer tudo! (...) Então /: tem que ser todo mundo trabalhando junto /: para tentar fazer alguma coisa que de certo.

E4 ressalta as diferenças culturais e as questões sociais que, por vezes, se tornam empecilho ao tratamento e para tentar minimizá-las é necessário o trabalho em equipe. Pois o enfermeiro sozinho não consegue dar conta da educação em saúde, sendo necessária a participação dos demais profissionais de saúde, em busca da resolução dos problemas e do “dar certo”. Reflito sobre o que seria dar certo para ela. Seria a integração entre profissionais da saúde, paciente e familiar, visando a construção conjunta da promoção de saúde do paciente?

E6, polissemicamente, discute sobre as diferenças culturais:

E6 - Mas às vezes eu vejo como é difícil assim, ver /: outros hábitos, diferentes do nosso que a gente acha /: como é que uma pessoa vai fazer uma coisa dessas. (...) pra ele é normal aquilo ali. /: Tem hábitos diferentes do nosso que a gente acha um absurdo, né?

E6 pontua que é difícil conviver e aceitar hábitos diferentes dos que possui enquanto ser social e enfermeira. E6 reconhece que existem diferenças culturais e que é difícil realizar a mediação entre a sua cultura e a dos outros no dia a dia. Ressalta-se aqui o choque entre as diferenças culturais interferindo na comunicação entre pacientes/familiares e profissionais enfermeiros.

E3 - Tem que levar em consideração a cultura e coisa e tal. Hã /: pra nós também a questão da, da realidade daquelas pessoas, né? Não adianta tu querer orientar coisas que elas não vão ter condições de seguir!

E2 – E eu assim oh: a gente dá as orientações, né, mas /: sempre com alternativas. Eu pelo menos acho assim. Conforme a situação, tu acaba sugerindo algumas alternativas, né? (...) Se tu vais adquirir pra ti, absorver cada problema, tu ficas doente! [...] Porque todo dia tem uma história de chorar! Eu noto, ali, que todo dia

mesmo. (...) eu acho que sensibilidade todo mundo tem! Acontece que tu não consegues resolver os problemas, né?

Ainda nesse sentido, E3 aponta a importância de reconhecer as diferenças culturais e considerar a realidade de onde essas pessoas procedem.

E2 diz que ministra as orientações, mas sempre com alternativas, conforme a situação. Ao falar a palavra orientações, sugere estar cumprindo com seu dever e compartilhando seu conhecimento biomédico, mas, conforme a situação oferece alternativas ao sujeito para que possam ser seguidas na realidade em que vive. Entretanto, E2 admite que essa realidade, com muitos problemas sociais, gera sofrimento, chegando a afirmar, enfaticamente, que pode levar ao adoecimento do profissional, caso absorva os problemas dos pacientes.

Nesse discurso transparece a dificuldade de lidar com as diferenças sociais que dificultam a atuação do profissional a partir do corpo de conhecimentos que ele possui. E, também, o quanto a realidade social dos pacientes interfere no trabalho da enfermagem no momento da educação em saúde, sensibilizando-os.

E2 acredita que “sensibilidade todo mundo tem”, ou seja, a questão está em não poder resolver os problemas do outro, não ter a solução para eles. Conjectura-se que esse dilema trazido por E2 (e que foi citado no debate por E3, E5 e E6) é fator limitador e que repercute na realização de educação em saúde. Nesse sentido, o sofrimento causado pelo choque entre a realidade do paciente e os conceitos científicos e pessoais do profissional pode levar ao sentimento de frustração e desestímulo do profissional em desenvolver a educação em saúde.

E9 - (...) tu tem que ter objetivo com aquilo ali. Não adianta só despejar coisas porque /: realmente eles cansam de contar a história deles, a mesma história pra /: todas as pessoas. Então...

E9 lembra também que é importante ter objetivo ao fazer educação em saúde e que não adianta somente “despejar” informações. Essa consciência da importância do que se está fazendo e como se faz, sem estar cumprindo tarefas apenas é relevante. Nesse momento ficou em branco a questão de qual seria o objetivo da educação em saúde para os enfermeiros. Pelas colocações que seguem são diversas as formas de pensar educação em saúde, pois enquanto alguns sujeitos falam em transmissão de orientações, outros falam em construção do conhecimento a partir das condições do paciente.

E5 - Cansada! (*ênfatisa*) É. (...) No fazer, no fazer... Quando tu vêes que está chovendo no molhado, que tu vais mandar o paciente pra casa e que vais dar orientações que sabe que ele não vai cumprir, porque ele não tem condições

financeiras, ele não tem condições de higiene. (...) Então o que adianta a gente orientar aquela família se tem todo esse problema social? Então isso aí que dá um desgaste grande na gente...

E5 comenta, enfaticamente, que, muitas vezes, se sente cansada ao fazer educação em saúde, pois sente estar desperdiçando seu tempo por acreditar que o paciente não seguirá as orientações, tendo em vista que este não possui nem condições mínimas de higiene. Destaca-se em seu discurso o termo “cumprir com as orientações dadas” como uma tendência de atuação centrada no modelo tradicional de desenvolver educação em saúde.

E5 questiona a finalidade e efetividade das orientações visto que as condições sócio-econômicas da família dificultam/impedem a execução dos cuidados com o paciente após a alta. Nesse discurso podemos observar o desestímulo profissional e a sensação de impotência frente a essa realidade.

E4 também sinaliza desânimo como segue:

E4 - E que nem ela falou: muitas vezes, a gente desanima também! (...) Tu fala, conversa, gasta teu tempo lá, que tu dá disponibilizando para dar uma orientação. (...) aí tu vê, faz tudo... Chega no outro dia, a pessoa não mudou nada (*ênfatiza*) naquilo que tava fazendo (...) Aí assim, ó: a primeira reação né, tu querer, não...vou tirar tudo aquilo, não vou explicar mais nada, não vou falar mais nada, porque não sei o quê! Mas daí tu acabas vendo que no decorrer, às vezes demora um pouco mais, mas daí acabam entendendo, né? Mas não é fácil! (...) Mas às vezes até o jeito que a gente fala aquela pessoa não entende. (...) Tem que mostrar, tem que tirar... outros: conversa e já adianta. Então não é fácil! São realidades muito diferentes, também, que em casa é muito diferente (*ênfatiza*), vem para o ambiente hospitalar, a gente faz muitas cobranças (*ênfatiza*) ali.

E4 sinaliza as limitações que enfrenta no cotidiano relacionada a dificuldade de entendimento entre profissional e familiar e que isso se deve as diferentes realidades, causando desânimo. Frente a isso, a primeira reação é de desistir, mas que no decorrer, insistindo, as pessoas acabam entendendo. Reconhece que o ambiente hospitalar é muito diferente e que os pacientes necessitam de adaptação e, também, que há muitas cobranças por parte da equipe.

E9 dá continuidade ao debate, conforme as enunciações que seguem:

E9 - Eu acho que [...] que no dia a dia a gente se defronta com isso, né? E a gente tem que sempre estar conhecendo com quem tu estás falando. Por isso que a gente tem que ter essa comunicação, que, se é uma pessoa mais humilde...

E10 - É. Eu acho que essa é a realidade de todos.

Vários sujeitos como E9, E10, E7e E5 concordam que enfrentam essa realidade, sendo que E10 acredita ser a realidade de todos. E5 comenta que além do conhecimento, é

necessário adequar a linguagem para que a comunicação seja efetiva, fazendo sentido para outra pessoa.

E5 - (...) Não adianta tu querer conversar cientificamente e não passar nada! Eu acho que tu tens que conseguir (*ênfatiza*) transmitir o que tu quer dizer com as palavras que ele possa entender... (...) Hoje, nas unidades que eu trabalho, eu vejo: há uma evolução na compreensão deles. (...) no passado não existia! Então a gente vê que o conhecimento, né? (...) eles acabam ficando escolados. Isso é uma forma também de observar que eles estão absorvendo. Que assim como eles absorvem que o remédio passa a dor, eles vão absorver também teus [...] as tuas orientações.

Ao questionamento da pesquisadora de como é isso no dia a dia, E5 responde que é bem marcante, principalmente no sentido que percebe ser necessário um linguajar mais simples para que haja o entendimento. E5 lembra que tem percebido nos pacientes uma compreensão sobre o linguajar e as medicações utilizadas no hospital.

Destaca-se a expressão “absorver” como uma marca frequente no discurso dos sujeitos.

E E7 continua, expondo a importância do conhecimento prévio do paciente/educando:

E7 - Por isso a importância da gente já questionar no momento da internação, né? O que ele sabe da doença, o que o médico já conversou com ele e a partir daquilo ali (*ênfatiza*) sim, aí (*ênfatiza*) começar uma... não (*ênfatiza*) também uma avalanche de informações.

E9 - Começar com algumas orientações a partir daquilo que ele mostra pra gente. Que é a partir daquilo que ele vai crescer.

E7 refere que as orientações devem partir do que o paciente conhece. Começar o diálogo, sem “uma avalanche” de informações, após investigar qual o conhecimento do paciente. E9 concorda dizendo que a partir do que o paciente relata para a enfermagem que lhe é conhecido, que sabe, é que se começam as orientações e que assim ele crescerá.

Essas declarações são de sujeitos que vêm trabalhando a educação em saúde com certa ênfase e assiduidade, denotando que os profissionais que incorporam a educação em saúde em sua prática têm consciência do que seria ideal em uma metodologia ativa. Ou seja, que é importante investigar primeiro o que o paciente sabe e conferir sua realidade e a partir disto trabalhar a educação em saúde, considerando o paciente não apenas como uma “taça vazia que precisa ser enchida”.

Entretanto, paradoxalmente, outros sujeitos referiram acabar “despejando” informações pela falta de tempo, às vezes em lugares pouco adequados, o que dificulta a descoberta do conhecimento da realidade do paciente, conforme as enunciações que seguem:

E6 - Tu ter esse tempo pra conversar! (...) Só que muitas vezes, tu sente assim... é aquela correria, aí tu fala meia dúzia de palavras, daí /: tu não sabe se a pessoa te entendeu e aí tu diz: “depois eu volto” e não consegue dar aquele retorno...

E9 - De tu realmente ter esse tempo pra conversar. Pra saber de onde tu pode partir!

E5 - Muitas vezes tu chega na beira do leito e despeja o que tem que despejar e não nem tem nem um tempo pra perguntas ou...

E4 - (...) Outra coisa que eu botei que é importante, seria um lugar adequado. (...) muitas vezes tu está orientando um familiar e daí hã, é alguém querendo ver a pressão, criança chorando ou estão chamando pra um exame...

Também questionaram formas de ser no mundo diferentes de sua vivência cultural, o que causa choque com sua formação profissional e pessoal.

E6 - Mas às vezes eu vejo como é difícil assim, ver /: outros hábitos diferentes do nosso que a gente acha /: como é que uma pessoa vai fazer uma coisa dessas. Como é que a pessoa pode não escovar os dentes, não tomar banho, não ser um hábito?

E8 - É, tem pessoas que são assim: “ah, eu não suei, eu não vou tomar banho. Meu cabelo não está sujo!” E fica com aquele cabelo.... /: pra ele é normal aquilo ali. /: Tem hábitos diferentes do nosso que a gente acha um absurdo, né?

Questionou-se, então, como os sujeitos interconectavam as concepções expostas sobre adequar a educação em saúde à realidade dos pacientes e a desmotivação causada pela realidade sócio- econômica precária que por vezes impede de seguir com as orientações, ao que segue:

E10 - A minha experiência, (...) antes do paciente dar alta... tu faz uma visita domiciliar. (...) tem todo um cuidado [...] todo [...] do ambiente nosso: e agora em casa, né? Eu não posso ... Eu (*ênfatiza*) enquanto profissional, vou avaliar a casa do paciente, vou querer que ele tenha as mesmas condições que ele tem ali dentro (*do hospital*). Não tem como! Eu tenho que ir lá, avaliar e ver: o que eu posso fazer de acordo com o que ele tem, na realidade dele! (...)dentro do que ele pode, através do que ele tem, eu/: explicar pra ele o cuidado.

E10 responde que em sua experiência de visita domiciliar pré-alta, para avaliar as condições de cuidados em casa para evitar complicações e retorno ao hospital, avalia as condições apresentadas e verifica o que pode ser feito dentro da realidade que o paciente tem. Compreende que todo o cuidado observado no hospital nem sempre é possível em casa, então adapta à realidade do paciente.

Na continuidade do debate, citam que as diferenças culturais causam problemas até mesmo entre os próprios pacientes:

E4 - (...) Até às vezes isso gera conflito (*ênfatiza*) dentro do mesmo quarto, entre pacientes diferentes. Assim /: realidades completamente diferentes (*ênfatiza*), né.

Tem uns que a gente tem... as vezes/: tem um/: nível econômico melhor, são mais orientados, questão de higiene, deixam o quarto e tudo arrumadinho, limpinho. Pega outro do lado, que é uma bagunça (...) que tu vê que assim hã //: a higiene não é tão adequada, que as vezes tu tem que estar pedindo pra tomar banho...

E5 - Cada um é uma realidade!

E7 - É, tentar levar na esportiva, na verdade. Se tu tentar chegar numa forma de imposição (*ênfatiza*) tu não consegue nada! A verdade é essa!

E4 descreve que vê diferenças entre os pacientes e que estas podem causar conflito entre pacientes que internam juntos provenientes de realidades diferentes. Afirma que há necessidade do profissional adequar suas atitudes conforme as realidades e E5 comenta que cada pessoa que interna é uma realidade.

Retoma-se, portanto, a dificuldade de trabalho com culturas e realidades diferentes o que parece causar também diferentes reações nos profissionais. Esse dilema traduz o modo de pensar e sentir em nossa sociedade etnocêntrica e reflete nas ações de educação em saúde, mantendo a forma tradicional de prescrição de comportamentos, numa prática tecnicista que prima pelo conhecimento formal.

4.3.2.1 Discussão

Os sujeitos trouxeram para o contexto da produção artística a problemática das diferenças sócio-culturais vivenciadas no fazer educação em saúde que exige uma reconstrução de seus conceitos pessoais e profissionais.

Desse modo, o conceito de cultura está diretamente ligado ao conceito de cuidado e educação em saúde (Boehs, 2007), bem como a presença ou não de uma visão etnocêntrica, tão comum em nossa sociedade. Rocha (1994) define etnocentrismo como uma visão de mundo onde um grupo toma-se como o centro de tudo e os outros são pensados e sentidos por este grupo através de seus próprios valores modelos e definições do que é existência. O choque dessas diferenças sócio-culturais interfere na comunicação entre pacientes/familiares e profissionais enfermeiros bem como pode levar ao sofrimento de ambas as partes.

Kohlrausch e Rosa (1999) afirmam que a forma de assistir/educar em enfermagem reflete a visão de mundo da enfermeira, sua vinculação com os processos sociais, políticos e históricos e sua postura frente ao uso do conhecimento e divisão do saber, demonstrando claramente, na ação educativa, sua ideologia.

Quanto maiores as diferenças entre as crenças e valores do profissional e do paciente maiores serão os signos de conflitos e estes conflitos interferem na utilização de ações e cuidados propostos (MICHEL et al., 2010).

O discurso dos sujeitos demonstrou que diversas são as formas de pensar e fazer educação em saúde no âmbito hospitalar, pois enquanto alguns sujeitos enfocam transmissão de orientações que primam pelo conhecimento científico, outros apontam para a construção do conhecimento, partindo das condições e da realidade do paciente. Assim, percebeu-se que a realidade diferente dos pacientes interfere no modo de ser e agir dos profissionais na prática de educação em saúde. Isto denota a dificuldade de lidar com as diferenças do outro e leva ao desestímulo na realização dessas ações.

Boehs (2007) refere que a própria liberdade das pessoas está cerceada por imperativos de origens institucionais e culturais, visando à manutenção da saúde. A autora notou em sua pesquisa que, embora muitos profissionais tenham mencionado que se deveria levar em conta a cultura do usuário, afirmavam, ao mesmo tempo, que o usuário tinha estilos de vida inadequados e que precisavam ser corrigidos. Espinoza (2007) e Donaduzzi (2009) também encontraram em suas pesquisas um discurso que exprime o desejo e consciência do uso de modelo pedagógico que respeita a realidade do cliente, e, ao mesmo tempo, denotam uma prática prescritiva e biomédica tradicional.

Teixeira e Ferreira (2009) relatam que estar sob o domínio da instituição hospitalar leva tanto a equipe quanto o cliente a se verem em padrões seletivos e normativos, que mantém a fronteira entre o sistema popular e o profissional de cuidado. A assistência sustentada no modelo tradicional (biomédico) funciona como o opressor que normatiza e prescreve condutas, e o cliente, ao aceitá-las acomoda-se. As autoras refletem que a possibilidade da construção compartilhada do saber, tendo a barreira cultural, se torna mais difícil. Assim, o processo de educação em saúde fica prejudicado, pouco efetivo, causa angústia nos profissionais e, conseqüentemente, é menos valorizado.

Nesse sentido, entende-se que há necessidade de ampliação do entendimento de profissionais enfermeiros em que a efetividade no processo educativo depende da capacidade do educador em conseguir entender a leitura do mundo feita pelo educando e, a partir dessa leitura, ampliar seu conhecimento, levando o educando a ter uma visão crítica (TEIXEIRA e FERREIRA, 2009). A partir do reconhecimento de que os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta de suas vivências, diferentemente daquela vivida pelo profissional e nem por isso são melhores ou piores, apenas diferentes, assim como as condições sociais.

Nesta aproximação, o ser humano profissional e o ser humano cliente/usuário seriam ambos fortalecidos como agentes que percebem e elaboram símbolos e significados, comunicam, negociam e inter(agem) perspectivas educacionais para mudar a si e as suas

realidades, diante das demandas e dos enfrentamentos necessários ao complexo processo de educar em saúde (BOHES, 2007)

Michel et al. (2010) relatam que os enfermeiros, conhecendo a diversidade cultural podem favorecer um cuidado significativo e efetivo às pessoas. O reconhecimento dos fatores que influenciam fornece subsídios que possibilitam o cuidado de forma congruente e satisfatório, na medida em que valoriza a diversidade de contextos culturais. O desafio do enfermeiro é conhecer criativamente, combinar as práticas de enfermagem profissional com a realidade do cliente (Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt, 2007).

Assim, o profissional precisa reconhecer como válidas as diferentes realidades, construindo o conhecimento em um movimento dialético de compartilhar de saberes. Este movimento reconhece que o conhecimento não é algo dado, mas construído em um processo que implica dialogicidade, articulando o saber do senso comum e o saber científico. Com isso, o sofrimento do profissional enfermeiro poderá diminuir e o processo de educação em saúde alcançará sucesso, contribuindo com o empoderamento de ambos, pacientes e profissionais.

4.3.3 As questões institucionais e o tempo como fatores implicados na prática de educação em saúde no contexto hospitalar

As questões institucionais e o tempo estiveram presentes nas enunciações como fatores que tem limitado e/ou dificultado a prática de educação em saúde em unidades de internação, conforme segue:

E2 - Um exemplo ali no andar: nós tínhamos um grupo de pacientes que funcionava uma vez na semana, se não me engano, quando eu entrei aqui no hospital. A gente ficava em duas enfermeiras, uma assumia o grupo, ia pra lá e ficava uma hora de conversa. Hoje não existe (*ênfatiza*) mais o grupo. Porque a gente começou a ficar uma enfermeira no turno e tu não consegues dispor dessa uma hora (*ênfatiza*) pra ir, sentar e conversar! A gente tentou! Mas daí eu começava a falar um assunto e me chamavam na porta! Eu começava (*ênfatiza*) outro assunto, me chamavam na porta! Daí a gente parou com o grupo! (...) A orientação a gente dá à beira do leito. No dia a dia. (...) mas isso assim! (*bem ênfática*) (...) Às vezes tem alguma (*paciente*) que tu não passa, que eu (*ênfatiza*) não consigo passar numa tarde num quarto. Então não é como a gente gostaria (*ênfatiza*), aquele grande grupo, que tu dá todas as orientações que elas precisariam né? Que eu acho que seria muito mais eficaz (*ênfatiza*) se a gente conseguisse fazer isso.

E2 relata sobre um grupo de orientação que existia, anteriormente, na unidade em que trabalha e que não existe mais. O motivo de ter terminado, segundo E2, seria pela diminuição do número de enfermeiras por turno na unidade. Assim, a realidade descrita por ela é que o profissional não consegue dispor do tempo necessário para realização do grupo de educação

em saúde. Que houve a tentativa de continuação do grupo, mas que durante este, eram interrompidas a todo o momento para, supõe-se, resolver problemas da unidade, o que inviabilizou sua realização.

Considerando as colocações de E2, reflete-se: qual é a valorização dada pelo profissional e pela equipe a essa atividade? Qual é a política institucional e a valorização dada às ações educativas realizadas por enfermeiros? Como os profissionais enfermeiros as tem executado? Se de forma individual, se há ou não continuidade pela enfermeira do próximo turno?

A enunciação a seguir nos indica que o trabalho parece ser fragmentado:

E2 - (...) É aquela coisa que tu vais fazendo conforme, vem vindo! Tu vais... Tu não consegues chegar no teu turno e te programar: eu vou fazer isso, aquilo, aquele outro e aquele outro. Não! Tu vais fazendo conforme vai surgindo, tu não tem...

E5 - Vai apagando fogo. *-interrompe E5, rindo*

E2 fala em tom de voz mais elevado, denotando que essa questão a angustia. Diz que vai fazendo as atividades conforme elas surgem, sem um planejamento prévio, ao que E5 denomina de apagar fogo e o debate continua:

E5 - Muitas vezes tu chega na beira do leito e despeja (*ênfatiza*) o que tem que despejar e não tem nem um tempo para perguntas ou... # *-interrompida por E2-*.

E2 - E às vezes, o que o paciente queria escutar era outra coisa, outra dúvida que ele tem. Nem é (*ênfatiza*) aquilo que tu está dizendo ali! – (*o diálogo acima foi todo de forma “acalorada”*)- (...) Isso é uma coisa que eu falo desde o início já. Que eu acho que a gente não faz como a gente gostaria (*ênfatiza*) de fazer. (...) Tu vais fazendo a orientação conforme vai surgindo ali, no decorrer do teu /: do teu plantão. Um te pergunta uma coisa, outro outra, e ali tu vai, né?

E5 concorda ao relatar que muitas vezes “despeja” as orientações como num cumprimento de tarefa e E2 complementa, dizendo que às vezes o paciente queria escutar outra coisa, outra dúvida e não o que se está dizendo no momento.

Essas afirmações apontam que a educação em saúde tem sido realizada no dia a dia em unidades de internação sob a égide do pouco tempo e do que entendido como necessário pelos profissionais, sem a possibilidade de planejamento e de tempo dedicado exclusivamente para esta atividade, em detrimento da qualidade e da dialogicidade.

A partir desses relatos foi questionado aos sujeitos quais seriam os principais problemas, dificuldades e/ou desafios para o fazer educação em saúde em unidades de internação, ao que responderam:

E9 - É tempo! Acho assim ó, que a gente trabalha (...) muitas vezes fica complicado (*ênfatiza*) a gente fazer educação em saúde hã //: do jeito que a gente gostaria! A E2, eu concordo com ela, a gente sempre está fazendo educação em saúde, hã, mesmo não, não assim /: parece... não é uma coisa //: percebida! A gente sempre está fazendo! Só que a gente poderia fazer muito (*ênfatiza*) melhor se tivesse /: hã //: mais focado (*ênfatiza*). Acho que até /: a própria filosofia da instituição tivesse... hã //: direcionado isso! Tu ter um tempo pra fazer também. (...) Então, às vezes [...] pra mim (*ênfatiza*) às vezes... falta, falta de tempo!

E2 - Eu concordo também!

E9 - Às vezes o tempo é tão (*ênfatiza, dizendo essa palavra num suspiro*) corrido no dia a dia que tu só apaga fogo! (...) Tu nem fala às vezes direito com o colega e nem com [...] muito menos com o paciente. Então, acho que... É um grande desafio! Claro que, junto com isso vem a minha motivação, o meu estímulo, eu tenho que querer também.

E9 é rápida ao responder com a palavra tempo, esclarece que, muitas vezes, fica complicado realizar a educação em saúde como gostaria. Que assim como E2 relatou, acredita que sempre se está fazendo educação em saúde, mesmo que isso não seja percebido pelos outros. Entretanto, acredita que poderia ser melhor desenvolvida se tivesse uma filosofia institucional, direcionando essas ações, com o que concorda E2.

E9 continua sua fala, metaforicamente, dizendo que só “apaga fogo”, pois muitas vezes, no dia a dia, o tempo é muito corrido e quase não consegue falar com os colegas e menos ainda com os pacientes. Acrescenta que isso é um grande desafio, pois além do tempo é preciso ter motivação e estímulo.

Assim, percebe-se que a educação em saúde no cotidiano do enfermeiro que atua em unidades de internação é limitada pelo tempo, pela falta de pessoal, pela falta de organização do trabalho e é, ainda, regulada, pelo interesse ou não do enfermeiro em realizá-la. Os enfermeiros dão prioridade a outras atividades. Questiona-se aqui se a organização do trabalho com o planejamento e a distribuição de tarefas de menor complexidade aos demais membros da equipe não possibilitaria ao enfermeiro tempo para a atividade de educação em saúde?

E9 faz um comentário sobre o modo como desenvolve a educação em saúde que movimenta o debate:

E9 - E não é tão explícito (*ênfatiza*)! Às vezes nem aparece. (*burburinho geral*)

E9, ao relatar que realiza educação em saúde, muitas vezes, de forma tão implícita aos cuidados de enfermagem que nem aparece, provocou comentários diversos entre os sujeitos, demonstrando que é uma realidade que todos vivenciam e concordam.

E2 - Não como a gente gostaria!

E6 coloca que ter o tempo de conversar é bastante importante para ela, relatando que sente falta de uma disponibilidade de maior número de pessoal.

E6 – (...) Tu ter esse tempo pra conversar! Se tivesse mais /: funcionários... Tu faria aquilo ali assim... eu teria prazer (*ênfatiza*) de dar informações e coisa. Só que muitas vezes tu sente assim... é aquela correria, aí tu fala meia dúzia de palavras, daí /: tu não sabe se a pessoa te entendeu e aí tu diz: “depois eu volto aí”, daí não consegue dar aquele retorno (*diz esta frase falando num fôlego só*). Isso é uma coisa que me angustia, sabe.

E6 comenta que muitas vezes o tempo é de “correria”, sem oportunizar diálogo e esclarecimento de dúvidas. Esse depoimento sugere que questões sobre o que compete ao enfermeiro bem como a organização do trabalho e o número de profissionais, conforme as atividades que devem ser desempenhadas devam ser trabalhadas na instituição. Também aponta que os enfermeiros têm sofrido com essa situação por entenderem que nem sempre realizam a educação em saúde do jeito que gostariam, que entendem como sendo a melhor forma.

E9 relata sua experiência, como segue na enunciação abaixo:

E9 - Acho que a minha experiência um pouco... também /: a beira leito a gente vai, aproveita, faz, (...) e também tem os pacientes externos que a gente atende em ambulatório. Então a gente faz muuuita educação em saúde nas... Daí sim! Tem um tempo realmente para sentar pra conversar com o paciente. (...) Então ali que tu consegue realmente fazer. Daí que eu vejo a diferença como seria se realmente a gente tivesse, todos tivessem #

E5 - As condições ideais.

E9 - [...] as condições e nós... e a gente tivesse pra todos os pacientes assim!

E9 expõe sua experiência em fazer educação em saúde com os pacientes externos, ambulatoriais, salientando que realmente consegue fazer educação em saúde neste cenário por ter tempo para conversar com eles. E9 enfatiza a palavra “muuuita” educação em saúde, dando a entender que é neste contexto que se realiza fazendo educação em saúde. Assim, consegue notar a diferença de como seria se o profissional na unidade de internação tivesse as mesmas condições para esta atividade.

E5 complementa, mencionando o que considera as condições ideais. Questiona-se o que E9 chama de realmente fazer educação em saúde e quais as condições ideais referidas por E5?

A questão de se tratar de um hospital escola é referida por E5:

E5 - Essa é uma situação, que eu acho que é geral, né? Geral em todos os hospitais. Só que o nós, como um hospital escola deveria ser diferente dos outros, né? Deveria ter uma preocupação maior com essa questão de ter as condições de...

E5 acredita ser geral essa situação nos hospitais, mas por ser um hospital escola deveria ser diferente com uma maior preocupação em dar condições de desenvolver a educação em saúde. Acredita-se que em um hospital escola as atividades de enfermagem deveriam ser integradas com as de ensino, oportunizando trocas, um maior número de pessoas com um mesmo objetivo: o cuidado.

E7, partindo de sua produção artística (PA), apresentada a seguir, descreve o que precisa para realizar a educação em saúde:

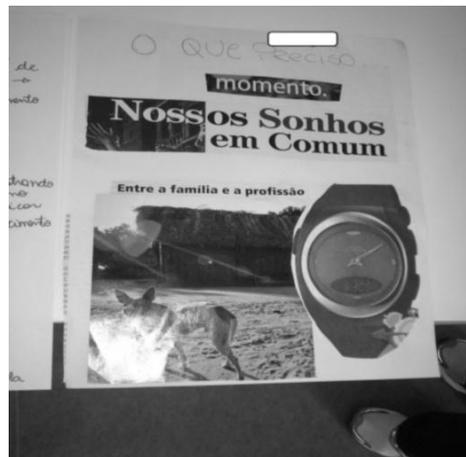


Figura 07: Parte da produção artística de E7: Dinâmica Almanaque. Santa Maria. 2010.

E7 - (...) Que preciso para desenvolver: coloquei um relógio porque precisamos de tempo! Infelizmente, nossos pacientes são pacientes complexos (...) que demandam muita //: atenção nossa. E isso, muitas vezes, depende tempo (*ênfatiza*) para que a gente possa disponibilizar esse tempo para fazer as orientações e para escutá-lo (*ênfatiza*) também. (...) Embora, como eu já disse, o tempo é meio //: complicado de a gente tentar /: hã, priorizar, mas algumas coisas são essenciais. (...) ficou muito difícil /: a profissão, entre a família e a profissão, porque /: na verdade, eu particularmente, tenho atividades fora do meu expediente, (...) para fazer orientações pra pacientes, (...). Então isso requer tempo também! Então a gente deixa, muitas vezes, a família para //: hã, para fazer essa /: essas coisas que são os nossos sonhos, né? A nossa profissão.

E7 também salienta o tempo como algo necessário para desenvolver a educação em saúde, tendo colado a figura de um relógio em sua produção artística. Ao lado, e antecedendo-o, colou uma figura que diz “entre a família e a profissão”, explicando que ficou difícil essa relação no momento em que, para realizar algumas atividades de educação em saúde, utiliza

seu tempo fora do horário de serviço, em detrimento de seus momentos com a família. Isto para poder realizar atividades que define como “nossos sonhos, nossa profissão”.

Destaca-se a satisfação em realizar educação em saúde, mas ao mesmo tempo, a dificuldade de inseri-la na rotina diária dentro do seu horário de serviço, levando a um dilema que divide o indivíduo entre seus sonhos enquanto profissional e seus momentos familiares.

A seguir a produção artística de E2:

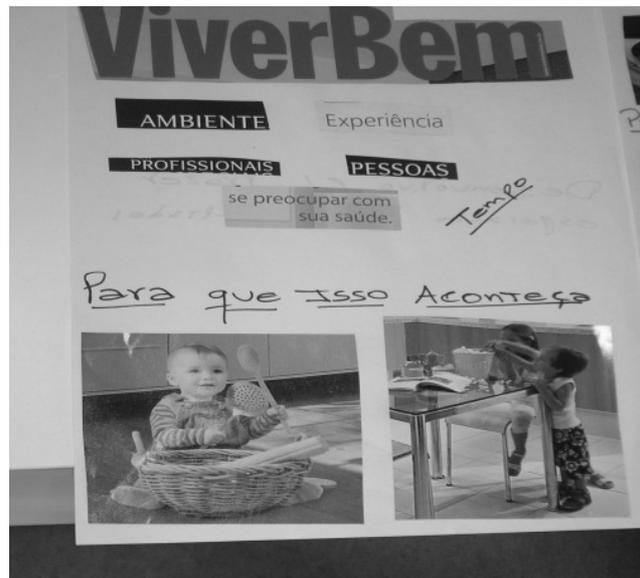


Figura 08: Produção artística de E2: Dinâmica Almanaque. Santa Maria. 2010.

E2 expõe sua produção artística, destacando as palavras que colou no início: “viver bem”. Relata que tem que estar bem, chegar bem humorada para poder fazer educação em saúde. Acrescenta que primeiro pensou na questão do tempo ao se perguntar o que precisava para desenvolver educação em saúde no cotidiano. A palavra tempo foi escrita de próprio punho na sua produção. Refere questionar-se bastante quanto a isso por achar que não tem tempo para realizar educação em saúde como gostaria. Novamente se reafirma a posição dos sujeitos quanto a necessidade de tempo e de não realizarem educação em saúde como gostariam.

Na enunciação que segue percebe-se que o limite do tempo pode influenciar, inclusive, o modelo pedagógico utilizado pelos profissionais para educação em saúde:

E7 - Eu gostaria de disponibilizar no mínimo 40 minutos por dia pra fazer isso.

E2 - Pra ti parar e fazer isso!

E7 - Agora, com internações, pacientes subindo do bloco, paciente grave na unidade e com unidade cheia fica meio complicado! #

E9 - E ainda com a equipe pra coordenar e manutenção pra fazer (*se refere a manutenção da estrutura e equipamentos*).

E7 - [...] São essas coisas que nos /: impossibilitam, muitas vezes, de executar as tarefas (*se refere as que entende ser do enfermeiro*) hãm /: de forma hãm que [...] como nós gostaríamos.

E2 - Como gostaríamos! Como deveria (*ênfatiza*) ser, né?

E9 - Acho que é a experiência de todo mundo, né? Muitas (*ênfatiza*) vezes não dá (*ênfatiza*) tempo. (...) Porque existem as prioridades, às vezes, o paciente é questão de vida ou morte, né, e tu tem que estar apagando fogo (*ênfatiza*) e daí tu deixa [...] às vezes te perguntam e tu não pode responder. Diz: “só espera um pouquinho” e esse espera um pouquinho fica... Ou, às vezes, tu está cumprindo a carga horária de outro colega que está de férias, está de folga ou de atestado, tu também ///: cansa!

E7 comenta que gostaria de disponibilizar no mínimo 40 minutos por dia para educação em saúde, no que E2 concorda dizendo que esse tempo seria bom para poder parar outras atividades e realizar a educação em saúde. E7 continua contando sua realidade diária de cuidados que tem complicado a possibilidade de ter tempo para realizar a educação em saúde. E9 complementa que além das atividades diárias de cuidados, as atividades de gerenciamento como a coordenação da equipe e as atividades de manutenção da estrutura e equipamentos, também comprometem o tempo do enfermeiro.

E7 afirma que essas atividades, falando de forma a entender não serem primordialmente do enfermeiro, é que muitas vezes impossibilitam de executar as tarefas (que entende ser do enfermeiro) como gostaria.

Quanto à execução de tarefas que não são atividades de enfermagem cita-se a enunciação de E2:

E2 - [...] uma semana inteira, um dia atrás do outro, assim, as pacientes internaram pra cirurgia e o médico não pedia a sala do bloco. Daí todas (*ênfatiza*) as tardes eu tinha... eu ligava pra... [...] e dizia pra ele, aí ele pedia a sala. E a vontade que eu tinha era de não (*ênfatiza*) avisar /: e deixar! Só que eu pensava: o paciente não vai (*ênfatiza*) fazer a cirurgia. Mas porque que a gente tem que se preocupar com tudo isso que não é... não seria a minha função? (...) Mas a gente... Eu (*ênfatiza*) não consigo! Daí tu acaba... (...) deixando de fazer o teu serviço pra fazer o do outro às vezes, né? (...) Quer dizer, eu deixo de fazer, muitas vezes, por estar resolvendo problema da psicóloga, da assistente social //: né?

E4 - É que, eu acho que acontece, como a gente está ali 24 horas, a visão que a gente tem é bem maior que as outras profissões. Então, a gente olha a nossa parte, específica de enfermagem, mas olha toda essa outra parte do paciente. Então, muitas vezes, a gente enxerga coisas que, às vezes... e, e tu assume áreas, vem falar... os pacientes falam coisas que, muitas vezes, os outros profissionais não sabem, né? Então tu #

E5 - é um tempo, um tempo precioso, né? Tu acaba acumulando. Acumulando as coisas...

E2 comenta sobre situações do dia a dia em que tem de desenvolver atividades e tomar atitudes que não seriam primariamente de sua responsabilidade em benefício dos pacientes e do próprio funcionamento da instituição. Questiona que não deveria assumir isso, mas que não consegue deixar e acaba fazendo, em prejuízo de seu próprio serviço, como por exemplo, da educação em saúde.

E4 comenta que o fato da enfermagem estar em contato direto com o paciente, ou pelo menos disponível 24 horas por dia leva a uma visão mais geral e abrangente do que acontece no ambiente hospitalar em relação as demais profissões, além de maior oportunidade dos pacientes exporem fatos e situações à enfermagem. Isso leva à sobrecarga de tarefas, como exposto por E5, com realização de atividades que não são suas em decorrência de outros profissionais não as executarem e o paciente precisar.

E9 - (...) Eu, o que me move trabalhar (*ênfatiza*) é assim ó: pensando no paciente! Muitas vezes tu entra //: na, na, na parte do médico, do nutricionista, do fisioterapeuta, do psicólogo... (...) muitas vezes a gente dá (*ênfatiza*) orientações que não (*ênfatiza*) seriam da enfermagem, mas a gente sempre... A gente tenta empurrar, muitas vezes, mas não é feito. Então a gente acaba /: assumindo mais, né... mais#

E10 - É. A gente assume tudo, né? No fim da história.

E9 - (...) o paciente que precisa (*ênfatiza*)! É ele o foco de tudo (*ênfatiza*)!

E10 - O foco ... É!

E9 atribui o pensar no paciente como aquilo que a move para o trabalho. Expressa que, muitas vezes, acredita “entrar” em outras áreas, mas que o faz pensando no benefício ao paciente. Que tenta repassar aos outros profissionais as necessidades dos pacientes, mas quando não é atendida, acaba desempenhando esse papel, assumindo mais essa tarefa.

E10 corrobora, dizendo que a enfermagem assume tudo no fim da história, em prol do paciente, para quem E9, metaforicamente, identifica como sendo o “foco de tudo”, enfatizando bem essa colocação e tendo a concordância de E10.

Assim, o discurso dos sujeitos encontra-se marcado pela sobrecarga de atividades, algumas nem sempre exclusivamente específicas da enfermagem, pela falta de pessoal, e pela própria dificuldade de identificação pelos enfermeiros de quais são, realmente, suas atividades.

E4 ressalta que também é importante ter um local adequado para educação em saúde, pois, muitas vezes, esta é realizada em enfermarias:

E4 - (...) Outra coisa que eu botei que é importante, seria um lugar adequado. Que muitas vezes a gente faz na enfermaria, no leito. (...) Mas assim, quando tu queres fazer uma coisa mais reservada, muitas vezes tu está orientando um familiar e daí hã, é alguém querendo ver a pressão, a criança chorando ou estão chamando para um exame... (...) é /: apita bomba, tu acaba se envolvendo com outras coisas, também.

E4 entende que a enfermaria não é um local adequado, pois há interrupções como bombas de infusão que apitam, outros pacientes que são chamados para exames, funcionários que entram para realização de procedimentos de rotina, dando a entender que essas interrupções atrapalham o diálogo. Expõe essa necessidade em sua produção artística por meio da gravura de uma sala com a frase impressa: “O amarelo propaga as características da luz, transmitindo otimismo”.

E2 - (...) Eu preciso de um ambiente, que foi o que a E4 já falou, um ambiente adequado que não é //: na beira do leito, em qualquer lugar que eu posso fazer isso!

E2 concorda com E4, descrevendo as palavras que colou na produção artística como ambiente, referindo-se a um ambiente adequado, lembrando que nem sempre pode ser à beira do leito ou em qualquer lugar. Dessa forma, os sujeitos sinalizam para valorização da individualidade do paciente e familiar. Que algumas orientações podem ser fornecidas à beira do leito, mas que é necessário um lugar reservado para conversas mais específicas ou quando o ambiente está muito agitado. A disponibilização de uma sala propícia para esta finalidade demonstraria a importância dada às ações de educação em saúde.

Outro destaque dado pelos sujeitos foi quanto à incorporação do lúdico na realização da educação em saúde:



Figura 09: Produção artística de E4: Dinâmica Almanaque. Santa Maria. 2010.

E4 - E outra coisa que eu também botei, foi o lúdico, que pra nós é bastante importante. (...) Eu acho que qualquer /: coisa que a gente vai fazer, então, tu está procurando, por exemplo, uma dinâmica, um trabalho em grupo, uma brincadeira, vai ajudar a assimilar melhor as coisas. E a demonstração também! (...) Que, muitas vezes, a gente orienta e só falando não adianta!

E4 acredita que brincar é fundamental, bem como a utilização de dinâmicas, brincadeiras e trabalho em grupo para melhor assimilação das ideias, além da demonstração como ferramenta no processo. Estratégias lúdicas vêm ao encontro de metodologias ativas e o reconhecimento de sua eficácia pelo profissional vem demonstrar a necessidade da própria instituição prever esse tipo de atividade em suas dependências.

Já E9 ressalta a necessidade de organização, para o que colou a figura de uma caixa de ferramentas em sua produção:

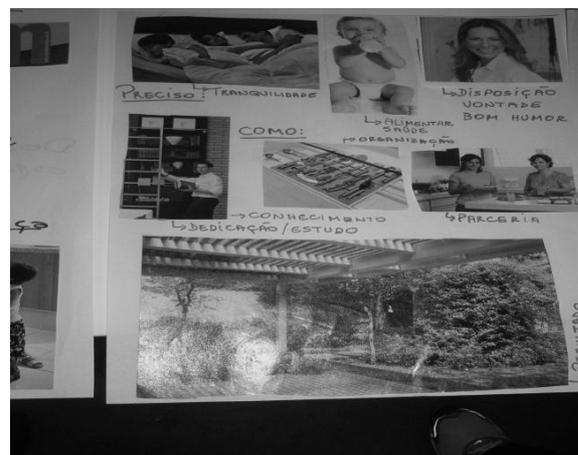


Figura 10: Produção artística de E9: Dinâmica Almanaque. Santa Maria. 2010.

E9 - Isso daqui (*rindo*), um monte de ferramentas, daí em termos de organização! E eu, pra poder fazer alguma coisa, tenho que me organizar (*ênfatisa*)! (...) Claro que

tem as intercorrências que, às vezes, tu não consegue fazer daquele jeito! Mas de certa forma tu te organiza pra poder /: hãhã /: dentro de 6 horas dar conta daquilo que tu precisa fazer.

E9 descreve que é importante se organizar, mesmo que saiba da possibilidade de intercorrências e da impossibilidade de cumprir com o planejado. Que é necessário organizar-se para poder dar conta das tarefas em 6 horas de serviço. É o primeiro sujeito que cita, explicitamente, a organização do trabalho como fundamental para realização da educação em saúde. Este sujeito trabalha em uma unidade especializada, onde a educação em saúde já é inerente às atividades do serviço há um bom tempo.

4.3.3.1 Discussão

Gonçalves e Schier (2005, p. 276) destacam que o momento da assistência é um dos momentos propícios para desenvolver ações educativas em meio às atividades rotineiras de procedimentos terapêuticos e de cuidados aos pacientes na unidade de internação, Assim como Vila e Vila (2007), apontam que o enfermeiro possui uma prática intimamente ligada às intervenções educativas, levando em consideração a recuperação, prevenção e as necessidades de ensino do paciente.

Percebe-se no discurso dos sujeitos que as enfermeiras sentem-se realizadas por meio da atividade educativa e gratificadas ao cuidar-educando, pois é uma satisfação inerente ao cliente, quando elas oferecem ajuda ao outro. Entretanto, elas têm dificuldade de inserir essa atividade em sua rotina diária de serviço, o que as angustia e causa sofrimento.

As enfermeiras, sujeitos deste estudo, reconhecem a importância da educação em saúde, porém, em seu discurso, a educação em saúde não aparece como prioridade, sendo substituída por outras atividades realizadas pelas enfermeiras. Elas relatam não ter tempo para educação, sobrepondo outras atividades cotidianas da unidade de internação em detrimento da educação em saúde. Isto tem levado a um dilema entre que atividades devem ser priorizadas. E, assim, acabam por priorizar as atividades, tradicionalmente hospitalares, como assistência e gerenciamento.

Ao mesmo tempo em que expressam não ter tempo para a educação em saúde, elas assumem desenvolver atividades inerentes a outros profissionais e que, por sentirem-se muito próximas e responsáveis pelo bem estar dos pacientes, acabam desempenhando papéis que não são seus.

Radünz (1999, p.91) enfatiza que precisamos aprender a estabelecer prioridades, isto é, dizer não para inúmeras tarefas, funções, papéis, que, muitas vezes, nos dizem que as

enfermeiras é que tem de executar. Salienta, ainda, a importância do uso racional do tempo. Concordando com a autora, deve-se buscar dedicar esse tempo às pessoas ou clientes de nossa rede de suporte na unidade hospitalar desenvolvendo atividades que são relativas à atuação profissional. Destaca-se aqui que as enfermeiras estão expostas a várias cargas de trabalho no seu cotidiano, muitas vezes, distanciando-se de seu objeto de trabalho – o paciente.

Essas atividades, muitas vezes, parecem configurar o enfermeiro como um “faz-tudo”, visto que “se envolvem com atividades que vão desde orientação da limpeza, controle de roupas e conservação dos utensílios até as atividades identificadas como complementares ao ato médico” (Backes et al., 2008, p. 324). As autoras, ainda, identificam que o enfermeiro tem centrado suas atividades em questões burocráticas e organizacionais que terminam por facilitar o trabalho dos outros profissionais, distanciando-se de “sua função principal, que é a assistência ao paciente a partir das suas necessidades específicas”, dentre elas a educação em saúde.

Em relação às condições de trabalho, vários foram os aspectos abordados, dentre eles, a necessidade de um local adequado para realização da educação em saúde, respeitando a privacidade do cliente e possibilitando ao profissional dedicar sua atenção à essa atividade. Esses espaços são pouco pensados na composição hospitalar, levando-se em consideração que a estrutura organizacional do hospital ainda prima pelo modelo biomédico, centrado na doença, na clínica e na assistência individual e curativa, com a figura central na equipe de saúde representada pelo médico (LIMA e BINSFELD, 2003).

Outro aspecto citado diz respeito aos recursos humanos na enfermagem. Nesse sentido, Matos e Pires (2002) apud Espinoza (2007) relacionam a falta de recursos humanos as demissões sem reposição, alteração do perfil do paciente atendido pelo serviço e elevado índice de absenteísmo, que dificulta o gerenciamento de pessoal.

Pires (2009) aponta que a enfermagem como profissão da saúde, ainda possui frágeis os aspectos de autonomia profissional e reconhecimento de sua utilidade social, bem como do reconhecimento de um campo específico/próprio de conhecimentos. Isto acarreta no que os sujeitos identificaram como falta de tempo para fazer educação em saúde, denotando um desconhecimento ou subvalorização por parte dos gestores das instituições de saúde sobre a importância dessa atividade intrínseca ao cuidado hospitalar. 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 (DONADUZZI, 2009).

Tais considerações sinalizam que a prática de educação em saúde no contexto da internação hospitalar tem sido limitada e/ou dificultada pelo tempo e pela falta de pessoal. Pontua-se aqui que o tempo pode significar a falta deste quando ocorrem intercorrências na unidade, bem entendido, ou ainda, o não uso adequado deste, revelando a falta de organização dos enfermeiros para as tarefas cotidianas.

Por outro lado, reflete-se sobre a valorização dos próprios profissionais e da equipe no que tange a atividade educacional intrínseca à assistencial hospitalar. Se pela existência de uma rotina de práticas assistenciais e gerenciais estes estariam, muitas vezes, justificando 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).

Ressalta-se, também, que a não inclusão da educação em saúde no planejamento das ações diárias da enfermagem revelam o não reconhecimento desta como inerente e privativa da prática do enfermeiro em ambiente de internação hospitalar. Assim, visto que o próprio profissional não a coloca em posição de atividade prioritária e inerente a sua prática não podendo esperar a valorização e o reconhecimento desta pela instituição.

Pires (2009) contribui para esta reflexão ao relatar que os cenários político-institucionais e o modelo hegemônico de ciência delimitam as condições de trabalho, as possibilidades do exercício da autonomia e de aproximação do cuidar das pessoas contemplando sua individualidade, complexidade e reais possibilidades de viver saudável.

Os sujeitos também expressaram que, muitas vezes, realizam educação em saúde não da forma como gostariam, justificando-se ainda pela falta de tempo. E que esta, no dia a dia, fica tão intrínseca ao cuidado que nem é notada. Esta afirmativa viria ao encontro da pouca visibilidade e reconhecimento dessa atividade no cenário hospitalar, tanto da instituição quanto dos demais profissionais.

E essa “falta de tempo”, também pode justificar ou influenciar o modelo pedagógico utilizado para realização da educação em saúde, pois o modelo tradicional que prescreve condutas exige menor tempo que o crítico-reflexivo, bem como não mexe com estruturas já formadas da organização do trabalho e da estrutura institucional biomédica.

Lima e Binsfeld (2003) caracterizam o trabalho hospitalar como uma instituição médica com duas linhas principais de autoridade: a da administração e a dos médicos. Os autores pontuam que o trabalho do enfermeiro faria parte da base operacional autônoma, caso se considerasse um hospital neutro, sem distribuição desigual do poder dividido entre a administração e os médicos.

Entretanto, pelos relatos, essa não tem sido a realidade encontrada, estando estes sujeitos à diminuição de sua disponibilidade para educação em saúde. Isto por estarem em um sistema que Lima e Binsfeld (2003) especificam que, considerando o hospital como uma instituição médica, os demais saberes e práticas giram em torno deste conhecimento, podendo-se dizer que, muitas vezes, os demais saberes estão mais a serviço dos médicos que dos pacientes.

Trevisan (1988) afirma que o serviço de enfermagem, muitas vezes, objetiva facilitar o trabalho de outros profissionais na realização de suas tarefas na unidade de internação do que atingir os objetivos de seu próprio serviço. Nesse sentido, acaba por solucionar problemas para médicos, funcionários de laboratórios, nutricionistas em detrimento de suas atividades.

Há a necessidade de repensar a interdisciplinaridade como a união e integração de diferentes saberes e práticas que proporcione uma intervenção ou ação comum para resolução de alguma situação ou, horizontalizando saberes e relações de poder, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional (SOUZA e SOUZA, 2009).

Destaca-se que houve um aumento de atividades desempenhadas pela enfermagem em relação a períodos passados, pois esta enquanto prática social e disciplina tem enfrentado desafios científicos e políticos exigindo um processo permanente de construção (PIRES, 2009). Isso implica, entre outras coisas, na necessidade de redimensionamento do número de pessoal frente essa nova realidade da profissão, bem como identificação pelos enfermeiros de suas atividades.

Por fim, questiona-se: qual o reconhecimento dos outros profissionais do que seria a atuação da enfermagem? A enfermagem tem claro quais são os seus papéis, qual seu campo de conhecimento e atuação? São questões importantes que devem ser refletidas e trabalhadas em todos os níveis da enfermagem, seja na assistência, na academia ou na pesquisa, criando um espaço de discussão coletiva e um caminho de busca de constante afirmação e reconhecimento profissional.

Com isso, acredita-se que a prática da educação em saúde, se incorporada às atividades do enfermeiro em âmbito hospitalar sendo valorizada, primeiramente, pelos próprios enfermeiros e sendo priorizadas em sua rotina diária como inerente a sua prática, será também reconhecida, tanto pelos demais profissionais quanto pela própria instituição de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise e discussão dos resultados pode-se afirmar que a educação em saúde está presente no cotidiano das enfermeiras que atuam em unidades de internação hospitalar. Esta foi localizada por eles em diversas atividades diárias e é desenvolvida de diferentes formas.

A concepção de educação em saúde das enfermeiras possui suas raízes nas matrizes sócio-culturais da família, sendo reafirmada ou modificada ao longo da formação escolar e acadêmica e efetivada com maior amadurecimento no exercício profissional. Este entendimento influencia a sua maneira de ver as pessoas, o mundo e a agir sobre e com ele. Assim, esta concepção de educação em saúde se amplia no decorrer da vida pessoal e se solidifica na academia e vida profissional.

Destaca-se, aqui, a importância da formação preparando os profissionais para a prática da educação em saúde, considerando, nessa formação, as diferentes concepções trazidas pelos estudantes. A educação permanente nas instituições também tem papel imprescindível, contribuindo para a atualização e instrumentalização dos profissionais tendo em vista a filosofia institucional.

As enfermeiras reconhecem a prática de educação em saúde no dia a dia do contexto hospitalar, por meio de orientações, nos cuidados diários, nas orientações para a alta hospitalar, preocupando-se com a continuidade do cuidado em casa. Elas consideram o conhecimento como a base de sua atuação, seguido por competência, responsabilidade, dedicação e comprometimento. Ressaltam que essa prática tem trazido satisfação no momento em que sentem estar contribuindo para melhoria da saúde e qualidade de vida dos pacientes e que estes reconhecem esse trabalho.

Assim, o conhecimento científico foi ressaltado pelas enfermeiras como primordial para o desenvolvimento da educação em saúde. Dentre as diversas formas de pensar e fazer a educação em saúde no âmbito hospitalar, alguns sujeitos enfocaram a transmissão de orientações que primam pelo conhecimento científico, outros apontaram para a construção do conhecimento, partindo das condições e da realidade do paciente. Percebeu-se uma tendência do modelo tradicional/biomédico relacionada à matriz da concepção de educação em saúde dos sujeitos.

As enfermeiras denotaram ter dificuldades em lidar com as diferentes realidades sócio-econômico-culturais trazidas pelos pacientes para o âmbito hospitalar. Isto acaba levando ao desestímulo para realização da educação em saúde, no momento em que as mesmas

encontram situações em que acreditam que o paciente não poderá ou não seguirá as recomendações feitas.

Para todos os sujeitos do estudo, a prática de educação em saúde é importante e deve estar inserida nas atividades cotidianas do enfermeiro, sendo que, para algumas, ela já faz parte do cotidiano. Entretanto, notou-se no discurso dos sujeitos que a educação em saúde não tem sido uma prioridade nas unidades de internação desta instituição. Apesar disto, as enfermeiras expressaram a vontade de realizar educação em saúde como ela deveria ser, segundo elas, com tempo para o diálogo, com a adequação à realidade do paciente, partindo do princípio dialógico/emancipatório e em um local apropriado para este fim. Porém nem sempre conseguem fazê-lo devido a diversos fatores, dentre os quais, destacaram a dificuldade de lidar com culturas diferentes, a falta de pessoal e a falta de disponibilidade e de comprometimento da equipe como um todo.

Com isso, emergiu do discurso dos sujeitos que a existência da prática da educação em saúde no dia a dia acontece em sua maioria por iniciativas individuais e/ou algumas da academia envolvendo alunos e professores. Segundo eles, a partir do momento em que haja um comprometimento com esta atividade ela deve ser de todos e não de responsabilidade de um ou de outro, mas sim de toda a equipe.

Frente ao exposto pelas enfermeiras, as atividades cotidianas das unidades de internação têm sido priorizadas, em detrimento da educação em saúde, levando ao questionamento de como são pensadas e selecionadas as atividades que devem ser realizadas prioritariamente. Percebeu-se que as atividades priorizadas são aquelas tradicionalmente hospitalares, como as técnicas e de gerenciamento, reproduzindo o modelo biomédico em que o hospital é visto e funciona como um centro curativista. Além disso, citaram a falta de espaços para educação em saúde na estrutura física, interferindo no respeito à individualidade dos pacientes e na necessidade de tranquilidade do profissional para realização da educação em saúde.

Nesse sentido, questiona-se: como os enfermeiros têm organizado seu tempo para as tarefas cotidianas? Ao mesmo tempo em que elas expressaram não ter tempo para a educação em saúde admitem assumir atividades de outros profissionais, segundo elas em prol do bem estar dos pacientes, por quem se sentem responsáveis. Desta forma, o próprio profissional não tem colocado a educação em saúde em posição de atividade prioritária e inerente a sua prática, não podendo, assim, esperar que os demais profissionais e a instituição a valorize e reconheça no cenário hospitalar.

Outro limite/dificuldade sinalizado pelas enfermeiras para prática de educação em saúde no contexto da internação hospitalar é a falta de pessoal, pois o quadro de pessoal parece não estar sendo repostado adequadamente, acompanhando o crescente número de atividades e funções do enfermeiro na instituição. Isto implicaria, entre outras coisas, na necessidade de redimensionamento do número de pessoal frente a essa nova realidade da profissão bem como identificação pelas enfermeiras de suas reais atribuições e a importância de cada uma delas.

Em relação às formas de realizar educação em saúde, foram citados o grupo e a orientação individual a beira do leito. Na maioria exercidas as pressas, sem um planejamento e/ou local apropriado para realizá-la. Algumas atividades planejadas consideravam necessidades entendidas pelos profissionais e outras da unidade e não as do paciente em questão, apesar das marcas discursivas denotarem a tentativa dos sujeitos de desenvolver uma prática pautada no modelo crítico/emancipatório. Isto pressupõe uma tensão entre os modelos pedagógicos, mas com a prática ainda tendendo ao modelo pedagógico tradicional prescritivo. Uma enfermeira relatou a existência de um grupo em que as demandas partiam dos sujeitos participantes, sinalizando um princípio de transição entre os modelos.

Acredita-se que os profissionais enfermeiros devam buscar espaços de discussão para rever sua prática cuidativa, redefinindo o papel educativo tanto para recuperação e manutenção da saúde quanto para promoção, inclusive no cenário de unidades de internação hospitalar. Que haja a compreensão que a dimensão educativa é interativa unindo as pessoas e proporcionando momentos de trocas na atuação em saúde, oportunizando ao profissional contribuir para a promoção da saúde e não só a recuperação da doença. Reconhece-se que tem sido um desafio para o enfermeiro combinar as práticas de enfermagem profissional com a realidade do cliente. Para tanto, acredita-se que a utilização de metodologias ativas e a possibilidade de assumir um modelo pedagógico que passe do tradicional para o crítico/emancipatório, sejam fundamentais para a efetividade da educação em saúde.

Recomenda-se que esse modelo seja trabalhado a partir da formação, integrando as vivências dos acadêmicos à visão crítica e ampliada, possibilitando aos profissionais serem capazes de usar a criatividade, a sensibilidade e a dialogicidade em sua atuação, independentemente de encontrar-se em ambientes em que o modelo médico-hospitalocêntrico prescritivo é hegemônico. E que estes compreendam a educação em saúde no cenário hospitalar tanto como ferramenta para recuperação quanto para promoção da saúde. Também, que haja um investimento institucional em educação permanente que possibilite o entendimento dos diferentes modelos pedagógicos e a utilização de metodologias ativas bem

como fomentem a educação em saúde no contexto hospitalar como inerente e intrínseco a atividade do enfermeiro, estabelecendo uma filosofia institucional que dê condições e valorize essa atividade.

Por fim, recomenda-se, ainda, que haja integração entre a assistência, o ensino e a extensão, proporcionando uma constante troca de saberes, alimentada pela pesquisa. Com isso, almeja-se o fomento e a qualificação das práticas cuidativas e educativas com a valorização da educação em saúde pelo enfermeiro no contexto da internação hospitalar.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, 117-21, jan./fev. 2008.

ALMEIDA, M.C.P de. A construção do saber na enfermagem: evolução histórica. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Florianópolis. **Anais do 3º Seminário Nacional de Pesquisa em enfermagem**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1984. p.58.

_____. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Ed Cortez, 2 edição, 1989

ALVES, M. A. **Promoção de saúde na atenção terciária: a atuação do profissional de enfermagem em um hospital de Uberaba (MG)**. 2008, 51p. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Franca, Franca, SP, 2008.

ARAGÃO, T. M. S. **Construção coletiva de um espaço dialógico com os cuidadores familiares dos idosos hospitalizados visando uma educação em saúde**. 2008, 149p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Fundação Universidade Federal do Rio Grande, RS, 2008.

BACKES, D.S. et al. Papel do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.7, n.3, p.319-326, Jul./Set. 2008.

BEHRING, L. P. B. **A educação em saúde e a prevenção do acidente vascular cerebral em clientes cardiovasculares: participação do enfermeiro**. Rio de Janeiro; s.n., p.73, dez. 2002.

BEUTER, M. **Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem**. 2004. 183f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 307-14, abr./jun. 2007.

BRASIL. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: CES, 2001.

BRONDANI, C. M. **Desafio de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar**. 2008, 112p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2008.

CABRAL, I. E. A contribuição da crítica sensível à produção do conhecimento em enfermagem. **Anais do 11º Seminário Nacional de Pesquisa em enfermagem**. Belém, maio 2001.

_____. **O método criativo-sensível:** alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. et al. (Org). Pesquisa em enfermagem: novas metodologias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 8, p. 177-203, 1998.

CAREGNATO, R C A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-84, Out./Dez. 2006.

CARTA DE OTTAWA, **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1986. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em 18 de outubro de 2009.

CECCIN, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CHAGAS, N. R; MONTEIRO, A. R. M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Sci., Health Sci**; Maringá, v.26, n.1, p.193-204, jan./jun. 2004.

CHIDA, A. M. **Orientação sistematizada a pacientes internados com doença transmissível**. 1990, 151p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, SP, 1990.

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.

COMIOTTO, G; MARTINS, J. J. Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio. **ACM Arq. Catarin. Med**; Florianópolis, v.35, n.3, p.59-64, jul./out. 2006.

CORBELLINI, V.L. Fragmentos da história de Enfermagem: um saber que se cria na teia do processo de submissão teórica. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v.60, n.2, p.172-7, mar./abr. 2007.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Rev. Cienc. Cuid. e Saúde**, Maringá, v.7, n.4,p.530-536, Out./Dez. 2008.

DAHER, D. V. **Por detrás da chama da lâmpada, a identidade social do enfermeiro**. Niterói: EdUFF, 2000.

DAL PAI, D; SCHRANK, G; PEDRO, E. N. R., o enfermeiro como ser sócio-político: refletindo sobre a visibilidade da profissão . **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.19, n.1, p.82-7, Jan./Mar. 2006.

DALL'AGNOL CM, et al. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.28, n.1, p.21-6, 2007.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The sage handbook of qualitative research**. 3. ed. SAGE publications: California/USA, 1210p. 2005.

DEZORZI, L W; CROSSETTI, M da G O. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.2, Mar./Apr. 2008.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. de. **Processo educativo em enfermagem**: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Rode Editorial, 1995.

DONADUZZI, J. C. **Ações educativas de enfermeiras em estratégias de saúde da família**. 2009. 107f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

DRANE, J; PESSINI, L. **Bioética, medicina e tecnologia**: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Loyola, 2005.

ESPINOZA, L. M. M. **A conscientização como fundamento da educação em saúde às pessoas hospitalizadas com tuberculose pulmonar**. Florianópolis, 1998. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

ESPINOZA, L. M. M. **A Práxis Educativa de Enfermagem no Cuidado Hospitalar: discursos de enfermeiras**. 2007. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FERRAZ, F. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v.58, n.5, p.607-10, set./out. 2005.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. Sup 1, p.1421-1428, set./out. 2009.

FIGUEIREDO, A. et al. Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.15, n.3, p.198-202, jul./set. 2005.

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

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.1, p.65-75, fev. 2004.

FONSECA, L. M. M. **Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna**. 2002, 151p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, SP, 2005.

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

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire – São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

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

_____. **Professora Sim, Tia Não** : Cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Editora Olho D'Água, 1997. 84p.

FREITAS, A. A. S; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.84-89, mar. 2008.

GADOTTI, M. **Teoria, método e experiências freireanas.** Disponível em: < <http://www.forumeja.org.br/node/590> >. Acesso em: 03 out. 2009.

GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire.** 2.ed. São Paulo: Scipione, 1991.

GASTALDI, A. B.; HAYASHI, A. A. M. Enfermeiros e educadores: um desafio. **Terra e Cultura**, ano XVIII, n.35, p.97-100, 2002.

GOES, F. G. B. **Práticas educativas em saúde com a família da criança hospitalizada: componente essencial do cuidado de enfermagem.** 2007, 61p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 2007.

GOMES, A M T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.555-62, out./dez. 2007.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. Grupo aqui e agora-uma tecnologia de ação sócio-educativa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.14, n.2, p.271-279, abr./jun. 2005.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A; ZAGONEL, I.P.S.; LENARDT, M.H. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, n.20, v.3, p.362-7, 2007.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de Saúde da Família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.62, n.4, p. 524-529, 2009.

KOHLRAUSCH, E. ROSA, N.G. Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde: subsídios para a ação educativa da enfermeira. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n. esp, p.113-122, 1999

LEONELLO, V. M; OLIVEIRA, M. A. C. Competências para ação educativa da enfermeira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.2, mar./abr. 2008.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p.32-49, jan./abr. 2001.

LEVY, S. N. et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. **10ª Conferência Nacional de Saúde On-Line.** Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acesso em: 08 out. 2008.

LIMA, C. B. **Educação para a saúde na assistência de enfermagem - um estudo exploratório em unidade de internação.** 1990, 99p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 1990.

LIMA, J.C; BINSFELD, L. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? **R Enferm UERJ**; Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.98-103, 2003.

LUCENA, A. F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enfermagem USP**, São Paulo, v.40, n.2, p.292-8, Jun. 2006.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. A integralidade como princípio articulador no sistema único de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos903/integralidade-saude-educacao/integralidade-saude-educacao2.shtml>. acesso em 04 de nov. 2009.

MANNHEIN, Karl. A educação como técnica social. In:Pereira L, Foracchi M.M. **Educação e sociedade.** 11ed. São Paulo:Nacional, 1993. p.88-90.

MAYO, P. Critical literacy and emancipatory politics: the work of Paulo Freire. Int. **J. Educational Development**, v.4, n.15, p.363-379, 1995.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.

MEYER, D. E. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-1342, jun. 2006.

MICHEL, T. et al. As Práticas Educativas Em Enfermagem Fundamentadas Na Teoria De Leininger. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.15, n.1, p.131-7, Jan./Mar. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MOHR, A.; SCHALL, V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.199-203, abr./jun. 1992.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: UNESCO/Cortez, 2002.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.3, p.552-60, Jul./Set. 2008.

NIETSCHE, E. A. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: Saupe, R.(Org.) **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção.** Florianópolis: Ed. da UFSC. 1998, 306p.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.13, p.423-31, mai./jun. 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Promoción de La salud: una antología**. Publicación Científica 557. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC, 1992.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: PONTES, 2005.

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. Curitiba, 2004. vii, 104 f. Dissertação (Mestrado) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PEDROSO, V. G. **Gestão do trabalho e educação em saúde: percepção dos profissionais de saúde**. 2008, 112p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, SP, 2008.

PENIDO, I. S. O; LIMA, E. D. R. P. Orientação de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico: uma revisão da literatura. **Nursing**, São Paulo; v.10, n.111, p.372-376, ago. 2007.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.19, p.1527-1534, set./out. 2003.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. Enferm** .[online]. Brasília 62(5), Sept.-Oct. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015

POMPEO, D. A. et al. Desempenho das enfermeiras na alta hospitalar ponto dos pacientes. **Acta Paul. Enferm**. São Paulo, v.20, n.3, p.345-350, jul./set. 2007.

QUADROS, V. A. S. **Educação em saúde para familiares cuidadores de pacientes disfágicos pós-acidente vascular cerebral**. 2007, 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Distúrbios da Comunicação). Universidade Tuiuti do Paraná, PR, 2007.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Cuidado de enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: perspectivas de humanização. **Rev. Baiana Enferm**, Salvador, v.18, n.1/2, p.29-37, jan./ago. 2003.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do Burnouth**. Florianópolis, 1999. f. 140 pág. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina PEN/UFSC, 1999.

RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.8, n. sup 2, p. 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, 2006, p. 223-239.

RIBEIRO, E. C. O.; LIMA, V. V. Competências profissionais e mudanças na formação. Olho Mágico – **Revista da Área de Formação e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde**. Londrina, v.10, n.2, abr./jun. 2003.

ROCHA, E. G. **O que é etnocentrismo**. 11^o ed. São Paulo:Brasiliense, 1994. 124p.

SANTOS, N. R. dos. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros de um hospital universitário**. 2007, 165p. Dissertação (Mestrado). Enfermagem -Universidade Federal De Goiás, 2007.

SCHALL, V. T.; STUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.4-5, 1999.

SCHEIDT, P. P. R. **Promovendo caminhos para a educação em saúde com idosos portadores de cardiopatias e seus familiares no setor de emergência do hospital universitário**. 2006, 154p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2006.

SCHIER, J. **O idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante: uma proposta de assistência de enfermagem para o autocuidado por meio da educação participativa**. 2001, 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2001.

SILVA, B. T.; BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V. L.; SANTOS, S. S. C. Educação permanente:Instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. **Rev. Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, v.7, n.2, p.256-261, abr./jun. 2008. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5015/3249>
Acesso em: 10 out. 2008.

SILVA, D. G. V. et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v.12, n.1, p.97-103, jan./abr. 2003.

SILVA, J. C. **O distanciamento da relação enfermeiro - paciente: o cuidado e sua dimensão educativa em análise**. 2006, 94p. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Metodista de São Paulo, SP, 2006.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. Integralidade do cuidado na saúde:indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo: USP, v.42, n.1, p.48-56, mar. 2008.

SIMÕES, F. V. **Grupos operativos: uma estratégia para a assistência de enfermagem em uma unidade hospitalar de referência em câncer de mama**. 2004, 117p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2004.

SOUZA, D.R.P. de; SOUZA, M.B.B. de. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [on line]. Goiânia, v,11, n.1, p.117-23, 2009;. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a15.pdf>

SOUZA, F. G. M.; TERRA, M. G.; REIBNITZ, K. S.; BACKES, V. M. S. Educação em Saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. **Online Braz. J. Nurs.** (Online); v.6, n.2, ago. 2007. Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.829>. Acessado em 02 de jun. 2009.

SOUSA L. B. ET AL. Práticas de educação em saúde no Brasil: A atuação da enfermagem. **Ver. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.55-60, jan./mar. 2010.

SOUZA, L. M. de; WEGNER, W; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p.337-343, mar./abr., 2007.

TEIXEIRA, M.L.O; FERREIRA, M.A. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.4, p.750-8, out./dez. 2009.

TENANI, A. C; PINTO, M. H. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. **Arq. Ciênc. Saúde**; v.14, n.2, p.85-91, abr.-jun. 2007.

TREVISAN, M. A. **Enfermagem Hospitalar: administração e burocracia**. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1988.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 3, n. 39, p. 507-14, 2005.

VALLA, V. V.; STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

VERNIER, E. T. N. **O empoderamento de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: interfaces com o cuidado de enfermagem**. 2007, 172p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2007.

VIEIRA, M. R. R. **A Qualidade da Assistência do Enfermeiro em Unidades Pediátricas de um Hospital de Ensino: Implantação de um Programa Educativo**. 2007, 200p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde – Enfermagem). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, 2007.

VILA, A.C.D; VILA, V.S.C. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.6, Nov.-Dec. 2007.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 135p.

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: Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação hospitalar.

Número do processo: 23081.017159/2009-52

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0346.0.243.000-09

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 / 2011- **Relatório final**

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

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 19/01/2010

Santa Maria, 20 de janeiro de 2010.



Elisete Medianeira Iomazetti
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

**ANEXO B – Carta de extensão de cronograma 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>	
---	---	--	---

PARECER PROTOCOLO DE PESQUISA

Protocolo CEP-UFSM: 23081.017159/2009-52 **CAAE:** 0346.0.243.000-09
Data entrada CEP: 28/12/2009 **Data do parecer CEP:** 22/12/2010
Data encaminhamento CONEP (caso necessário): / /

IDENTIFICAÇÃO

Título do Projeto: Ações Educativas De Enfermeiros No Contexto De Unidades De Internação Hospitalar.
Pesquisador Responsável: Eliane Tatsch Neves
Instituição: Universidade Federal de Santa Maria.
Unidade/Órgão: Departamento de Enfermagem
Área Temática: **III - Projeto fora das áreas temáticas especiais**

OBJETIVOS DO PROJETO

O projeto tem como objeto de estudo a análise de ações educativas de enfermeiros em unidades de internação hospitalar através dos seguintes objetivos: (1) Conhecer as concepções de educação em saúde de enfermeiros que atuam em unidades de internação de um hospital de ensino; (2) Caracterizar as ações educativas desses enfermeiros; (3) Discutir a prática educativa desses enfermeiros na perspectiva da autonomia dos usuários.

RESUMO (Descrever o objeto de pesquisa, justificativa, condições de realização, aspectos metodológicos, cronograma, orçamento e financiamento)

Pesquisa qualitativa com os objetivos de conhecer as concepções de educação em saúde de enfermeiros que atuam em unidades de internação de um hospital de ensino; Caracterizar as ações educativas desses enfermeiros; Discutir a prática educativa desses enfermeiros na perspectiva da autonomia dos usuários. Será desenvolvido o Método Criativo e Sensível por meio de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade com enfermeiros de unidades de internação que estejam atuando na assistência direta ao paciente no Hospital Universitário de Santa Maria. Estas se desenvolvem através de um trabalho grupal na construção de conhecimentos a cerca de questões de pesquisa que merecem um aprofundamento no plano coletivo. Fundamentam-se nos princípios dialógico e da crítica reflexiva freireana, mediada pela análise coletiva de temas geradores codificados a partir de situações vivenciais. Para análise dos dados será aplicada a Análise de Discurso Francesa.

CONSIDERAÇÕES (Comentários gerais sobre o projeto: coerência dos objetivos, experiência dos autores, fundamentação teórica, amostragem, sujeitos, métodos, riscos e benefícios, privacidade e confidencialidade dos dados, TCLE. Apresentar as ponderações e recomendações.)

O projeto proposto está subsidiado no contexto em que, na enfermagem hospitalar, o enfermeiro de unidades de internação hospitalar encontra-se afastado da dimensão educativa, e, quando a

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: ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação hospitalar.

Pesquisadora: Enfa. Mda. Angelita Gastaldo Rigon.

Orientadora: Enfa. Dra. Eliane Tatsch Neves.

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

Telefone para contato: (55) 3221-5680; (55) 9969-5633.

E-mail: enfangel@ibest.com.br.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Eu _____, RG N. _____, informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento ou coerção que a pesquisa: “Educação em saúde e a assistência de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar” de autoria de Angelita Gastaldo Rigon tem como objetivos: Conhecer as concepções de educação em saúde de enfermeiros que atuam em unidades de internação de um hospital de ensino; caracterizar as ações educativas desses enfermeiros e o reconhecimento destas por eles; discutir a prática educativa desses enfermeiros na perspectiva da autonomia dos usuários. Fui informado e reconheço o risco de despertarem sentimentos até então não conhecidos por mim no desenrolar das dinâmicas e o benefício de contribuir para a construção do conhecimento na Enfermagem.

Fui informado que para a coleta das informações serão realizadas, pelo pesquisador, dinâmicas de criatividade e sensibilidade que se desenvolvem em forma de encontros grupais, onde o despertar da sensibilidade e criatividade dos componentes do grupo favorece o processo de produção de dados para a pesquisa. Um espaço onde são privilegiados momentos de integração entre o grupo, a ludicidade, a troca de saberes e práticas entre sujeitos e pesquisador, construindo e validando juntos os conhecimentos

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.

APÊNDICE B – Extrato de Transcrição da Terceira Dinâmica: Almanaque

Data: 10/06/2010

Tempo da dinâmica: das 14:20 às 16h

Local: Anfiteatro da Turma do Ique, UFSM **Coordenadora/Pesquisadora:** Angelita Gastaldo Rigon

Nome dos auxiliares de pesquisa DCS: Franciele Roberta Cordeiro e Sabrina Quinhones

Legenda dos recursos utilizados para dar materialidade lingüística ao texto:

/: pausa reflexiva curta

//: pausa reflexiva longa

///: pausa reflexiva muito longa

...: pensamento incompleto

#: interrupção da enunciação de uma pessoa por outra

##: interrupção da enunciação de duas pessoas

[...]: pausa na enunciação e continuação pela mesma pessoa

italico - textos acrescentados pelo pesquisador

Palavra em tamanho de fonte maior – significa ênfase na palavra enunciada

[*italico*] [texto] – completar o pensamento verbal enunciado no mesmo dizer.

Letra dobrada em uma palavra – significa que a pessoa falou de modo meio “arrastado ou cantada” a palavra, dando maior ênfase na letra que está dobrada..

“aspas” – significa uma frase ou título que não é de autoria de quem está falando ou que a pessoa disse isso em outro momento e está contando agora.

Início da atividade:

Pesquisadora agradeceu mais uma vez a presença de todas e convidou para se apresentarem.

A pesquisadora continuou apresentando a dinâmica de integração “o feitiço virou contra o feiticeiro”, sendo realizada a técnica.

Passou-se então a apresentação da Questão Geradora dessa dinâmica que foi: “O que você precisa para desenvolver a educação em saúde no seu cotidiano no hospital? E como o desenvolve?” A partir da questão, foi apresentada a dinâmica que constou de recorte e colagem, caso encontrassem palavras ou figuras que expressassem sua mensagem, e/ou desenhos ou palavras escritas. Estes símbolos deveriam ser colocados em uma ou duas folhas de papel A4 branco, formando a produção artística individual.

Depois as produções seriam apresentadas, discutidas e unidas em um almanaque. Perguntou-se se havia ficado alguma dúvida. Todas concordaram que estava claro.

Foi distribuído o material. Ao final do tempo para as produções, deu-se início as apresentações com E6.

Transcrição:

E6.: - *quase num fôlego só*: Eu coloquei assim: como... o que eu preciso para desenvolver a educação em saúde seria tempo. Por cima de tudo eu botei o relógio simbolizando o tempo! Quer dizer, por mais que a gente queira desenvolver, se tu não consegue aquele tempo/: tu não... faz só o que dá mesmo. E não tudo que gostaria. Boa vontade. Acima de tudo, eu coloquei laranja porque é uma cor que dá energia então a gente tem que ter boa vontade e disposição para/: conseguir desenvolver né, essa educação em saúde. Trabalho em equipe eu coloquei em verde, porque o verde significa saúde e que /: hã, é importante, e ninguém faz nada sozinho. Conhecimento! Que todo mundo... Tu tem que ter conhecimento para poder ah/:...educar alguém em saúde, enfim... E eu coloquei duas carinhas aqui, que o conhecimento eu coloquei assim uma carinha sorridente porque, o azul, né, que seria o conhecimento, que eu fico feliz, que eu estou sempre buscando coisas novas pra poder passar novos conhecimentos, para poder passar pros outros. Então isso é uma coisa que me deixa feliz. E a carinha em verde que seria o trabalho em equipe que nem sempre tu tem aquela... a mesma boa vontade de todos os que são/: que fazem parte da equipe, pra tu poder desenvolver, porque como eu disse anteriormente ninguém faz nada sozinho. Então seria isso que eu acredito que precisa, né, para desenvolver educação em saúde. Eu, eu vejo dessa forma! E para desenvolver eu coloquei assim, depois eu coleí essa foto, mas aí eu fiquei pensando que isso aqui caberia também no primeiro, porque, busca de conhecimento, né, eu coloquei aqui, através de leituras, pra buscar o conhecimento pra poder hã [...] educar, em saúde, e outra foto ã[...], seria mostrar como aplicar esse conhecimento pra gente passar essa informação que a gente, né[...] tem o privilégio de saber e de ta sempre buscando, né. Eu digo graças a Deus, porque/: eu acredito muito em Deus – *rindo ao contar que acredita muito em Deus-*, então a gente [...] a gente sabendo como, como buscar, a gente sabe [...] vai ter uma noção de como demonstrar também. Porque nem tudo como a gente aprende ééé [...] 100% e a gente está sempre aprendendo e nem sempre... Até a maneira da gente se expressar. Tem pessoas que não entendem o que a gente fala. Não entendem o que a gente tá querendo dizer. Então a gente tem que ter também humildade pra saber passar isso, esse conhecimento.

Pesquisadora: Como assim, passar esse conhecimento?

E6: A maneira como a gente vai dizer assim, por exemplo, pra um paciente, ó é pra ti...tu já evacuou hoje? Já tomou banho? Às vezes o banho não é aquele banho que a gente sabe que... Aquela limpeza que a gente tem em mente. Às vezes toma banho e ele não lava [...], não esfrega as unhas, não esfrega os cabelos, então [...] pra nós é como se ele não tivesse tomado banho - *murmúrios gerais por trás*-. Só se benzeu embaixo d'água ali. Ou se evacuou, as vezes não sabe nem o que quer dizer essa palavra, então a gente tem que saber/;, ter a sensibilidade de saber passar pro[...] paciente, pra quem a gente tá educando.

Quem mais tem experiência quanto a isso, Semelhante a da E6?

E9: Eu acho que[...] que no dia a dia a gente se defronta com isso, né? E a gente tem que sempre estar conhecendo com quem tu tá falando, né? Por isso que a gente tem que ter essa comunicação, que, se é uma pessoa mais humiilde... por exemplo evacuar.

E7:... Não sabe o que é...

E9: Não sabe o que que é! Eu, eu tenho essa experiência também.

Pesquisadora: Alguém mais para apresentar sua produção?

E7: Sim – fala rindo. Coloquei um relógio também então. Que preciso para desenvolver: coloquei um relógio porque precisamos de tempo! Infelizmente, nossos pacientes são pacientes complexos, pacientes graves que demandam muita//: atenção nossa. E isso muitas vezes dispende tempo pra que a gente possa disponibilizar esse tempo para fazer as orientações e pra escutá-lo também. E a partir disso eu, eu coloquei que também que ficou muito difícil/: a profissão, entre a família e a profissão, porque /: na verdade, eeu particularmente, tenho atividades fora do meu expediente, então eu saio bem, né,-*sinlizava*: bem antes- de casa para fazer orientações pra pacientes, por exemplo, na traumatologia. Então isso requer tempo também! Então a gente deixa muitas vezes a família pra //: hã, pra fazer essa, essas coisas que são os nossos sonhos, né? A nossa profissão! Adequando se sempre a realidade do paciente. Não adianta a gente, também /: falar coisas que fogem da realidade dele, né? E/: pra tudo tem um momento! De repente não é aquele momento ideal pra gente falar pra ele algumas/: algumas verdades ou algumas orientações. Não é a hora de... escutar. Ele não quer conversar! Então agente também tem que respeitar isso.

E como desenvolvo educação em saúde: sempre a importância da família inserida nesse contexto. //:Porque é por meio desse convívio que a gente vai conseguir um bom/: resultado do tratamento no domicílio, respeitando as necessidades, que eu já tinha colocado,/:ã, escolhendo o que é melhor pro paciente/: e não , não escolhendo na, na imposição! E sim fazendo com que ele saiba o que é melhor pra ele. Aqui eu coloquei um paciente, a figura de um paciente, com/: uma fratura de membro inferior, então /: orientar como é que ele vai caminhar com esse/: recurso auxiliar. Também não adianta a gente dá ele o instrumento se não orientá-lo em relação a, a... a conduta que ele vai ter com aquele material. Então eu acho que são todas essas questões que nos motivam, né, no dia a dia. Embora, como eu já disse, o tempo é meio//: complicado da gente tentar/: hã, priorizar, mas algumas coisas são essenciais. No nosso dia a dia é o que faz a diferença, né?

Pesquisadora: Aí é como tu vens desenvolvendo, como tu tem conseguido fazer...

E7:: Sim! Como eu consigo desenvolver. Inserindo a família, hã, fazendo com ele saiba o que é melhor pra ele, a partir do que ele conhece e respeitando as necessidades e... e...

APÊNDICE C – Extrato do Quadro Análise Vertical – DCS Almanaque

Data: 10/06/2010

Local: Anfiteatro da Turma do Ique, UFSM

Coordenadora/Pesquisadora: **Angelita Gastaldo Rigon** **Duração:** das 14:20h às 16h. Tempo de duração: 1h e 40 min.

Nome dos auxiliares de pesquisa DCS: Franciele Roberta Cordeiro e Sabrina Quinhones

Legenda dos recursos utilizados para dar materialidade linguística ao texto:

/: pausa reflexiva curta

//: pausa reflexiva longa

///: pausa reflexiva muito longa

...: pensamento incompleto

#: interrupção da enunciação de uma pessoa por outra

##: interrupção da enunciação de duas pessoas

[...]: pausa na enunciação e continuação pela mesma pessoa

itálico - textos acrescentados pelo pesquisador

Palavra em tamanho de fonte maior – significa ênfase na palavra enunciada

[*itálico*] [texto] – completar o pensamento verbal enunciado no mesmo dizer.

Letra duplicada em uma palavra – significa que a pessoa falou de modo meio “arrastado ou cantada” a palavra, dando maior ênfase na letra que está duplicada.

“aspas” – significa uma frase ou título que não é de autoria de quem está falando ou que a pessoa disse isso em outro momento e está contando agora.

QG: “*o que você precisa para desenvolver a educação em saúde em seu cotidiano de cuidado no hospital? E como a desenvolve?*”.

Caracterização dos sujeitos:

E2 – Enfermeira, 37 anos. Formada há 6 anos, trabalha na enfermagem há 15 anos e no HUSM há 4 anos. Já trabalhou em serviço de atendimento clínico domiciliar, como supervisora do PROFAE e como auxiliar em outro hospital. Atualmente somente no HUSM. Com especialização.

- E4 – Enfermeira, 26 anos. Formada a 09 anos e seis meses, trabalha na enfermagem a 4 anos e no HUSM a 4 anos. Trabalhou somente no HUSM. Com especialização.
- E5 – Enfermeira, com 55 anos. Formada há 15 anos, trabalha na enfermagem há 15 anos e no HUSM a 8 anos. Trabalhou em um hospital do município na área assistencial. Atualmente somente no HUSM. Com especialização e fazendo mestrado à distância.
- E6 – Enfermeira, 30anos. Formada há 06 anos, trabalha na enfermagem há 7 anos e no HUSM há menos de 6 meses como enfermeira. Trabalhou na assistência municipal e há três anos somente no HUSM. Atualmente somente no HUSM. Com especialização.
- E7 – Enfermeira, 30 anos. Formada há 3 anos e meio, trabalha na enfermagem há 3 anos e no HUSM há 2 anos. Trabalhou como professora substituta em uma universidade federal. Atualmente somente no HUSM. Com mestrado em enfermagem.
- E9 – Enfermeira, 41 anos. Formada há 12 anos, trabalha na enfermagem há 20 anos e no HUSM há 7 anos como enfermeira. Com especialização.
- E10- Enfermeira, 42 anos. Formada há 20anos, trabalha na enfermagem há 20 anos e no HUSM há 16 anos. Já trabalhou como docente no curso de auxiliar de enfermagem por 2 anos e durante todo período dos 20 anos na área assistencial. Atualmente somente no HUSM. Com especialização.

Efeito metafórico (metáfora)	Efeito polissêmico (polissemia)			Efeito parafrástico (paráfrase)
Situação existencial	Tema gerador	Sub-tema	Recodificação temática	Comentário analítico
QUARTO MOMENTO – APRESENTAÇÃO DA PA				
<p>E6:- <i>quase num fôlego só</i>: Eu coloquei assim: como... o que eu preciso para desenvolver a educação em saúde seria tempo. Por cima de tudo eu botei o relógio simbolizando o tempo! Quer dizer, por mais que a gente queira desenvolver, se tu não consegue aquele tempo/: tu não... faz só o que dá mesmo. E não tudo que gostaria. Boa vontade. Acima de tudo, eu coloquei laranja porque é uma cor que dá energia então a gente tem que ter boa vontade e disposição para/: conseguir desenvolver né, essa educação em saúde. Trabalho em equipe eu coloquei em verde, porque o verde significa saúde e que /: hã, é importante, e ninguém faz nada sozinho. Conhecimento! Que todo mundo... Tu tem que ter conhecimento para poder ah/:...educar alguém em</p>				<p>E6 desenhou um relógio grande e colorido no meio da primeira página de sua produção e coloca que precisa de TEMPO para desenvolver educação em saúde no seu cotidiano no hospitalar, acrescentando que se não tem o tempo necessário, se faz o que dá e não o que gostaria. Essa colocação expressa a necessidade sentida de ter um tempo para esse tipo de atividade, denotando que nem sempre a educação em saúde é realizada como o sujeito entende ser necessário. E6 também expressa</p>

<p>saúde, enfim... E eu coloquei duas carinhas aqui, que o conhecimento eu coloquei assim uma carinha sorridente porque, o azul, né, que seria o conhecimento, que eu fico feliz, que eu estou sempre buscando coisas novas pra poder passar novos conhecimentos, para poder passar pros outros. Então isso é uma coisa que me deixa feliz. E a carinha em verde que seria o trabalho em equipe que nem sempre tu tem aquela... a mesma boa vontade de todos os que são/: que fazem parte da equipe, pra tu poder desenvolver, porque como eu disse anteriormente ninguém faz nada sozinho. Então seria isso que eu acredito que precisa, né, para desenvolver educação em saúde. Eu, eu vejo dessa forma! E para desenvolver eu coloquei assim, depois eu coleí essa foto mas aí eu fiquei pensando que isso aqui caberia também no primeiro, porque, busca de conhecimento, né, eu coloquei aqui, através de leituras, pra buscar o conhecimento pra poder hãh [...] educar, em saúde, e outra foto à [...], seria mostrar como aplicar esse conhecimento pra gente passar essa informação que a gente, né[...] tem o privilégio de saber e de ta sempre buscando, né. Eu digo graças a Deus, porque/: eu acredito muito em Deus – <i>rindo ao contar que acredita muito em Deus-</i>, então a gente [...] a gente sabendo como, como buscar, a gente sabe [...] vai ter uma noção de como demonstrar também. Porque nem tudo como a gente aprende ééé [...] 100% e a gente está sempre aprendendo e nem sempre... Até a maneira da gente se expressar. Tem pessoas que não entendem o que a gente fala. Não entendem o que a gente tá querendo dizer. Então a gente tem que ter também humildade pra saber passar isso, esse conhecimento.</p> <p>Pesquisadora:: Como assim? passar esse conhecimento?</p>				<p>que é necessário boa vontade e disposição, além de trabalho em equipe. Essas palavras do sujeito sugerem que, para ele, muito da educação em saúde depende do próprio profissional e do trabalho realizado em equipe, para o que complementa que ninguém faz nada sozinho.</p> <p>E6 lembra que o conhecimento e sua busca contínua também são necessários, que precisa ter conhecimento para poder passar aos outros e que essa ação a deixa feliz. Inclusive colocando o conhecimento como azul em um desenho de rosto sorridente. Também colocou uma figura de um homem lendo, para o que expressou ser importante ler buscando conhecimento para poder educar em saúde. Um outro rosto em verde um pouco triste, significando o trabalho em equipe em que nem sempre se tem a mesma boa vontade em todos os membros da mesma. E outra figura que referiu ser a forma de passar o conhecimento que tem o privilégio de saber, salientando que sabendo como buscar vai-se ter noção de como demonstrar, sabendo que nem sempre as pessoas entenderão o que está sendo dito. Por isso tem que se ter humildade para poder passar o conhecimento. Assim E6 expressa o quanto o conhecimento e saber passar esse conhecimento é</p>
---	--	--	--	---

<p>E6: A maneira como a gente vai dizer assim, por exemplo pra um paciente, ó é pra ti...tu já evacuou hoje? Já tomou banho? As vezes o banho não é aquele banho que a gente sabe que... aquela limpeza que a gente tem em mente. As vezes toma banho e ele não lava [...], não esfrega as unhas, não esfrega os cabelos, então [...] pra nós é como se ele não tivesse tomado banho <i>-murmúrios gerais por trás-</i>. Só se benzeu embaixo d`agua ali. Ou se evacuou, as vezes não sabe nem o que quer dizer essa palavra, então a gente tem que saber/, ter a sensibilidade de saber passar pro[...] paciente, pra quem a gente tá educando.</p> <p>E7: Sim – <i>fala rindo</i>. Coloquei um relógio também então. Que que preciso para desenvolver: coloquei um relógio porque precisamos de tempo! Infelizmente, nossos pacientes são pacientes complexos, pacientes graves que demandam muita//: atenção nossa. E isso muitas vezes dispende tempo pra que a gente possa disponibilizar esse tempo para fazer as orientações e pra escutá-lo também. E a partir disso eu, eu coloquei que também que ficou muito difícil/: a profissão, entre a família e a profissão, porque /: na verdade, eeu particularmente, tenho atividades fora do meu expediente, então eu saio bem, né,-<i>sinalizava: bem antes-</i> de casa para fazer orientações pra pacientes, por exemplo, na traumatologia. Então isso requer tempo também! Então a gente deixa muitas vezes a família pra //: hãh, pra fazer essa, essas coisas que são os nossos sonhos, né? A nossa profissão! Adequando se sempre a realidade do paciente. Não adianta a gente, também /: falar coisas que fogem da realidade dele, né? E/: pra tudo tem um momento! De repente não é aquele</p>				<p>importante para a educação em saúde no seu dia à dia.</p> <p>Ao ser questionada de como seria o “passar” esse conhecimento, E6 expressa por exemplos que nem sempre o linguajar utilizado pelos profissionais é o de entendimento dos pacientes, bem como as concepções acerca de conceitos podem ser bastante diferentes, fazendo com que o que um diga seja interpretado de outra forma pelo outro. Esta forma de expressar-se remete a que no dia a dia é percebida a importância da dialogicidade e a dialética para que a educação em saúde seja realmente efetiva, num movimento de comunicação horizontal. Isto somado à expressão que quando não se tem tempo suficiente “faz só o que dá mesmo”, reforçam a necessidade de tempo e dedicação para esta tarefa.</p> <p>E7, na pagina de sua produção em que descreve o que precisa para realizar a educação em saúde, também expressa que o tempo é algo que necessário para desenvolver a educação em saúde, tendo colado a figura de um relógio de pulso. Ao lado e antecedendo-o colou uma foto com os dizeres “entre a família e a profissão”, para o que explica que ficou difícil essa</p>
--	--	--	--	---

<p>momento ideal pra gente falar pra ele algumas/: algumas verdades ou algumas orientações. Não é a hora de... escutar. Ele não quer conversar! Então agente também tem que respeitar isso.</p> <p>E como desenvolvo educação em saúde: sempre a importância da família inserida nesse contexto. //:Porque é por meio desse convívio que a gente vai conseguir um bom/: resultado do tratamento no domicílio, respeitando as necessidades, que eu já tinha colocado./:ã, escolhendo o que é melhor pro paciente/: e não , não escolhendo na, na imposição! E sim fazendo com que ele saiba o que é melhor pra ele. Aqui eu coloquei um paciente, a figura de um paciente, com/: uma fratura de membro inferior, então /: orientar como é que ele vai caminhar com esse/: recurso auxiliar. Também não adianta a gente dá ele o instrumento se não orientá-lo em relação a, a... a conduta que ele vai ter com aquele material. Então eu acho que são todas essas questões que nos motivam, né, no dia a dia. Embora, como eu já disse, o tempo é meio//: complicado da gente tentar/: hã, priorizar, mas algumas coisas são essenciais. No nosso dia a dia é o que faz a diferença, né? E7:: Sim! Como eu consigo desenvolver. Inserindo a família, hã, fazendo com ele saiba o que é melhor pra ele, a partir do que ele conhece e</p>				<p>relação, visto que para realizar algumas atividades de educação em saúde utiliza seu tempo fora do horário de serviço em detrimento de estar com a família. Isto para poder realizar essas atividades que define como “nossos sonhos, nossa profissão”. Aqui pode-se perceber a satisfação em realizar essas atividades, mas ao mesmo tempo, a dificuldade de inserir as atividades de educação em saúde na rotina diária que executa em seu horário de serviço.</p> <p>E7 traz algo semelhante à expressão de E6 ao afirmar que é necessário adequar a educação em saúde à realidade do paciente, que não adianta falar de coisas que fogem de sua realidade, bem como é importante perceber o momento certo para isso. Que por vezes o paciente pode estar querendo alguém que o ouça. Também expressa que é importante agir respeitando as necessidades do paciente, não impondo e sim conseguindo fazer com que ele saiba o que é melhor para ele e incluindo a família nessas ações. Todas essas coisas ficaram bem expressas em sua produção artística. Termina exprimindo que essas questões a motivam no dia a dia, ainda que, volta a afirmar, o tempo é meio complicado.</p>
<p>QUINTO MOMENTO - DEBATE</p>				

SÍNTESE E VALIDAÇÃO

APÊNDICE D – Quadros síntese de temas e sub-temas geradores - DCS Almanaque

Data: 10/06/2010

Local: Anfiteatro da Turma do Ique, UFSM

Coordenadora/Pesquisadora: Angelita Gastaldo Rigon

Nome dos auxiliares de pesquisa DCS: Franciele Roberta Cordeiro e Sabrina Quinhones

Duração: início às 14e 20h e término às 16h. Tempo de duração: 1h e 40 min.

QG: “o que você precisa para desenvolver a educação em saúde em seu cotidiano de cuidado no hospital? E como a desenvolve?”.

Efeito metafórico (metáfora)

Efeito polissêmico (polissemia)

Efeito parafrástico (paráfrase)

Situação	Tema gerador	Subtema	Rec	Comentário analítico
existencial				
QUARTO MOMENTO – APRESENTAÇÃO DA PA				
	<p>E6:(...) o que eu preciso para desenvolver a educação em saúde seria tempo. Por cima de tudo eu botei o relógio simbolizando o tempo! Quer dizer, por mais que a gente queira desenvolver, se tu não consegue aquele tempo/: tu não... faz só o que dá mesmo. E não tudo que gostaria.</p> <p>6º tema gerador:</p> <p>A INFLUÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</p> <p>Ou</p>	<p>9º sub-tema:</p> <p>O tempo para desenvolver a educação em saúde</p> <p>Ou</p>		<p>E6 desenhou um relógio grande e colorido no meio da primeira página de sua produção e coloca que precisa de TEMPO para desenvolver educação em saúde no seu cotidiano no hospitalar, acrescentando que caso não tenha o tempo necessário, faz o que dá e não o que gostaria. Essa colocação expressa a necessidade sentida de ter um tempo para esse tipo de atividade, denotando que nem sempre a educação em saúde é realizada como o sujeito entende ser necessário.</p>

	<p style="text-align: center;">4º tema gerador:</p> <p style="text-align: center;">A VALORIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COTIDIANO</p> <p>E6: Boa vontade. (...) Trabalho em equipe eu coloquei em verde, porque o verde significa saúde e que /: hã, é importante, e ninguém faz nada sozinho. (...) E6: E a carinha em verde que seria o trabalho em equipe que nem sempre tu tem aquela... a mesma boa vontade de todos os que são/: que fazem parte da equipe, pra tu poder desenvolver.</p> <p style="text-align: center;">3º tema gerador: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COTIDIANO: UM PROCESSO</p> <p>E6 Conhecimento! (...) Tu tem que ter conhecimento para poder ah/...educar alguém em saúde, enfim... (...) que eu fico feliz, que eu estou sempre buscando coisas novas pra poder passar novos conhecimentos, para poder passar pros outros. Então isso é uma coisa que me deixa feliz. (...) E para</p>	<p style="text-align: center;">6º SUB-tema gerador:</p> <p style="text-align: center;">os limites encontrados no cotidiano para realizar a educação em saúde</p> <p style="text-align: center;">10º SUB-tema gerador: A importância da equipe na educação em saúde</p>	<p>E6 também expressa que é necessário boa vontade e disposição, além de trabalho em equipe. Desenhou em sua produção um rosto em verde um pouco triste, significando o trabalho em equipe em que nem sempre se tem a mesma boa vontade em todos os membros da mesma.</p> <p>Essas palavras do sujeito sugerem que, para ele, muito da educação em saúde depende do próprio profissional e do trabalho realizado em equipe, para o que complementa que ninguém faz nada sozinho.</p> <p>E6 lembra que o conhecimento e sua busca contínua também são necessários, que precisa ter conhecimento para poder passar aos outros e que essa ação a deixa feliz. Inclusive utilizando da metáfora de um desenho de um rosto sorridente com a cor azul simbolizando conhecimento. Também colou uma figura de um homem lendo, para o que expressou ser importante ler buscando conhecimento para poder educar em saúde.</p> <p>Assim E6 expressa o quanto o conhecimento e saber transmitir esse conhecimento é importante para a educação em saúde no seu dia à dia.</p> <p>Ao ser questionada de como seria o “passar” esse conhecimento, E6 expressa por exemplos que nem sempre o linguajar utilizado pelos</p>
--	---	---	---

	<p>desenvolver eu coloquei assim(...)através de leituras, pra buscar o conhecimento pra poder hã [...] educar, em saúde,(...) Até a maneira da gente se expressar. Tem pessoas que não entendem o que a gente fala. Não entendem o que a gente tá querendo dizer. Então a gente tem que ter também humildade pra saber passar isso, esse conhecimento.</p> <p>3º tema gerador:</p> <p>A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COTIDIANO: um processo</p> <p>E6:: A maneira como a gente vai dizer assim, por exemplo pra um paciente, (...) Já tomou banho? As vezes o banho não é aquele banho que a gente sabe que... aquela limpeza que a gente tem em mente(...) então [...] pra nós é como se ele não tivesse tomado banho - <i>murmúrios gerais por trás</i>-. Só se benzeu embaixo d`agua ali. (...) então a gente tem que saber/., ter a sensibilidade de saber passar pro[...] paciente, pra quem a gente tá educando.</p> <p>3º tema gerador:</p> <p>A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COTIDIANO: um processo</p> <p>E7:: (...)Que preciso para desenvolver; coloquei um relógio porque precisamos de tempo! Infelizmente, nossos pacientes</p>	<p>1º SUB-tema gerador:</p> <p>A construção da concepção de educação em saúde e suporte para mesma requer estudo, pesquisa e cientificidade</p> <p>E</p> <p>7º SUB-tema gerador:</p> <p>Tendências pedagógicas</p>	<p>profissionais é o de entendimento dos pacientes, bem como as concepções acerca de conceitos podem ser bastante diferentes, fazendo com que o que um diga seja interpretado de outra forma pelo outro. Esta forma de expressar-se remete a que no dia a dia é percebida a importância da dialogicidade e a dialética para que a educação em saúde seja realmente efetiva, num movimento de comunicação horizontal. Isto somado à expressão que quando não se tem tempo suficiente “faz só o que dá mesmo”, reforçam a necessidade de tempo e dedicação para esta tarefa.</p> <p>E7, na pagina de sua produção em que descreve o que precisa para realizar a educação em saúde, também expressa que o tempo é algo necessário para desenvolver a educação em saúde, tendo colado a figura de um relógio de pulso. Ao lado e antecedendo-o colou uma foto com os dizeres “entre a família e a profissão”, para o que explica que ficou difícil essa relação, visto que para realizar algumas atividades de educação em saúde utiliza seu tempo fora do horário de serviço em detrimento de estar com a família. Isto para poder realizar essas atividades que define como “nossos sonhos, nossa profissão”. Aqui pode-se perceber a satisfação em realizar essas atividades, mas ao mesmo tempo, a dificuldade de inserir as atividades de educação em saúde na rotina diária que executa em seu horário de serviço.</p>
--	---	--	--

		<p>O tempo para desenvolver a educação em saúde</p> <p>Ou</p> <p>6º SUB-tema gerador:</p> <p>os limites encontrados no cotidiano para realizar a educação em saúde</p>		
--	--	--	--	--