

MAURA CRISTIANE E SILVA FIGUEIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: SABERES E PRÁTICAS DE
ENFERMEIRAS DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA EM
SANTARÉM NO PARÁ**

**CAMPINAS
2010**

MAURA CRISTIANE E SILVA FIGUEIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: SABERES E PRÁTICAS DE
ENFERMEIRAS DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA EM
SANTARÉM NO PARÁ**

*Dissertação apresentada ao Programa
de Pós- Graduação em Enfermagem
da Faculdade de Ciências Médicas da
Unicamp para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

*Área de Concentração: Enfermagem e
Trabalho.*

ORIENTADORA: Dr^a. Eliete Maria Silva

**CAMPINAS
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F469e Figueira, Maura Cristiane e Silva
Educação em saúde: saberes e práticas de enfermeiras das equipes
saúde da família em Santarém no Pará / Maura Cristiane e Silva
Figueira. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Eliete Maria Silva
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação em Saúde. 2. Enfermagem. 3. Programa Saúde da
Família. I. Silva, Eliete Maria. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Health education: knowledge and practice of nurses in
family health teams in Santarém Pará**

Keywords: • Health education
• Nursing
• Family health program

Titulação: Mestre em Enfermagem
Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Eliete Maria Silva
Prof^a. Dr^a. Sônia Acioli de Oliveira
Prof^a. Dr^a. Antonieta Keiko kakuda Shimo

Data da defesa: 24/06/2010

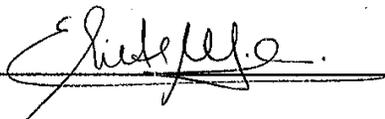
**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

MAURA CRISTIANE E SILVA FIGUEIRA (RA:087540)

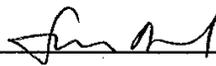
Orientador (a) PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA

Membros:

1. PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA



2. PROFA. DRA. SONIA ACIOLI DE OLIVEIRA



3. PROFA. DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 24 de junho de 2010

A minha mãe, Adelaide:
*Suas orações são como afago e tranquilidade,
como carinhos de querida mãe...*

A meu pai, Antônio:
*Meu maior “mestre da vida”, por me ensinar a
humildade para buscar os desafios e conseguir
vencê-los...*

À Marianna:
*Por entender com paciência que: “a mamãe
também precisa ir à escola, mas será que não
poderia ser mais perto?”*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas bênçãos que recebo a cada dia e a minha querida família, meu pai e minha mãe, que com seu apoio incondicional me mostraram o caminho do bem e estímulo para os percursos difíceis.

A meus irmãos Marcos, Ândria, Meire e em especial à Michela e José Mauro, pelo incentivo de sempre.

À minha filha Marianna e ao meu querido Lincoln, pessoas mais que companheiras na minha vida.

À Unicamp, Programa de Pós-graduação das Faculdades de Ciências Médicas - Departamento de Enfermagem pela oportunidade em realizar meus estudos de pós-graduação e em especial à Renata Machado pela paciência e carinho.

Agradeço de maneira especial à Dr^a Eliete Maria Silva, ou simplesmente Eliete, que com muita tranquilidade e carinho me direcionou os caminhos para compreender as práticas da nossa profissão.

Ao GEPEPES pelas contribuições dadas e pelos encontros de discussões agradáveis sobre as nossas práticas. Em especial à Dalvani Marques e Tânia Leite.

Às amigas Daniella Baragatti e Priscila Dordetto, que nos momentos difíceis de desestímulo me mostraram força para continuar a lutar.

Às Faculdades Integradas do Tapajós, pela confiança e apoio com a bolsa de estudos cedida por meio da FIDESA.

Ao Dr. João Alberto Coelho e à amiga enfermeira Luana Campos pelo apoio no projeto para a qualificação.

Às professoras doutoras Sônia Acioli de Oliveira e Antonieta Keiko K. Shimo pelas contribuições na banca de qualificação.

Às colegas enfermeiras das equipes de saúde da família que participaram deste estudo e que vivenciam as práticas de enfermagem em Santarém, em especial à Ivana Pimentel, amiga e colega enfermeira, por todo apoio no trabalho.

Sumário

RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
LISTA DE TABELAS.....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xii
APRESENTAÇÃO.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	4
1.1 Educação em Saúde no Brasil: perspectivas históricas.....	5
1.2 A Reforma Sanitária e as políticas de saúde.....	13
1.3 Considerações sobre o Programa Saúde da Família - PSF.....	16
1.4 O PACS e o PSF no Pará e em Santarém.....	24
2. OBJETIVOS.....	28
2.1 Geral.....	28
2.2 Específicos.....	28
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
3.1 O processo de trabalho em saúde e a enfermagem.....	29
3.2 Educação Popular em Saúde.....	37
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
4.1 Cenário do estudo.....	43
4.1.1 O Estado do Pará e o Município de Santarém.....	43
4.2 Sujeitos do estudo.....	46
4.3 Coleta de dados.....	46
4.4 Considerações éticas.....	49
4.5 Análise dos dados.....	50
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	52
5.1 Caracterização das enfermeiras.....	52
5.2 Categorias Temáticas.....	56
5.2.1 Concepções das enfermeiras sobre educação em saúde.....	57
5.2.2 Práticas educativas e o processo de trabalho na ESF.....	66
5.2.2.1 Influências nas práticas educativas.....	76
5.2.3 Tendências à educação popular nas práticas educativas na ESF.....	83
5.2.4 O valor e a confiança no trabalho da enfermeira.....	91
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
8. ANEXOS.....	107

8.1	Carta de Aceite da Pesquisa.....	107
8.2	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	108
9.	APÊNDICES	110
9.1	Apêndice 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Enfermeira	110
9.2	Apêndice 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuário	111
9.3	Apêndice 3: ROTEIRO PARA A ENTREVISTA.....	112
9.4	Apêndice 4: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	113

RESUMO

As práticas educativas no campo da Educação em Saúde são consideradas instrumentos que compõem o processo de trabalho em saúde e que norteiam as ações da enfermeira, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir dessa perspectiva, elaboramos este estudo, que tem como objetivo analisar os saberes e práticas educativas de enfermeiras no contexto das unidades de saúde da família em Santarém no Pará. Utilizamos como referencial teórico o Processo de Trabalho em Saúde e a Educação Popular em Saúde. O estudo tem uma abordagem qualitativa e descritiva das práticas realizadas pelas enfermeiras no cotidiano da profissão e das influências referidas por elas ao realizar as atividades educativas. A coleta de dados baseou-se em entrevistas semi-estruturadas e observação de práticas educativas indicadas pelas enfermeiras, submetidas à técnica de análise de conteúdo. Foram entrevistadas 15 enfermeiras das unidades da zona urbana, destas 13 na faixa etária entre 30 a 49 anos; oito formadas entre 10 a 15 anos, considerados início da consolidação da vida profissional; 13 cursaram graduação em instituição privada; 10 têm de 13 a 16 anos de trabalho na atenção primária e 11 de 5 a 12 anos na ESF; 14 têm curso de especialização em Saúde da Família. As categorias temáticas destacadas foram: Concepções das enfermeiras sobre educação em saúde; Práticas educativas e o processo de trabalho na ESF e as influências nas práticas educativas; Tendência à educação popular nas práticas educativas na ESF e Valor e confiança no trabalho da enfermeira. As concepções das enfermeiras sobre educação em saúde demonstram enfoque pautado no modelo hegemônico com o objetivo de modificar comportamentos prejudiciais à saúde. O processo de trabalho é baseado nos programas ministeriais e os instrumentos são utilizados de maneira individual, nos grupos e na família. As influências dificultadoras referem-se à falta de transporte para as visitas domiciliares, ao excesso de participantes nos grupos, a falta de infra-estrutura e materiais didáticos na unidade; as facilitadoras referem-se ao vínculo, ao apoio no trabalho em equipe, principalmente pelo agente comunitário, e as parcerias com instituições da comunidade. Percebemos uma tendência ao enfoque da educação popular em saúde com a valorização de práticas da própria comunidade (benzedeiras e parteiras) e parcerias com entidades na realização do trabalho. A valorização e a confiança no trabalho das enfermeiras também foram destacadas. Os resultados mostram interesse externado pelas enfermeiras em reorientar suas práticas educativas utilizando meios alternativos de modo a divergir das práticas convencionais e tradicionais do modelo hegemônico.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Enfermagem; Programa Saúde da Família.
Linha de Pesquisa: Gerenciamento dos serviços de saúde e de enfermagem

ABSTRACT

Educational practices in the health education field are considered as instruments composing the work process in health and guiding the actions of the nurse, especially those in the Family Health Strategy (FHE). From this perspective, we idealized this study, which aims to analyze the knowledge and educational practices of nurses in the context of family health units in Santarém, Pará State. We used as theoretical reference the work process and popular education in health care. This study has a qualitative and descriptive approach of the practices performed by nurses in everyday work and influences to carry out educational activities. Data collection was based on semi-structured interviews and observation of educational practices performed by the nurses. We interviewed 15 nurses from the urban area. The thematic categories highlighted were: conceptions of nurses on health education; educational practices and work processes in the FHE and the influences on educational practices; tendency of popular education in educational practices in the FHE; and value and trust of the nurse's labor. The nurse's concepts on health education demonstrate a focus on the prevailing model aiming to modify injurious behaviors to the health. The working process is based on ministerial programs and instruments are used individually, in groups and family. The lack of transportation for home visits, the excess of participants in the groups, lack of infrastructure and teaching materials in the units are considered the most expressive difficulties. On the other hand, the link to; the support to the teamwork, especially by the agent community, and partnerships with community institutions facilitated their work. We noticed a tendency to focus on popular health education with the valuation practices of the community (traditional healers and midwives) and partnerships with entities in carrying out the work. Valuation and confidence in the work of the nurses were also highlighted. The results show that the nurses are willing to reorient their educational practices by using alternative ways in order to be unlike from conventional practices and traditional hegemonic model.

Keywords: Health Education, Nursing, Family Health Program.

Research Topic: Management of health services and nursing

LISTA DE FIGURAS, TABELAS e QUADRO

Figura 1. Mapa do município de Santarém na região do Baixo Amazonas - Estado do Pará.....	44
Figura 2. Distribuição das Equipes Saúde da Família na zona urbana de Santarém.....	46
Tabela 1. Distribuição segundo faixa etária das enfermeiras entrevistadas na ESF, Santarém-PA, 2009.....	53
Tabela 2. Distribuição segundo o tempo de formação das enfermeiras entrevistadas, Santarém-PA, 2009.....	53
Tabela 3. Distribuição das enfermeiras por idade na formatura da graduação, Santarém-PA, 2009.....	54
Tabela 4. Distribuição por tempo de trabalho na APS e na ESF das enfermeiras entrevistadas, Santarém-PA, 2009.....	55
Quadro 1. Tipos de cursos de Especialização realizados pelas enfermeiras entrevistadas, Santarém-PA, 2009.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
CD	CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO
CE	CONSULTA DE ENFERMAGEM
CRS	CENTRO REGIONAL DE SAÚDE
CS	CENTRO DE SAÚDE
DNSP	DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
EPS	EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
FIDESA	FUNDAÇÃO INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA
FIT	FACULDADES INTEGRADAS DO TAPAJÓS
FUNASA	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
GEPEPES	GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EDUCAÇÃO E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E SAÚDE
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
INAMPS	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PCCU	PREVENTIVO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PROESF	PROGRAMA DE EXPANSÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SEMSA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SANTARÉM)
SESP	SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA
SESPA	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
THD	TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL
URES	UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA
UEPA	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
UNICEF	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA
USF	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

APRESENTAÇÃO

Desde o término da graduação em 1996, trabalhei em comunidades no interior de Santarém, estado do Pará, em ações assistenciais e práticas de educação em saúde. Posteriormente, em 1999, continuei o trabalho no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Desenvolver esse trabalho me entusiasmou por perceber a satisfação das pessoas em compartilhar seus saberes e participar do seu cuidado e também pelo meu aprendizado nas diferentes culturas interioranas.

Ao reingressar na vida acadêmica como docente em 2006, nas Faculdades Integradas do Tapajós (FIT), me encantei com o processo educativo, pois fui convidada a ministrar disciplinas totalmente voltadas para a minha prática como: Saúde Coletiva e Educação em Saúde, induzindo-me a reflexões mais aprofundadas dos temas propostos e ter a oportunidade de transmitir aos alunos o gosto por leituras e discussões sobre as práticas educativas, enfim perceberem o quanto o enfermeiro pode ser um educador. Nesse período, ingressei em uma equipe saúde da família que estava sendo implantada em um bairro periférico de Santarém e pude, por dois anos, conhecer as diretrizes da implementação e funcionamento desse modelo de atenção à saúde. Foi uma experiência fundamental para mim, pois no convívio com a comunidade fiz muitos amigos entre os usuários, lideranças e na equipe o que nos proporcionava satisfação em desenvolver os trabalhos na unidade.

O despertar para a busca do curso de mestrado surgiu quando a faculdade ofereceu bolsas de estudo para enfermeiros que fossem aprovados em processos seletivos, pela agência de fomento Fundação Instituto para o Desenvolvimento da Amazônia (FIDESA), pois na região oeste do Pará há poucos enfermeiros com tal qualificação reconhecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), apesar de ter três instituições de ensino superior em enfermagem.

Ao iniciar o projeto para esta pesquisa senti a necessidade de abordar um tema que me inquietava, as práticas educativas realizadas por enfermeiros. Percebia certa dificuldade de compreensão por parte dos mesmos sobre processos educativos, carência esta atribuída por eles à formação e a falta de apoio institucional. Mas, ao mesmo tempo percebia a existência de profissionais com práticas inovadoras, exitosas, de iniciativas próprias trabalhando com apoio das comunidades. Diante dessas observações fiquei inquieta por conhecer quais são os saberes e quais as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros no contexto da ESF? De que maneira são vivenciadas as dificuldades e facilidades para elaborar o trabalho educativo? A equipe dá apoio nessas práticas? E o envolvimento da comunidade, parcerias e associações influenciam nesse trabalho? E mais, os enfermeiros levam em consideração o saber popular principalmente os ligados a práticas populares tais como benzedeiros, curandeiros, parteiras e outros ligados ao contexto cultural da região? Diante dessas indagações procurei refletir de que maneira haveria possibilidade de compreensão de tais questionamentos e nas discussões de algumas disciplinas do mestrado, na participação no grupo de pesquisas (Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde - GEPEPES) e nas leituras, compreendi que um caminho seria o Processo de Trabalho em Saúde e dentro dele compreender o instrumento “educação em saúde” na perspectiva dos enfermeiros que a realizam. E ainda, se a utilização desse instrumento contempla as abordagens de Educação Popular em Saúde (EPS), que considero imprescindíveis para o saber e fazer da educação em saúde e especialmente no contexto deste estudo, a região amazônica.

Este estudo sobre os saberes e práticas educativas das enfermeiras nas Unidades de Saúde da Família foi dividido em capítulos.

No primeiro capítulo fazemos uma introdução sobre a Educação em Saúde. Destacamos a história da Educação em Saúde no Brasil, influenciada pelo modelo econômico vigente refletindo em práticas até hoje utilizadas pelos profissionais, principalmente pelo modelo norte americano trazido pelo Serviço Especial de Saúde Pública nas ações de saúde realizadas na região. Discutimos

sobre a Reforma Sanitária e as políticas de saúde implementadas, principalmente o PSF e sua história no contexto do estudo, o município de Santarém. No segundo capítulo apresentamos os objetivos do trabalho.

No terceiro capítulo, discutimos o referencial teórico, o Processo de Trabalho, essencial para a compreensão destas discussões, pois foi a partir deste que pudemos compreender como se processa o trabalho em saúde e as contribuições de alguns autores sobre esta reflexão. E como referencial para a Educação em Saúde, discutimos sobre a Educação Popular em Saúde, mostrando como se desdobrou nas políticas de saúde no Brasil e a influência que pode haver nos serviços.

No quarto capítulo, apresentamos os aspectos metodológicos: caracterizamos o estudo, o cenário em que foi realizado e os sujeitos; Discutimos a coleta de dados, as considerações éticas e a análise dos dados.

Em seguida, no quinto capítulo, apresentamos os resultados e as discussões: caracterizamos os sujeitos e apresentamos as categorias temáticas surgidas do referencial teórico e do material empírico. As categorias discutidas são: Concepções das enfermeiras sobre educação em saúde; Práticas educativas e o processo de trabalho na ESF; Como subcategoria, as influências facilitadoras e dificultadoras relatadas nas práticas; Tendências à educação popular nas práticas educativas na ESF; O valor e a confiança no trabalho da enfermeira. E finalizamos, no sexto capítulo, fazendo algumas considerações sobre o estudo.

Por considerar a construção deste trabalho um momento coletivo, com diversos atores, protagonistas do trabalho em saúde no município, em meio a proposições e sugestões dadas por alguns colaboradores, no GEPEPES e no exame de qualificação, percebi que a utilização da primeira pessoa do plural seria mais coerente com a construção do texto, portanto utilizo o “nós”, valorizando a todos os que colaboraram nesta busca e aos autores dos referenciais teóricos pela riqueza das contribuições para a profissão e o direcionamento da pesquisa.

1. INTRODUÇÃO

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Sabino

Este estudo tem como objeto, as práticas educativas em saúde realizadas por enfermeiros no contexto das unidades de saúde da família em Santarém no Pará.

As práticas educativas compõem a prática social da enfermagem e caracterizam-se como instrumentos valiosos no processo de trabalho em saúde.

Consideramos que a Educação em Saúde constitui um conjunto de saberes e práticas, orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo um recurso pelo qual os conhecimentos cientificamente produzidos no campo da saúde juntamente com os saberes populares atingem a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídio para a adoção de novos hábitos e condutas em saúde (1).

No trabalho de enfermagem, as ações educativas se constituem em um dos seus principais eixos norteadores que se efetivam nos vários espaços de realização das práticas, especialmente no campo da saúde pública, sejam em comunidades, serviços de saúde vinculados à atenção básica, escolas, creches e em outros locais (2). Desse modo, Alves (1) destaca ser necessário superar a dissociação existente entre as práticas educativas e as demais práticas de saúde, compreendendo-se que a educação em saúde se processa nas relações entre profissionais, usuários e famílias, sendo que todos os momentos dos encontros são contextos para educação em saúde, portanto todos os profissionais da equipe de saúde da família precisam se reconhecer como educadores.

A área de educação em saúde pode ser entendida, conforme L'Abbate (3) (p. 481), como *“campo privilegiado de práticas que ocorrem no nível das relações sociais normalmente estabelecidas cotidianamente pelos profissionais de saúde*

entre si e no âmbito institucional, sobretudo com o usuário, envolvendo os diversos atores presentes”.

A relação entre educação, saúde e suas práticas são condicionadas por dimensões estruturais complexas que precisam de uma análise histórica para melhor compreensão. Os modelos de educação aplicados à área de saúde pública não significam uma sequência evolutiva e sim práticas realizadas em certos períodos e determinados locais, de acordo com os problemas de saúde destacados para intervenção, com o objetivo de manter a hegemonia da classe dominante. Verifica-se que as atividades desenvolvidas, eram orientadas pelas concepções de saúde e de educação em saúde vigente em cada período histórico e pelos modelos de atenção implantados nos serviços, na busca da manutenção da saúde da mão-de-obra trabalhadora para fins capitalistas (4). Tais modelos implementados em diferentes momentos históricos e sociais influenciaram profundamente as práticas educativas atuais, realizadas nas unidades de saúde, portanto carecem ser abordadas para o entendimento das condutas exercidas.

1.1 Educação em Saúde no Brasil: perspectivas históricas

Para a compreensão do desenvolvimento da educação sanitária no Brasil, faz-se necessário entendermos como se deram as primeiras influências dos Estados Unidos no final do século XIX e início do século XX.

John Dewey, teórico americano foi quem mais influenciou o movimento conhecido como escola-novismo e na sociedade norte americana nas primeiras décadas do século XX, devido as suas propostas de uma escola para a vida, influenciando também no que se chamaria de “educação para a saúde”. A preparação técnica e científica para qualificar mão de obra para o trabalho era a “educação para a vida” e também deveria haver a manutenção do corpo do trabalhador sadio na produção, que ficou conhecida como “educação para a saúde” (5).

Devido a essas influências e o movimento de higienização¹ no mundo, considera-se que a escola é o local ideal para preparar cidadãos para a vida e para a democracia. A sociedade passa por constantes mudanças exigidas pelo desenvolvimento das forças produtivas e pelo capitalismo monopolista e o Estado passa a assumir novas funções seguindo as exigências da sociedade. É nesse contexto que surgem as primeiras experiências nos Estados Unidos com centros de saúde responsáveis por medidas preventivas e educativas para a saúde. Nas primeiras décadas o Estado não assumia as políticas sociais, não havendo organização sanitária que atendesse à população. Porém a partir da era bacteriológica², foram criados locais especiais para doenças que tinham cura e formas de educar para prevenção para as que não haviam tratamento (5). Nesse modelo biologicista, o homem é considerado com funcionamento mecânico dos órgãos, porém essa concepção foi perdendo espaço devido à organização social que gerou uma crescente necessidade de atenção à saúde para a manutenção da qualidade da força de trabalho dos trabalhadores a serviço do capital, surgindo a partir disso a concepção de que há vários fatores que causam as doenças (teoria da multicausalidade) (6).³

Nos Estados Unidos, em 1917, é criada a primeira escola de Saúde Pública (John Hopkins University) onde médicos brasileiros, financiados pela Fundação Rockefeller recebiam treinamentos. Um dos médicos, Geraldo Horácio de Paula Souza fundou o Instituto de Higiene do Departamento de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo que desde 1925 preparou os intelectuais brasileiros no campo da saúde pública (5).

¹ Movimento que reporta ao século XIX inspirado pela revolução bacteriana. No Brasil, no início do século, ao discurso higienista associou-se a idéia de policia sanitária e nesse sentido, a educação sanitária cumpria o papel de controlar a sociedade, tanto no que se refere às questões sanitárias quanto, aos aspectos referentes à vida cotidiana das famílias pobres (2).

² Na era bacteriológica o modelo de saúde fundamentava-se no princípio de que o fenômeno saúde-doença é decorrente de uma só causa: o agente biológico, que penetrando no organismo, provoca a doença, desencadeando em uma série de reações indesejáveis (7).

³ Essa teoria consolidou-se na década de 1960 e substituiu a teoria unicausal. Afirmava que a causa das doenças não é única e que coexistem vários fatores causais (6).

No Brasil, ao final do século XIX, as práticas sanitárias voltavam-se fundamentalmente para as áreas urbanas com a finalidade de higienizar ruas e casas, aterrar águas paradas, purificar o ar e organizar os serviços de saúde (7). Destaca-se nesse período, Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, que assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública e foram criadas brigadas militares com o objetivo de visitar as casas, limpando, desinfetando, removendo doentes, enfim, tudo que fosse julgado prejudicial à saúde da população (8). Casas em condições precárias de higiene e cortiços eram desapropriados, foram criadas leis e normas proibindo a circulação de animais e mendigos na cidade. O primeiro objetivo de Oswaldo Cruz foi a luta contra a febre amarela, com milícias paramilitares que entravam em todas as casas da região pobre da cidade, identificando problemas higiênicos que pudessem ser corrigidos e com isso a resistência popular aumentou (8). Posteriormente, foram criadas medidas para o combate da peste bubônica, porém com menos oposição por que se adotou também como medida, a compra de roedores da população como forma de controle do transmissor, mas, surgiram muitos criadores de ratos com o objetivo de venda à Saúde Pública (8). De maneira geral, a estratégia de atuação era o modelo “política de campanhas”, de inspiração bélica, para combater as epidemias. Foi criada a Polícia Sanitária e suas ações eram baseadas no discurso da higiene, que desconsiderava as relações entre a doença e as condições de vida, predominavam a imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas pelos técnicos e burocratas (4,8).

O Estado identificava a ignorância e a falta de informação da população como causa para a existência das doenças. A educação em saúde, nesse contexto, foi inserida como instrumento capaz de, isoladamente, ensinar as pessoas o que elas deveriam fazer para manter a saúde e evitar doenças (7). Eram distribuídos folhetos, denominados conselhos ao povo, sobre os meios de evitar doenças. A educação em saúde era breve porque, para as autoridades, o povo era incapaz de maior entendimento e muitas vezes o discurso era para dizer que o Estado havia tentado pelo convencimento antes de ser obrigado a tomar medidas mais coercitivas (8).

Em 1904, quando se organizava a infra-estrutura administrativa e policial para cumprir a lei da vacinação obrigatória contra a varíola, houve uma grande revolta, conhecida como “Revolta da Vacina”, em que populares reuniam-se para manifestações contra essa medida, havendo muitas mortes, presos e pessoas deportadas para lugares desconhecidos (8). Portanto nas duas primeiras décadas do século XX, as epidemias e os problemas de saneamento eram inúmeros e passaram a mobilizar a atenção dos responsáveis pelas políticas de saúde, visto que já havia dificuldade de mão de obra para trabalhar no setor cafeeiro e os navios tinham receio de atracar nos portos, devido às doenças que ocorriam (7,9). O Estado viu-se obrigado a estruturar as primeiras intervenções sistemáticas de educação em saúde ampliadas às classes populares para combater as epidemias de febre amarela, peste e varíola que traziam transtornos para a exportação de café (8,9). A questão sanitária assumiu uma política intervencionista (práticas impositivas, autoritárias e coercitivas). A partir da década de 20 a situação caótica de saúde passou a ser veiculada pela imprensa, e nesse contexto iniciou-se um movimento com a participação de médicos sanitaristas em defesa da saúde pública, culminando com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) tendo como diretor Carlos Chagas.

Diante da situação, um convênio foi firmado entre o Serviço Internacional da Fundação Rockefeller e o DNSP, em 1922, em que enfermeiras americanas vieram para o Brasil para coordenar o então criado Serviço de Enfermeiras do DNSP com o objetivo de colaborar no controle dos graves problemas de saúde pública que afetavam o desenvolvimento econômico do país (7,10).

Uma das contribuições da Fundação Rockefeller no país, foi a difusão da experiência norte-americana com centros de saúde urbanos, que teriam a função de promover e coordenar os serviços médicos e sanitários relativos a uma realidade local específica, mediante atendimentos médicos, visitas domiciliares, inspeção escolar, censo de morbidade, atividades de higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, controle da tuberculose, verminose etc. (8).

O projeto sanitarista do governo influenciou na criação da primeira escola de enfermagem brasileira por meio da Fundação Rockefeller, a Escola Anna Nery

em 1923. A proposta principal da escola era a formação de profissionais enfermeiras, para prestação de cuidados aos doentes, assim como, promover educação em saúde com clientes e famílias para diminuir os efeitos da proliferação de doenças responsáveis pelos altos índices de mortalidade, porém as aulas teórico-práticas eram realizadas somente dentro do hospital, incoerente com os objetivos declarados do curso e também com os requisitos do trabalho a ser desenvolvido pelas estudantes após a conclusão dos estudos, que era a Saúde Pública (7). A enfermagem em saúde pública era considerada uma profissão árdua com o objetivo de cuidado aos pobres e controle das doenças, porém não podiam influenciar sobre as péssimas condições de vida da população. Neste contexto observa-se que as atividades educativas, como atribuição da enfermagem no Brasil, surge com o desenvolvimento da enfermagem profissional.

A partir da década de 1940, algumas transformações começam a ser verificadas no campo da educação em saúde. Aos sujeitos que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolvê-los no processo educativo (1).

A partir de 1942, após a segunda guerra mundial, devido ao interesse econômico por causa da produção de borracha na Amazônia, a educação em saúde ressurgiu com novo discurso. Sob a influência americana, passou-se a destacar a importância da organização da comunidade, da participação e integração dos setores considerados atrasados segundo a ideologia desenvolvimentista (5).

Em 17 de julho de 1942, o Ministério da Educação e Saúde criou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em cooperação com o Institute of Interamerican Affairs, do governo americano. Foi assinado convênio básico que estabelecia o desenvolvimento de atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária às populações, onde se extraía a borracha e minérios necessários à guerra (10).

O SESP foi criado em decorrência de um acordo firmado entre os Estados Unidos e o Brasil, no período da Segunda Guerra Mundial, estabelecendo as seguintes atribuições: o saneamento do Vale do Amazonas, o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração com o então Serviço Nacional de Lepra. Empregou o modelo norte-americano como padrão para estabelecer uma proposta embrionária de atenção primária em saúde na região (11).

Ficou responsável até 1960, ano em que foi transformado em fundação, pelo cuidado continuado da saúde em termos clínicos e preventivos em vastas regiões do interior, uma delas a região Amazônica. Um dos locais de instalação da sua estrutura foi em Santarém, pois os americanos encontraram condições de cultivo da borracha em uma localidade próxima chamada por eles de Bela Terra, por causa da beleza encontrada, e posteriormente Belterra. Essa localidade foi eleita como ideal para o cultivo de borracha e nesse local foi erguida uma infraestrutura compatível com as pequenas cidades americanas, e ficou conhecida como “cidade americana no interior da Amazônia”⁴.

Eram desenvolvidas ações de saúde a partir de uma perspectiva que, tinha na idéia de comunidade e de educação sanitária o seu eixo, orientado pelas experiências de centros de saúde do início do século XX nos Estados Unidos, e sua função era a de implantar infra-estrutura médica-sanitária que assegurassem a saúde das tropas americanas (14).

Nos primeiros anos da existência, foi criada uma Divisão de Educação Sanitária (1944) responsável tanto pelo treinamento de educadores em saúde (médicos, enfermeiros, engenheiros sanitários, auxiliares e atendentes de enfermagem) quanto pela ação nas localidades: nas habitações, espaços comuns, associações e escolas. Neste processo, assumiram destaque os guardas sanitários e as visitadoras sanitárias por seu contato direto e permanente com a comunidade (14). Inovações metodológicas e novas técnicas são introduzidas: a educação de grupos, recursos áudio-visuais e o desenvolvimento e organização de comunidades (5). Seu modelo de trabalho visava à vigilância dos casos de

⁴ Site: <http://www.pa.gov.br> (13)

doenças específicas, como controle de tuberculosos, hansenianos, doentes de malária e de doenças imunopreveníveis através de visitas domiciliares nas comunidades e também a realização das campanhas de vacinação.

A preocupação com a qualificação de profissionais de saúde consolidou a imagem do SESP, e estendeu sua esfera de influência nos serviços públicos de saúde, introduzindo procedimentos e valores, não apenas em seu próprio território de atuação, como também nos demais serviços estaduais e municipais, com os quais mantinha convênio (12). Caracterizava-se como entidade detentora dos melhores profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, engenheiros sanitaristas, auxiliares e atendentes de enfermagem e visitadoras), prestava assistência hospitalar e profilática de qualidade, e introduziu técnicas pioneiras de saneamento na região amazônica. Suas contribuições para a formação da enfermagem pautaram-se por várias estratégias como a concessão de bolsas para o exterior ou o apoio financeiro e técnico para a implantação de Escolas de Enfermagem no Brasil e tais articulações fundamentavam-se na carência de enfermeiras, não somente para os serviços de saúde brasileiros em expansão, mas para o próprio modelo da instituição, que tinha na enfermagem, um dos pilares de suas ações (12).

Começa também a haver a preocupação com a educação do homem rural, pois educar o homem do campo na utilização de técnicas agrícolas modernas e preparo de mão de obra para as indústrias garantiria o aumento da produção e a sociedade moderna exigia a participação do trabalhador para acompanhar o acelerado processo econômico (5). Nesse contexto começam os movimentos de educação de adultos. A fundação SESP também influenciou no currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, principalmente na educação sanitária, pois passaram a ser considerados os fatores sociais, econômicos e culturais no entendimento da saúde/doença. Por essas razões o curso de educação sanitária da Faculdade de Higiene, que havia iniciado em 1925, foi encerrado em 1961. Para Cardoso de Melo (5) deveu-se a dois fatores: O primeiro relacionado à formação de outros profissionais da equipe de saúde como auxiliares, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros. O

segundo relacionado ao conteúdo do curso que era extremamente biológico e direcionado a professores primários. Esse período foi considerado áureo da educação sanitária no Brasil.

No início da década de 1960, com advento da Medicina Comunitária, verifica-se um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde por ela vivenciados. Entretanto, por trás deste apelo de participação comunitária parece camuflar-se o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a ressalva da culpabilização passar da individualidade para a coletividade (1). As práticas de educação em saúde comunitárias partiam, então, do pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde devendo, para isto, ser conscientizadas. Os determinantes sociais desses problemas, contudo, não eram levados em consideração. Durante o regime militar, imposto pela revolução de 1964, o campo da educação em saúde permaneceu inexpressivo em virtude da limitação dos espaços institucionais para sua realização. Verifica-se uma expansão dos serviços médicos privados, hospitais e da medicina curativa, em detrimento dos serviços de atenção preventiva e durante esse período a educação em saúde correspondeu ao controle sobre os sujeitos (9,15).

Em 1967 foi reaberto o curso de educação sanitária na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, chamado de curso de Educação em Saúde Pública, com outra designação para não haver confusão com o anterior. Formava o “educador em saúde pública” e não era direcionado somente a professores primários e sim a profissionais de curso superior, principalmente da área de Ciências Sociais. A esse profissional competia diagnosticar e identificar os problemas sociais, econômicos e culturais que causam as doenças e propor medidas educativas para mudar a situação. Porém sua inserção nesse período encontra algumas dificuldades na sociedade devido ao regime autoritário vigente. A educação e a saúde são consideradas mercadorias, visando lucro, por isso esse período foi considerado negro da educação sanitária no país (5).

O contato de profissionais de saúde com as teorias da educação libertadora de Paulo Freire favoreceu o aparecimento de movimentos e propostas

de práticas educativas em saúde que iam além da busca por transformar os hábitos de vida das pessoas e sim desenvolver a consciência crítica dos indivíduos e grupos, promovendo sua participação no processo de mudanças no contexto sócio-econômico e político do país e eram apoiados pela Igreja Católica preservada das repressões políticas (7,15).

Dentre os movimentos que tiveram início na década de 1970 e que buscavam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, destaca-se o movimento da Educação Popular em Saúde (EPS) que foi precipitado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais, que se dirigiram para as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais, aproximando-se, assim, das classes populares e dos movimentos sociais locais (15,16).

Antes do final da década de 1970, ocorriam em alguns países, discussões sobre os cuidados primários à saúde, como forma de promover a saúde dos povos de todo o mundo, resultando na realização da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde.

1.2 A Reforma Sanitária e as políticas de saúde

Em setembro de 1978, realizou-se em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e desse encontro resultaram propostas para que os governos assumissem a responsabilidade com as suas populações, no sentido de atingir a meta da “Saúde para todos no ano 2000”. Nessa perspectiva, a atenção primária em saúde foi considerada como estratégia de mudança do modelo assistencial vigente (7,17).

A Conferência de Alma-Ata especificou que seus componentes fundamentais são: educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (17).

A definição de Atenção Primária em Saúde (APS) inter-relaciona três formas de visualizá-la: como um nível de atenção, como estratégia para organizar

a atenção à saúde e uma “filosofia” (17). Portanto, segundo a OMS (18), foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (18).

O Brasil, na década de 1970, encontrava-se sob o regime da ditadura militar (1964 a 1985) e criou o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1974, cujo enfoque privilegiava a assistência curativo-individual. Entretanto, apesar do Brasil não ter sido representado na Conferência de Alma-Ata (1978), sofreu influência das propostas e recomendações do evento. As idéias foram incorporadas por intelectuais da oposição, alguns médicos sanitaristas, outros profissionais da área e pela população em geral, iniciando um processo de mudança no plano institucional designado como movimento de Reforma Sanitária (7).

A segunda metade da década de 1980 é marcada por uma profunda crise de caráter político, social e econômico, com enormes repercussões sobre as condições de saúde da população. Cresce o movimento social que defendia a democratização da saúde e difundia a proposta da Reforma Sanitária, tendo como ponto alto de suas articulações a apresentação de suas propostas durante VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília (9). O relatório da Conferência destaca, entre outras propostas, o conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como “direito de todos e dever do Estado”. A saúde integral de cada indivíduo representa um fator para o desenvolvimento da nação em seu

processo histórico e com a incorporação de boa parte de suas propostas pela Assembléia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna, a reforma sanitária brasileira concretizou suas ações no plano jurídico-institucional (19). Ficou conhecida como Constituição-Cidadã (1988) incluindo no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde que tem no Controle Social um de seus principais pontos de debate (9).

A década de 1990 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. É aprovada no Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde, formada pelo conjunto de leis 8080 e 8142 de 1990. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde (20). Em Santarém, esse processo iniciou em maio de 1998 e a partir desse ano, a maioria dos municípios assume a responsabilização com a oferta e a gestão dos serviços de saúde.

O termo Atenção Básica é uma denominação adotada no Brasil, especialmente no âmbito do SUS, para designar uma abordagem, que corresponde, no meio internacional, de Atenção Primária à Saúde (21). É definida pelo Ministério da Saúde (21) como:

Um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, e é desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade (21).

Mendes (22) discorre que o entendimento da atenção básica se dá pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores que são: o primeiro contato com os serviços, a longitudinalidade, num ambiente de relações mútuas e humanizadas, com integralidade de ações que atendam as necessidades da população adscrita; a garantia de continuidade da atenção pela

equipe, focalizando a família como sujeitos da atenção bem como o reconhecimento das necessidades em função do contexto econômico, social e cultural em que estão inseridos.

1.3 Considerações sobre o Programa Saúde da Família - PSF

Como proposta de reorientação do modelo assistencial na atenção básica, foi criado em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em janeiro de 1994, estruturaram-se as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF) incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Saúde da Família, estruturada inicialmente como programa, passa a configurar no Ministério da Saúde como estratégia da reestruturação dos serviços municipais de atenção básica (23).

Ideologicamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) está em conformidade com os princípios básicos do SUS: descentralização, universalização, integralidade e participação da comunidade. É estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família que trabalha com os princípios de integralidade, hierarquização, equipe multiprofissional, territorialização e cadastramento da clientela (23).

O processo de trabalho é dividido entre uma equipe composta por: um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Cada equipe deve se responsabilizar por, no máximo, mil famílias, ou 4.000 pessoas. A equipe tem suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, o que determina o processo de trabalho de cada profissional e são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e enfermeira, sendo as visitas compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do programa para mudar o modelo assistencial (24).

Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias nas

comunidades (25). De acordo com a Portaria Ministerial nº 648, de 28 de março de 2006 (26)⁵, os princípios gerais que orientam a ESF são:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica à saúde tradicional;
- Atuar no território, realizando cadastramento das famílias, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade da sua área de abrangência, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde e doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base em diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência para o desenvolvimento de parcerias; e
- Ser um espaço de construção de cidadania.

São características do processo de trabalho da Saúde da Família de acordo com a Portaria 648 de março de 2006 (26):

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;
- Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da

⁵ Site: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php> (26)

saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

- Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Além das atribuições definidas, são específicas do enfermeiro na Unidade de Saúde da Família (USF) de acordo com a Portaria Ministerial 648/2006 (26), as seguintes atribuições:

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD); e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

A Portaria Ministerial 648/2006 não expõe claramente como princípio geral da equipe ou nas características do processo de trabalho, as práticas de educação em saúde. Nas características do processo de trabalho, pudemos considerar importante o item sobre a valorização dos diversos saberes e práticas na

perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, podendo sugerir implicitamente a essência das práticas educativas. Nas atribuições específicas da enfermeira não está claro como atribuição à realização de educação em saúde, porém nas atribuições do ACS e do auxiliar ou técnico de enfermagem está bem nítida essa atividade (26).

- Atribuição específica do ACS:

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco.

- Atribuição específica do auxiliar ou técnico de enfermagem:

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe.

Em outras publicações do Ministério da Saúde (27,28,29,30) sobre a Atenção Básica e sobre o PSF não se destaca a realização de educação em saúde como atribuição das equipes ou específicas de todos os profissionais, com exceção dos ACS e auxiliares e técnicos de enfermagem. Porém, como cabe ao enfermeiro supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem entende-se que a educação em saúde deve ser atividade também de responsabilidade do enfermeiro.

Na organização dos serviços e das práticas de saúde, a ESF deve assimilar as práticas preventivas e assistenciais atuando desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante a visita domiciliar, até o acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes etc.) e de acordo com o princípio da integralidade, segundo Alves (1), as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF. Apresenta-se como o eixo norteador dos serviços de atenção básica e possui como objeto de trabalho a família com todas as características loco-regionais e peculiares que ela possui (27).

A ESF visa romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na queixa-conduta, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré-consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinada área de abrangência (31).

Nascimento e Costa (32) destacam que por meio da ESF, cujo enfoque se dá nas pessoas, na comunidade e na atuação multiprofissional, o propósito é reverter o quadro de saúde existente e propiciar maior acesso da população aos serviços de saúde. Está baseado nos princípios da saúde da família, nos conceitos de risco social e epidemiológico, na noção de território, no fortalecimento dos vínculos entre a população usuária e os serviços; na desburocratização, na equidade, na racionalização do acesso; na transformação dos processos de trabalho e nas práticas dos profissionais de saúde, no desenvolvimento de ações intersetoriais, de promoção da saúde e na introdução de avaliação e monitoramento das ações (32). Destacamos a possibilidade de transformação dos processos de trabalho nas unidades básicas e nas práticas dos profissionais de saúde na ESF.

Segundo Souza (33) p. 25:

A estratégia do Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (33).

O enfermeiro, nesse contexto, é um profissional essencial junto à equipe na construção e reestruturação do modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve suas atividades assistenciais, gerenciais e de supervisão dos profissionais de enfermagem e dos ACS. É atribuída a ele, principalmente, pela coordenação do

município a responsabilidade pelas ações educativas consideradas inerentes ao trabalho da ESF.

Para Costa, Lima e Oliveira (34) p.149:

O modelo de assistência da ESF constitui um desafio para o enfermeiro que, como participante da equipe de saúde, deve levar em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo da assistência à saúde.

Citamos abaixo alguns estudos sobre educação em saúde, realizados em diversas regiões do país, tendo como sujeitos profissionais de saúde, alguns inseridos em equipes da ESF, e em alguns, enfermeiros, sendo utilizada a metodologia de abordagem qualitativa.

Melo, Santos e Trezza (35) realizaram estudo com o objetivo de verificar o entendimento que os profissionais de saúde do município de São Sebastião – AL, vinculados a ESF, têm sobre Educação em Saúde e o seu envolvimento na realização de ações educativas. E também analisar as dificuldades dos profissionais para realizarem ações educativas e suas necessidades para desenvolvê-las. Detectaram como causas do déficit a desorganização da demanda, a baixa escolaridade e resistência da população às ações educativas, ausência de área física adequada e escassez de material de apoio. Concluíram ser necessária a atualização dos profissionais de saúde, assim como uma disponibilização maior de recursos físicos e materiais de apoio, para que a educação em saúde seja uma realidade no PSF local.

Pereira e Servo (36) analisaram a conformação da prática de educação em saúde realizada pela enfermeira nas Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana – BA e utilizaram como referencial teórico as concepções teóricas de Educação em Saúde. Os sujeitos foram sete enfermeiras e os resultados apontaram uma prática educativa fortemente influenciada pela concepção teórica tradicional de educação sanitária e pelo modelo biologicista.

Besen et al (37) investigaram se a ESF em Florianópolis- SC é objeto de discussão com a população na prática educativa dos profissionais e a

compreensão sobre educação em saúde que esses profissionais possuem. O referencial teórico utilizado foram as concepções sobre o processo saúde e doença, as relações sociais e seus determinantes. Os resultados mostraram que a ESF não é objeto de educação; alguns profissionais desconhecem seus fundamentos e a maioria deles tem práticas educativas verticais e patologizantes, distanciando-se da proposta de promoção da saúde da ESF.

Heringer et al (38), em estudo nas comunidades do Complexo do Alemão-RJ, analisaram as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na ESF percebendo uma dissociação entre o discurso e a prática realizada, o que mostrou a necessidade de associar o saber e o fazer e incorporar no cotidiano de enfermagem práticas educativas transformadoras.

Silva, Dias e Rodrigues (39) analisaram a práxis educativa em saúde dos enfermeiros da ESF de Sobral - CE. A hermenêutica-dialética foi adotada como referencial teórico-metodológico. Concluíram que, hegemonicamente, os processos educativos em saúde estão pautados em uma abordagem comportamental, de cunho eminentemente preventivo, cujas estratégias e recursos favorecem a unidirecionalidade e a não-dialogicidade do processo. Apesar disso, identificaram um movimento crítico-reflexivo entre os enfermeiros, no sentido de questionar a forma como estão estruturados e como são desenvolvidos os processos educativos. Assim, os achados do estudo apontam para uma tensão entre dois modelos educativos: o tradicional e o dialógico.

Nauderer e Lima (40) buscaram caracterizar e compreender as práticas dos enfermeiros em unidades básicas de saúde de Porto Alegre - RS e os resultados indicaram que as ações executadas pelos enfermeiros são influenciadas pelo sistema de saúde e suas limitações, especialmente a falta de trabalhadores. Os enfermeiros são procurados para resolver problemas que nem sempre apresentam relação com seu trabalho, demonstrando a diversidade de suas práticas. Concluíram que a presença do enfermeiro no cotidiano e seu papel articulador contribuem para modificar as realidades de saúde.

Cervera, Parreira e Goulart (41) tiveram como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros, vinculados à Saúde da Família, sobre a educação em

saúde, em Uberaba - MG. Como resultado foi possível identificar que no cotidiano os sujeitos apresentam uma perspectiva de educação em saúde ampla, com uma relação de proximidade dos profissionais a esta prática. Porém, os trabalhadores ainda percebem esta estratégia de uma forma verticalizada, institucionalizada com um sentido único profissional-usuário.

Jesus et al (42) caracteriza o discurso do enfermeiro sobre educação em saúde discutindo alguns fatores que interferem no desenvolvimento desta prática na ESF, em Juíz de Fora – MG. Perceberam que as ações de educação em saúde são realizadas em momentos específicos, em forma de palestras e atividades em grupo, e que alguns entrevistados consideram as ações educativas segundo o modelo tradicional, enquanto outros vêem como oportunidade para desenvolver nas pessoas uma consciência crítica da importância da co-responsabilização de profissionais e usuários nas ações de promoção e proteção à saúde. Alguns fatores dificultadores para as práticas educativas são apontados, tais como: falta de investimentos em materiais, estrutura física, grande demanda e excesso de atividades burocráticas.

Esses estudos nos demonstraram como foram realizados nos diferentes contextos e seus resultados, por vezes divergentes, nos mostram o trabalho dos profissionais em relação à educação em saúde, e por não haver no município de Santarém estudos com essa abordagem, fez-se necessário resgatá-los para compreender sua realização.

Em discussões sobre os modelos das práticas de saúde, de acordo com alguns autores (1,9,43,44), configuram dois modelos, sendo: o modelo tradicional (hegemônico) e o modelo dialógico, sugestivo do popular em saúde.

O modelo tradicional, hegemônico, focaliza a doença e a intervenção curativa, influenciado pelo positivismo, fundamentado no referencial biologicista, centraliza o poder nos profissionais de saúde, que são detentores do saber necessário para se ter uma vida saudável, ou seja, não se busca a autonomia, mas ao contrário, enfraquece a população na medida em que prescreve educação de uma forma vertical. Esta educação preconiza a adoção de hábitos e persuasão dos indivíduos, com caráter informativo, que devem adotar comportamentos

saudáveis, (deixar de fumar, aceitar a vacinação, ter práticas higiênicas, fazer exames preventivos etc.) mediante o contato com veículos de comunicação em massa, como TV, cartazes e jornais, ou mesmo mediante o acesso às informações, propiciado pelo profissional. Não se leva em consideração os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde.

Contrariamente ao modelo tradicional, o modelo dialógico, que incorpora características da educação popular em saúde, se contrapõe ao autoritarismo da cultura sanitária e ao modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área de saúde, sendo necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações, em favor da autonomia, da participação das pessoas e da interlocução entre saberes e práticas. A educação popular em saúde busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento, ou seja, tem como objetivo o diálogo.

1.4 O PACS e a ESF no Pará e em Santarém

No contexto em que foi realizada a pesquisa, a cidade de Santarém, não se tem registros oficiais sobre a implantação e o funcionamento do programa sendo necessário organizar um relato de como iniciou o PACS e a ESF com informações de pessoas que vivenciaram esses momentos e registros da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

No estado do Pará, o PACS foi instituído em 1991, sob a coordenação da SESPA (Secretaria Estadual de Saúde do Pará). Entretanto, em 1992, com o surgimento da cólera no estado, houve a necessidade de priorizar a implantação do PACS nas áreas de maior incidência como medida de controle (45). Santarém foi um dos municípios prioritários para a sua implantação. Inicialmente foram denominados de “Agentes de combate à Cólera” devido aos casos da doença que acometiam a cidade. A seleção destes trabalhadores deu-se nos bairros, com o objetivo de práticas sanitárias nesses locais, porém a principal atuação ocorria nos portos da cidade como forma de prevenção da doença com a distribuição de

folhetos educativos e hipoclorito de sódio para o tratamento da água. Inicialmente eram 83 agentes de combate à cólera.

A partir de 1995, contornada a situação de cólera no estado e com a municipalização da atenção básica, os agentes foram transferidos para a gestão municipal, tendo na coordenação uma ex-agente, Álbea da Cunha Rebelo, que formada enfermeira, foi convidada a coordenar o PACS. Os agentes da cólera realizaram uma prova para sua oficialização no programa, a partir de então com outras atribuições determinadas pelo Ministério da Saúde. Houve em 1996 a primeira implementação no programa, 127 agentes, sendo realizado processo seletivo de acordo com os critérios do Ministério da Saúde. Para a supervisão do trabalho desses agentes foram contratadas as primeiras enfermeiras instrutoras/supervisoras (quatro enfermeiras).

Em 1997, houve mudanças no governo municipal, sendo convidado para secretaria de saúde um médico sanitário, Ailton Souza Barros, que priorizou as ações da atenção primária, principalmente o trabalho do PACS e das unidades básicas de saúde. Após a municipalização na gestão plena, em maio de 1998, houve mais implementações no PACS chegando a 447 agentes em 2003 bem como a contratação de mais enfermeiros devido à expansão dos serviços de atenção primária.

No ano de 1994, ocorreu a implantação do Programa de Saúde da Família no Estado, nos municípios de Bragança (duas equipes) e Redenção (três equipes) (45). No final de 2009, o Estado contava com 880 equipes implantadas, com cobertura de 39,7%⁶.

De acordo com Costa (45), durante a implantação das Estratégias do PACS e PSF no estado, os envolvidos no processo tiveram que enfrentar algumas dificuldades, tais como:

- Morosidade no repasse dos recursos financeiros que eram liberados pelo nível central da Secretaria Executiva de Saúde Pública, para o pagamento dos ACS nos municípios;

⁶ Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (46)

- Perfil da escolaridade dos ACS, pois apenas 33% tinham o ensino fundamental completo, enquanto que 67% apresentavam o ensino fundamental incompleto;
- Dificuldade de acesso por parte dos ACS e instrutor/supervisor para a realização das atividades ocasionada pela distância, acidentes geográficos e falta de transporte para o deslocamento;
- Falta de organização do processo seletivo para os ACS;
- A desativação do PACS em alguns municípios, por falta do instrutor/supervisor;
- Falta de organização dos municípios quanto ao processo de municipalização;
- Grande rotatividade dos instrutores/supervisores e médicos das estratégias do PACS e PSF.

A implantação da primeira equipe de saúde da família em Santarém ocorreu em 1998, como forma de experiência piloto em uma comunidade rural, de acesso terrestre, chamada de Mojuí dos Campos⁷. Em 1999 mais seis equipes foram implantadas em comunidades próximas à zona urbana (Cipoal, São Bráz, Jacamim e Alter do Chão) e em bairros periféricos da zona urbana (Mararú e Matinha). Nos anos de 2000 a 2002 mais cinco equipes foram implantadas em bairros da zona urbana e assim até o ano de 2006 foram implementadas mais equipes no município chegando ao total de 27 de acordo com o PROESF⁸ (Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), tendo uma cobertura de cerca de 30% atualmente.

As equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis ACS. Em algumas equipes há um odontólogo e um THD compondo a equipe de saúde bucal na ESF. As unidades básicas têm de uma até três equipes saúde da família no máximo. Cada equipe atende de 800 a 1000 famílias, sendo em média de 250 a 300 famílias por ACS, considerando-se

⁷Esta comunidade foi emancipada Município em 2009, organizando-se para realizar a primeira eleição para prefeito e vereadores.

⁸ Visa contribuir para a efetivação da ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes; elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho nos serviços de saúde, bem como proporcionar a otimização de respostas mais efetivas para os problemas de saúde da população brasileira (47).

um número elevado para o trabalho. O município tem uma única coordenação para o PACS e para a ESF.

Nesse contexto, as questões que nos intrigavam, como já citadas na apresentação, estavam relacionadas ao trabalho dos colegas enfermeiros, no contexto da ESF, em relação às práticas educativas. Questionávamos quais os saberes desses profissionais sobre a Educação em Saúde? Em algum momento da formação houve a oportunidade de leituras ou práticas desse tema? E ainda de que maneira realizam as práticas educativas no cotidiano profissional? Essas indagações nos conduziram a propor este estudo e a sugerirmos maiores discussões sobre as práticas educativas na atenção básica na região como forma de melhorar as ações realizadas no processo de trabalho nesse contexto. A partir dessas questões, e utilizando os referenciais teóricos, que neste estudo são o Processo de Trabalho em Saúde e a Educação Popular em Saúde, outras indagações surgiram de maneira que pudéssemos compreender como se processa as práticas educativas realizadas nas unidades de saúde da família em Santarém-PA.

No cotidiano das unidades de saúde existe uma perspectiva de que as ações de saúde envolvem ações educativas, porém é necessário compreendermos a maneira como se utiliza este instrumento de trabalho para elaborarmos uma reflexão de tais perspectivas suscitadas pelos profissionais. Para tal, é importante entendermos os desdobramentos do processo de trabalho em saúde, principalmente dentro do contexto das equipes saúde da família, assinalada como a possibilidade de mudança do modelo assistencial hegemônico.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Analisar os saberes e práticas educativas em saúde realizadas por enfermeiras, em unidades de Saúde da Família, em Santarém no estado do Pará.

2.2 Específicos:

- Analisar os saberes das enfermeiras sobre Educação em Saúde;
- Analisar as práticas educativas realizadas pelas enfermeiras;
- Identificar as influências referidas pelas enfermeiras nas práticas de Educação em Saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

“O universo é constituído por uma imensa teia de relações de tal forma que cada um vive pelo outro, para o outro e com o outro; o ser humano é um nó de relações voltado para todas as direções; e a própria Divindade se revela como uma realidade de plena comunhão e amor. Se tudo é relação e nada existe fora da relação, então a lei mais universal é a sinergia, a colaboração, a solidariedade, a comunhão e a irmandade universais”

Leonardo Boff

A opção pelo referencial teórico sobre o Processo de Trabalho para a discussão da Educação em Saúde visa à compreensão deste tema como instrumento do trabalho do enfermeiro, e os saberes imbricados nessa prática, para a realização do trabalho na ESF, junto às famílias e a comunidade. Para essa compreensão discutimos, a seguir, o processo de trabalho em saúde de acordo com Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (48,49) e por Maria Cecília Puntel de Almeida (50,51). Como a enfermagem é uma prática social vivenciada em um contexto histórico, consideramos importante resgatar na introdução as mudanças que as práticas educativas sofreram no decorrer da história, principalmente no Brasil, enfocando a educação sanitária, a implantação do SESP na região amazônica até a estruturação do SUS. Consideramos também importante para discussão do instrumento “Educação em Saúde” o referencial teórico da Educação Popular em Saúde, discutido por Eymard Mourão Vasconcelos (15,16,52) com a finalidade de verificar se há proximidade das práticas realizadas na região com este referencial.

3.1 O processo de trabalho em saúde e a enfermagem

Para a compreensão do processo da saúde, alguns autores utilizaram a categoria Trabalho, como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (48,49) e, na enfermagem, Maria Cecília Puntel de Almeida (50,51). Esses autores propõem uma abordagem marxista da saúde, norteados pelas discussões de Maria Cecília

Ferro Donnangelo, sobre o trabalho médico, pois havia no cotidiano das práticas o predomínio da visão positivista, individualista e centrada na doença, influenciada fortemente pelo modo capitalista de produção.

Mendes Gonçalves (48) introduziu a categoria trabalho para entender o processo saúde-doença e as práticas de saúde em nossa sociedade. Afirma que a saúde é compreendida como trabalho por possuir uma teleologia, isto é, para atender a um fim, a um objetivo, a necessidades. O processo de trabalho é intencional, ou seja, transformar o “antes” através de processos de transformação, mediada por gasto de energia, em um “depois”, com o carecimento desse “depois”, isto é, uma finalidade. Aponta que essa energia consiste, portanto no conjunto de qualidades (potencialidades) humanas naturais que podem ser ativadas para obter transformações, designada força de trabalho. Esta força fornece energias mecânicas e intelectuais, sendo que estas controlam as mecânicas. A atividade coordenada intelectual-mecânica (força de trabalho) de consumo de energias, mediada pelos instrumentos, para uma finalidade chama-se “trabalho”. E ao final do processo de trabalho, aparece um resultado já idealizado pelo trabalhador (48). Entretanto, o autor destaca que, havendo disponibilidade de instrumentos adequados, como máquinas e outros equipamentos, o trabalho humano pode ser realizado sem que seu resultado seja da vontade do trabalhador, e isto vem a caracterizar as formas de alienação do trabalho⁹ que se efetivam nas sociedades capitalistas contemporâneas.

Essas necessidades variam de acordo com o contexto histórico e social em que as pessoas estão inseridas, portanto apresentam um caráter histórico e social. O homem não trabalha isolado de outros homens, mas na sua forma natural, como um ser social. Portanto os carecimentos que, transformados em finalidades, guiam todos os processos de trabalhos, não são somente do trabalhador individual e sim do grupo em que ele vive.

O processo de trabalho em saúde não resulta em um produto destacado que pode ser consumido como mercadoria como ocorre em outros processos de

⁹ A alienação em Marx é entendida como a relação contraditória do trabalhador com o produto de seu trabalho e a relação do trabalhador ao ato de produção, um processo de objetivação, tornando o homem estranho a si mesmo, aos outros homens e ao ambiente em que vive (53).

trabalhos. O trabalho em saúde apresenta suas especificidades, com a produção de resultados que correspondem a necessidades (48). Essas especificidades devem-se ao fato de que, sendo o homem “objeto” do trabalho em saúde, e estando em determinado momento histórico, é necessário conhecê-lo de maneira objetiva e principalmente de maneira subjetiva (desejos, emoções, paixões, repulsas, ódios etc.) que cada um estabelece com a totalidade e com suas partes, e que fazem dele um sujeito (48).

Em cada período histórico, a necessidade humana se configura de uma maneira diferente. Portanto os produtos e os instrumentos de trabalho são específicos para cada época.

Segundo Mendes Gonçalves (48), nas sociedades primitivas quem realizava o trabalho em saúde era o xamã ou pajé. Eles acreditavam que a “doença” era uma entidade que se apossava do corpo do homem causando-lhe mal, este era o seu objeto de trabalho, a entidade “doença”, e cabia ao xamã realizar rituais religiosos com a finalidade de atingir e expulsar tal entidade. Seus instrumentos de trabalho seriam os rituais utilizados para alcançar a finalidade e reintegrar o homem à sociedade. Durante a história das sociedades ocidentais, os objetos de trabalho em saúde eram representados por entidades, “doenças”, porém no final do século XVIII, na Grécia clássica, essa concepção dos rituais é questionada. Os gregos acreditavam que a natureza era o estado de equilíbrio, incluindo-se o homem, e que a “doença” seria o desequilíbrio. Nesse contexto a medicina hipocrática desenvolveu a classificação das alterações naturais chamando esse processo de “clínica”. O reconhecimento do tipo de desequilíbrio passou a chamar-se de “diagnóstico” e a finalidade do trabalho, a de favorecer a natureza a restabelecer o equilíbrio, chamado de “prognóstico” (48). Portanto, na Grécia Clássica se instituiu dois tipos de medicina, uma direcionada aos cidadãos livres e outra direcionada aos escravos, com o objetivo de restabelecer a funcionalidade do corpo visando reduzir as lesões externas como cortes, lacerações e abscessos, porém, cada medicina atendia as necessidades específicas de cada grupo, contribuindo para a reprodução desse determinado modo de vida.

Na era medieval, marcada pelo cristianismo e pelo sistema feudal, a saúde e a doença assumem nova configuração. Neste contexto a doença passou a ser relacionada com o “pecado”, portanto, a doença era o preço a ser pago pelo paraíso e as práticas de saúde, passam a ser a observação e a expectância, da passagem da morte para a vida eterna. Nesse período, predominava a prática do trabalho religioso de “assistência” aos enfermos que eram as necessidades de saúde da época (48).

Com a transição para o capitalismo, no século XVI, começa a se instaurar a nova racionalidade moderna. Na sociedade capitalista, o corpo humano é a sede da força de trabalho, por esse motivo, se desenvolve duas formas de trabalho em saúde: um para controlar ocorrência das doenças e outro para recuperar a força de trabalho. A primeira foi chamada, segundo Mendes-Gonçalves (48), de modelo clínico e a outra de modelo epidemiológico que serão expostas ainda neste capítulo.

Em outro trabalho, Mendes-Gonçalves constrói o conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde, referindo-se às interligações estabelecidas no processo de trabalho entre a atividade a ser realizada, por meio de instrumentos, sendo um deles o conhecimento que norteia o processo; o objeto de trabalho e a finalidade (49).

Mendes Gonçalves (49) discute o pensamento contemporâneo sobre a tecnologia. Este termo tem sido reduzido ao conjunto de instrumentos materiais de trabalho, ou seja, um conjunto de coisas, de objetos materiais com a função técnica nos processos produtivos. Em seus trabalhos assume uma postura crítica dessa concepção geral de tecnologia e analisa outra forma de interpretá-la constituída pelo saber e seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. Seu estudo foi realizado em uma porção do conjunto da estrutura de produção dos serviços de saúde, que é a rede pública de centros de saúde, nos espaços geográficos e históricos. Conceitua tecnologia como (49) p.32: “[...] conjunto de saberes e instrumentos que expressa nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.”

Ao definir tecnologia, Mendes Gonçalves enfatiza o “saber”, interesse de suas investigações, compreendendo-o como (49) p.35:

“[...] a interação entre os resultados do processo de conhecimento (as ciências) e as determinações de todas as outras ordens advindas à prática de sua articulação social.”

Merhy (54) amplia as concepções teóricas de Mendes Gonçalves sobre a organização tecnológica do trabalho e propõe o “auto-governo” dos trabalhadores para haver mudanças. Aprofunda a definição de tecnologia incluindo, também, os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Este autor as classifica em tecnologias duras, leve-duras e leves. Esta forma de referência às tecnologias presentes no trabalho em saúde é apresentada por Merhy (54), destacando que as tecnologias duras seriam os equipamentos, as máquinas, e que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção; dessa forma, conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos. As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conterem trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. Merhy et al (55) afirmam que é necessário imprimir mudanças no processo de trabalho tomando como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras tecnologias.

Para melhor compreensão do processo de trabalho, alguns autores utilizam analogias. Portanto, utilizaremos o exemplo relatado por Merhy (56), que se refere ao trabalho do artesão-marceneiro. Segundo Merhy (56), para que o marceneiro produza uma cadeira, ele utiliza alguns componentes: o trabalho em si – que é o ato próprio de executar a operação, o conjunto de elementos utilizados

como matéria prima (madeira, prego) e as ferramentas (martelo, serrote) utilizadas por ele para a produção da cadeira. Estes três elementos reunidos não produzem uma cadeira, se não forem articulados, através de certo modo de organização, de saberes, com uma determinada finalidade, pela ação e desejo do marceneiro. Para chegar ao produto final, o marceneiro utilizou sua “sabedoria”; sem ela, não haveria produção da cadeira, mas simplesmente um “amontoado de materiais”.

A sabedoria utilizada pelo marceneiro, para produzir a cadeira, com um modelo que o agrada, ou agrada àquele sujeito que a encomendou, chamamos de saberes tecnológicos ou certo modo de saber fazer algo. Mas o processo de trabalho em saúde não resulta em um produto destacado, como o exemplo citado, que pode ser consumido como mercadoria como ocorre em outros processos de trabalhos, porém é um processo de trabalho que apresenta suas especificidades, com a produção de resultados que correspondem a necessidades (48). Esse autor também exemplifica os trabalhos realizados em educação e saúde, em que estes não podem tomar forma de mercadorias, porém a produção de seus resultados corresponde às necessidades humanas, que podem ser satisfeitas no momento em que são produzidas.

O saber também foi objeto de estudos no campo da enfermagem. No livro “O saber de enfermagem e sua dimensão prática” (50), os autores propõem o estudo da prática e do saber de enfermagem em uma perspectiva histórico-social. Os saberes selecionados foram as técnicas de enfermagem, os princípios científicos e as teorias de enfermagem por representarem quase que a totalidade do saber de enfermagem.

Almeida e Rocha (57) fazem considerações da enfermagem enquanto trabalho e caracterizam sua finalidade, tecnologia, objeto e agentes, estudando a organização tecnológica da prática de enfermagem e sua relação com outros trabalhos em saúde e com a sociedade capitalista. Afirmam que (57) p.18:

A função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde visando atender às necessidades sociais. Portanto, a geração, bem como a satisfação das necessidades por meio do trabalho, é um processo social e ao mesmo tempo histórico.

Os instrumentos de trabalho são construídos historicamente pelo sujeito, e no trabalho em enfermagem e em saúde encontramos tanto instrumentos materiais, quanto intelectuais, tais como os saberes técnicos que fundamentam a ação realizada (58).

Faz-se necessário resgatar um pouco a história da institucionalização da enfermagem para compreensão da enfermagem enquanto trabalho.

O trabalho em saúde, como citado anteriormente, foi organizado no capitalismo em dois pólos distintos: O modelo clínico e o epidemiológico. No modelo clínico a medicina é individualizante, o corpo é reduzido às suas dimensões biológicas, destinado a recuperar a força de trabalho. Este modelo tem como instrumento o saber anátomo-fisiológico para dar conta do seu objeto de trabalho, o corpo doente, com a finalidade de recuperar o corpo individual. Inicialmente, todo o processo de trabalho foi possível de ser desempenhado por um único trabalhador: o médico, proprietário de todas as condições para fazer o diagnóstico e a terapêutica, ou seja, todos os momentos do processo de trabalho (48,57). O trabalho médico é separado em momentos “mais intelectuais” e em momentos “mais manuais” e havia a necessidade de um local de trabalho adequado – o hospital. Até o século XVIII, a figura do médico não realizava o seu trabalho em hospitais. Devido à ampliação da estrutura institucional, precisou de pessoal para organizá-lo, havendo a necessidade de outros trabalhadores passando a constituir um trabalho coletivo. E a enfermagem é o principal destes agentes. Porém caberá ao médico a apropriação do momento “mais intelectual” (diagnóstico e terapêutica). A enfermagem, neste modelo clínico, é parte do momento “mais manual” do trabalho médico (48,57). Assim ocorre a divisão social do trabalho em saúde, e posteriormente o trabalho de enfermagem também se dividiu, ficando as funções “mais intelectuais” do trabalho “mais manual” ao enfermeiro e as “menos intelectuais” desse trabalho aos auxiliares (48). O corpo individual passa a ser objeto da atividade “cuidar” pela enfermagem no modelo clínico, e também o “administrar”, resultado do processo histórico e social, executado pela enfermeira (57).

É importante destacar que a institucionalização da enfermagem ocorreu na Inglaterra, no século XVIII, local em que a industrialização e a urbanização levaram a necessidade de mecanismos disciplinares no espaço do hospital. Com isso foi realizado treinamento do pessoal hospitalar para dar assistência de enfermagem, para disciplinar as condutas e diminuir os efeitos negativos do hospital (50). Essa tarefa foi realizada por Florence Nightingale. Florence, em seu trabalho, era muito respeitada e lançava propostas práticas e objetivas para a atuação de enfermagem e as punha em ação, pois seu pensamento era avançado para a época, com amplo conhecimento em matemática e estatística. Sua atuação era humanística, precursora do trabalho feminino, tinha a preocupação com o ser humano integrante de uma família e com o meio ambiente (59).

O modelo epidemiológico também nasce das necessidades de saúde nas sociedades capitalistas. Neste modelo a doença tem concepção de fenômeno coletivo. Desenvolveu-se principalmente na Europa Ocidental nos séculos XVII, XVIII e XIX (Alemanha, França e Inglaterra) em que ocorreram muitas mortes por grandes epidemias e começaram a associá-las às características dos doentes, ao tempo, ao espaço e ao ambiente em que viviam. Nesse contexto, dá início a medicina social, visando o controle das doenças na população, utilizando como instrumentos o saneamento, a higiene social, a polícia médica, a quarentena e as estatísticas de mortalidade. A clínica, no modelo epidemiológico, é um de seus instrumentos de trabalho e junto com outros instrumentos como o saneamento ambiental, as políticas sociais, as ciências sociais, a educação em saúde, os trabalhos de grupo e outros têm a finalidade de controlar a ocorrência de doenças na população (57). A enfermagem, por participar de uma parcela do trabalho em saúde, agora não somente do trabalho médico, e sim do trabalho em saúde coletiva participa da produção dos serviços de saúde coletivos e todos os saberes e práticas utilizados visam às necessidades sociais de saúde da população (55).

De acordo com Rocha e Almeida (60), no modelo epidemiológico definiu-se como objeto da prática médica não mais os corpos biológicos, mas os corpos sociais e passaram a analisar o processo saúde-doença relacionado com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade.

3.2 Educação Popular em Saúde

No âmbito internacional, o Brasil teve um papel pioneiro na constituição do método da Educação Popular. Ela começa a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 50, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra, se voltam para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular. Seu livro “Pedagogia do Oprimido” (61)¹⁰ tem repercussão em todo o mundo (16,63).

A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) no trabalho político e utilizam como elemento fundamental no processo pedagógico o saber anterior das classes populares (16).

A participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 1970, trouxe para o setor Saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (16).

O movimento da EPS tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular (16). Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (1). Pela potencialidade desta metodologia, Vasconcelos (15,16) aponta as experiências de Educação Popular como forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a

¹⁰ A Pedagogia do Oprimido teve sua primeira edição em 1970 (embora seu prefácio date de dezembro de 1967), fruto de observações de Paulo Freire no exílio e de suas experiências nas atividades educativas no Brasil, no início dos anos 1960. Nesse momento, o autor falava principalmente da necessidade de posicionar a educação como instrumento de conscientização, libertação e transformação (62). Utilizamos a 43ª edição (2006).

população assistida. Nos locais em que a experiência tem sido desenvolvida verifica-se a “*emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração*” p.30 (15). Em função deste resultado, o autor compreende a EPS não como uma atividade a mais a ser realizada pelos serviços de saúde, mas como uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde.

O campo da educação em saúde tem sido, desde a década de 1970, profundamente repensado, verificando-se um relativo distanciamento das ações impositivas características do discurso higienista (1). Há uma ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, que, saindo da concepção restrita do biologicismo, passa a ser concebido como resultante da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais. Neste momento, as práticas pedagógicas persuasivas, a transmissão verticalizada de conhecimentos, refletindo no autoritarismo entre o educador e o educando, e a negação da subjetividade nos processos educativos são passíveis de questionamentos (1). É também neste contexto que surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais que reivindicavam os seus interesses (9).

Nos serviços, a participação dos grupos populares não são apenas esperados e franqueados, busca-se a articulação com os sindicatos de trabalhadores, grupos pastorais, associações de moradores, grupos de jovens, conselhos paroquiais, grupo de mulheres e, quando estes grupos são pouco expressivos, estimula-se a sua criação e seu fortalecimento (16). Há a valorização das trocas interpessoais que acontece tanto em espaços formais (consultas individuais, reuniões educativas, visitas domiciliares) como em contatos informais nos movimentos sociais locais, tendo na palavra “diálogo” um conceito fundamental (16).

O método da EPS tem como ponto de partida do processo pedagógico o saber das classes populares e na área de saúde significa considerar as experiências das pessoas, dos movimentos sociais e organizações populares nas comunidades em lutas por moradia, trabalho, gênero e outros (63).

O adjetivo popular presente no enfoque da EPS não se refere ao público, e sim à perspectiva política com a qual se trabalha junto à população colocando-se a serviço dos interesses da sociedade a que pertencem as classes populares, seus parceiros e aliados (63).

O modelo político-econômico que norteou os governos militares acirrou a insatisfação popular, na década de 1970. Isto ficou evidente por meio de manifestações de descontentamento e reivindicações de medidas que garantissem a democracia, como, por exemplo, a realização de eleições diretas para todos os cargos, reposição de perdas salariais e outras demandas, prova disso foi a derrota do partido político que dava sustentação ao governo militar nas eleições para o partido de oposição (7).

A relação entre a Educação Popular e a Saúde, constitui-se a partir das lutas sociais pela saúde como direito no movimento de Reforma Sanitária, que trouxe para o debate a necessidade de superação das distâncias culturais entre população e profissionais de saúde (64).

No que se refere à saúde da população, nesse período, o governo passou a destacar a importância de descentralizar as ações de assistência implantando programas de ações básicas de baixo custo para assistir as populações do campo, utilizando pessoas da própria comunidade como pessoal executor na ponta dos serviços (7).

A EPS implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social, política, suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos (65).

Ao colocar-se como referência no campo de práticas dos profissionais de saúde, a Educação Popular contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento ativo nas lutas por direitos e comprometimentos com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais (66)

Sobre os profissionais, Vasconcelos afirma que:

A atitude reflexiva e crítica diante da sociedade, a compaixão com o sofrimento humano, a sensibilidade com a sutileza das manifestações das dinâmicas subjetivas e o engajamento com os movimentos sociais não podem ser ensinados massivamente por meio de disciplinas teóricas. Todavia, podem-se criar situações pedagógicas, orientadas pela experiência acumulada da Educação Popular, em que são problematizadas as vivências e indignações dos profissionais em sua relação com a realidade, compartilhadas iniciativas de enfrentamento e busca de soluções e valorizada a curiosidade na busca de entendimento das raízes das questões sociais mais importantes (p.29) (66).

O movimento composto por profissionais de saúde, da academia, de militantes de movimentos e ONGs, organizou-se na Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, criada em 1991 no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, realizado em São Paulo. Em 1998, a Articulação passou a denominar-se Rede de Educação Popular e Saúde (64).

No âmbito do Ministério da Saúde, a partir de 2003, o campo da EPS passa a compor sua estrutura e toma os princípios teóricos, políticos e metodológicos acumulados como orientadores de suas ações e de seu projeto político (65). Nesse contexto, critica-se a concepção positivista da educação em saúde, em que é vista de forma reducionista, com práticas consideradas impositivas, prescritivas, desvinculadas da realidade dos sujeitos sociais, sendo práticas preconceituosas, coercitivas e punitivas (65).

Atualmente, há uma forte presença da Educação Popular no Brasil, e se têm em cada parte do país, profissionais de saúde e lideranças de movimentos sociais engajados em participar, sendo necessário mobilizá-los e valorizá-los, e com isso poderão colaborar na definição dos caminhos institucionais que tornem realmente efetiva a diretriz constitucional do SUS, da participação popular na redefinição do modelo assistencial (66).

Um dos grandes desafios para isso, de acordo com Vasconcelos (66), é a formação ampliada de profissionais de saúde capazes de uma relação participativa com a população e os movimentos existentes nas comunidades (66).

Para tanto haveria a necessidade de, na formação, o profissional ter a possibilidade de vivenciar os problemas e as relações sociais das pessoas no contexto em que vivem.

David e Acioli (64) discutem que a dimensão educativa foi sempre enfatizada no trabalho de enfermagem, mais que em outras profissões, e mesmo reconhecendo-se como educador, a ação educativa tende a ser vista como uma ação técnica componente ou adicional ao conjunto de práticas profissionais, em lugar de uma dimensão inerente à prática profissional. E que com frequência é referida como mais uma responsabilidade ou tarefa do enfermeiro a ser incorporada ao processo de trabalho.

As autoras destacam que (pág. 129) (64):

Consideramos a EPS como campo de idéias relevantes para o fazer da Enfermagem, uma vez que a ação pedagógica crítica permite ao trabalhador, ao mesmo tempo em que se torna mais sensível ao sofrimento do outro, avançar numa análise mais aprofundada sobre as relações entre condições e modos de viver e a produção da saúde, para além dos processos biológicos imediatos.

Ao se buscar uma prática educativa transformadora, o enfermeiro transforma-se, também, como trabalhador, pela ampliação de sua consciência crítica sobre seu próprio processo de trabalho e como educador, sendo que esta subjetivação do trabalho permite-lhe uma ressignificação de sua prática, para além das normas e rotinas impostas pelo trabalho prescrito (64).

Para alcançarmos os objetivos deste estudo, tomamos os referenciais já apresentados e o percurso metodológico a seguir.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

"Educar é educar-se na prática da liberdade, é tarefa daqueles que sabem que pouco sabem - por isso sabem algo e podem assim chegar a saber mais - em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais."

Paulo Freire

Para a compreensão dos saberes e das práticas educativas realizadas no cotidiano das enfermeiras, o que facilita e o que dificulta a sua realização, tornou-se viável utilizar uma abordagem metodológica que proporcionasse captar os significados, o conhecimento, as atitudes e outras características que configuram o comportamento destas trabalhadoras. Diante dessa perspectiva optamos pela pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva, com estudo de campo. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas com as enfermeiras e a observação de práticas educativas.

Minayo (67) discorre que a pesquisa qualitativa surge nas ciências sociais na busca por abarcar aspectos que os dados puramente objetivos não contemplam e que os aspectos objetivos e subjetivos coexistem e se complementam para interpretação da realidade social. As realidades sociais aqui pesquisadas são as unidades de saúde da família, com seus sujeitos, trabalhadores de saúde e comunidades, vivendo em contínuas relações de conflitos e vínculos. Para compreensão dos saberes, sentimentos, percepções e expectativas, aspectos estes subjetivos, optamos por esta forma de pesquisa, a qualitativa. Esta proporciona a compreensão do problema no meio em que ocorre, sem criar situações artificiais que possam interferir na realidade (68), contemplando todos os aspectos que possam nos levar a compreensão dos acontecimentos nas realidades sociais inseridas.

4.1 Cenário do estudo

4.1.1 O Estado do Pará e o Município de Santarém

O estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família da rede de Unidades Básicas de Saúde do município de Santarém no estado do Pará.

O Estado do Pará, localizado na região Amazônica, tem as características peculiares da região como a dispersão populacional e o difícil acesso às comunidades geralmente pelos rios amazônicos, Amazonas e Tapajós como principais na cidade de Santarém. O Estado está localizado no centro-leste da região Norte. É cortado pela linha do Equador em seu extremo oeste. Possui mais de um milhão de quilômetros quadrados de extensão (1.248.042 km²), ocupa 16,66% do território brasileiro e 26% da Amazônia. É cortado, no sentido oeste-leste, pelo rio Amazonas. A capital do estado é Belém (13).

O Município de Santarém é o maior município da região oeste do Pará, localizado na região do Baixo Amazonas, na margem direita do rio Tapajós na sua confluência com o rio Amazonas. Possui uma população de 282.707 habitantes (69), com densidade demográfica de 11,68 hab./Km² e área territorial de 22.887km². Dista 1.369 km da capital do estado (807 em linha reta aproximadamente) (Figura 1). Apresenta como principais atividades econômicas a agricultura, pecuária, pesca, extrativismo vegetal, turismo e comércio. Seu acesso é por via fluvial, terrestre e aérea. É distribuído em oito distritos na zona rural devido às diferenças geográficas: distrito do Lago Grande do Curuai, distrito do Rio Arapiuns, distrito do Rio Tapajós, distrito do Rio Amazonas (Várzea), distrito do Eixo Forte, distrito do Rio Mojuí, distrito do Rio Mojú e distrito do Rio Curuá-Una. São 477 comunidades rurais distribuídas ao longo desses distritos, das quais 270 localizam-se nas regiões dos rios e várzeas e 207 estão na zona do planalto. A área urbana possui 48 bairros (70).

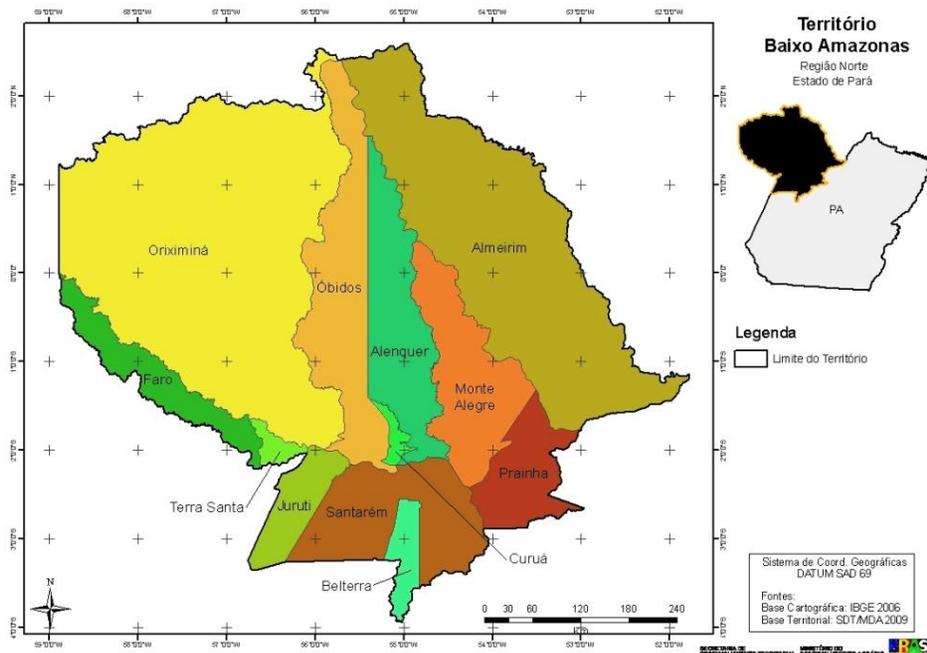


Figura 1 - Mapa do município de Santarém na Região do Baixo Amazonas - Estado do Pará. Fonte: Ministério Desenvolvimento Agrário (71)

É o município da região com a melhor estrutura em termos de recursos econômicos, comércio, turismo e serviços de saúde.

Desde maio de 1998, o Município de Santarém habilitou-se à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a Norma Operacional Básica – NOB/SUS/96 e foi posteriormente adequada à Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001/02. Apresenta todos os programas de saúde implantados, com exceção do programa contra o Tabagismo. De acordo com o Relatório de Gestão (72), a rede de serviços assistenciais apresenta: cinco Hospitais Privados Conveniados, um Hospital Municipal, Hospital Regional do Oeste do Pará, quatro Centros de Atendimento 24 horas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), duas ambulanchas¹¹, seis Unidades de Referência Especializada (URES), seis Laboratórios Públicos, 38 Centros de Saúde (CS), 37 Postos de Saúde (PS) e 27 equipes de saúde da família, 21 na zona urbana em 12 bairros e seis na zona rural em sete comunidades (70). O número de

¹¹ Ambulancha é a denominação da condução que realiza o transporte fluvial em urgência e emergência das comunidades da Amazônia que vivem na margem dos rios, para atendimento hospitalar.

enfermeiros na APS é de 52 profissionais (27 noa ESF, 09 em UBS, 16 no PACS), 88 técnicos de enfermagem, 22 odontólogos, 476 ACS (127 na ESF e 349 no PACS)¹² e outros profissionais que compõem a rede de serviços. Por apresentar maior complexidade de serviços de saúde é considerado município pólo, mantendo pactuação com 19 municípios da região oeste do Pará. A rede de atenção primária é composta por 38 centros de saúde, localizados nas zonas urbana e rural, que são unidades básicas de saúde com ou sem Equipes de Saúde da Família, coordenadas por enfermeiros. Há dificuldade de acesso da população que mora no interior às unidades básicas de saúde que geralmente estão localizadas em comunidades pólo, com profissionais enfermeiros como responsáveis para resolver a maioria das necessidades existentes na área de saúde.

Por considerarmos que as unidades de saúde da família priorizam as ações educativas, principalmente no âmbito familiar, e que as práticas de educação em saúde têm maior ênfase nestas unidades (1), escolhemos como cenário de estudo este contexto. E como forma de delimitar o campo de estudo, foram pesquisadas as unidades de saúde da família da zona urbana do município (21 unidades) (Figura 2), principalmente por causa da dificuldade de acesso às unidades da zona rural no período da coleta, mas acreditando que estas unidades também apresentam trabalhos educativos muito ricos.

Como referido na introdução, no contexto em que foi realizada a pesquisa não se tem registros oficiais sobre a implantação e o funcionamento dos programas sendo necessário, no período da coleta de dados, organizarmos relatos de como iniciou o PACS e a ESF no município, com informações de pessoas que vivenciaram esses momentos e registros na Secretaria Municipal de Saúde.

¹² <http://www.santarem.pa.gov.br/conteudo> (73)



Figura 2 - Distribuição das Equipes Saúde da Família na zona urbana de Santarém

4.2 Sujeitos do estudo

O número de enfermeiros que atuam nas equipes na zona urbana é de 21 profissionais, na sua totalidade mulheres. Por conta disto passaremos a utilizar o gênero feminino ao referir-nos a estes trabalhadores.

Utilizamos como critério de inclusão na pesquisa estar trabalhando na equipe de saúde da família da zona urbana, no mínimo há um ano. Esse critério deve-se ao fato de que as enfermeiras deveriam ter experiência nas atividades e tempo de serviço no local para organizar suas práticas.

Em visita nas unidades para agendar a pesquisa, conseguimos a adesão de 15 enfermeiras, pois três estavam em férias, uma em licença maternidade, uma com menos de um ano de trabalho e uma em treinamento durante todo o período da coleta de dados.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com pesquisa de campo nas unidades de saúde utilizando como instrumento, entrevista semi-estruturada com as enfermeiras (Apêndice 3), gravadas e transcritas e que segundo Minayo (67), a

opção pela entrevista semi-estruturada deve-se ao fato de a mesma objetivar apreender a fala dos sujeitos, remetendo aos objetivos da pesquisa e configurando-se em uma conversa com finalidade com suficiente abertura para aprofundar a comunicação. Utilizamos também a observação sistemática de uma prática educativa, esta sugerida pela enfermeira, com o roteiro das questões norteadoras da pesquisa (Apêndice 4).

Segundo Gil (74), o estudo de campo focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, e basicamente a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi previamente testado como forma de evidenciar possíveis falhas na redação e elaboração das questões, bem como proporcionar segurança à pesquisadora na realização de entrevistas. Um pré-teste foi realizado no mês de abril de 2009 no município de Santarém. O instrumento foi aplicado com seis enfermeiras, que não estavam incluídas como sujeitos da pesquisa e que responderam a entrevista sem dificuldades de entendimento das questões. Duas enfermeiras não aceitaram gravar a entrevista alegando sentirem-se inibidas com a gravação, as informações foram anotadas, porém não foi possível o registro de detalhes, reforçando a importância da gravação na íntegra das entrevistas para não perder informações das falas.

Na identificação pessoal e profissional do roteiro de entrevista houve a necessidade de separar sobre o tempo de trabalho na atenção primária como enfermeira e outra função exercida anteriormente, pois algumas foram auxiliares de enfermagem antes da graduação.

Na questão sobre as dificuldades e facilidades nas práticas educativas, percebemos que as respostas do pré-teste foram muito amplas e sem a riqueza de informações que possivelmente poderiam existir, então optamos por elencar alguns pontos que facilitassem as respostas e por esse motivo foram sugeridas situações frequentes tais como: nas visitas domiciliares, nos grupos, no

atendimento individual, nas escolas, sobre a infra-estrutura, sobre materiais educativos, sobre a equipe, as parcerias com instituições e associações locais.

No roteiro de observação foi acrescentado sobre a impressão da pesquisadora em relação à postura e linguagem do profissional.

O período da coleta de dados foi um momento em que a secretaria municipal de saúde, em específico o PSF, passava por uma auditoria do Ministério da Saúde. As enfermeiras estavam apreensivas com a visita dos auditores e seriam sorteadas unidades, em que houvesse o programa, para a avaliação do funcionamento. A coordenação Municipal da Saúde da Família passava por mudança (dois meses de trabalho), reflexo das políticas municipais, e estava adequando-se à realidade encontrada. Também se preparavam para a realização da X Conferência Municipal de Saúde, momento considerado importante para discussões, junto às entidades e representantes de comunidades, sobre as políticas de saúde atuais e futuras.

O primeiro contato para o agendamento da entrevista e da observação da prática foi bastante cordial, atribuídos principalmente a curiosidade das enfermeiras pela nova experiência da pesquisadora em cursar mestrado e ao reencontro com colegas de trabalho e de curso de graduação. Foi enfatizada a importância do estudo sobre as práticas educativas para compreensão dos trabalhos realizados pelas enfermeiras, tendo a adesão de todas e o incentivo para retornar aos serviços municipais, bem como para divulgar os resultados do estudo, proporcionando espaços de discussão sobre o processo de trabalho.

Realizamos entrevistas com 15 enfermeiras bem como a observação da prática educativa indicada pelas mesmas, totalizando 15 observações. O período da coleta de dados ocorreu de 23 de outubro a 04 de dezembro de 2009. As entrevistas eram gravadas e posteriormente transcritas. Após a gravação da entrevista, foi solicitada a indicação de uma prática educativa pela enfermeira para a observação, agendada de acordo com a disponibilidade da realização. Utilizamos um diário de campo para anotações. O roteiro de observação foi preenchido com uma hora, no máximo, após a atividade para evitar perdas de informações da prática observada.

Foi sugerido como primeira opção por dez enfermeiras a observação da atividade do grupo de diabéticos e hipertensos, porém somente seis grupos coincidiram com o período da coleta de dados. Como segunda opção das que não houve possibilidade de observação do grupo foram: consulta de enfermagem (CE), indicada por três enfermeiras e visita domiciliar por uma enfermeira. Cinco enfermeiras sugeriram inicialmente outras práticas que não o grupo de Hiper/Dia¹³, por considerarem, também um momento educativo:

- Consulta de enfermagem na saúde da mulher (coleta de Preventivo do Câncer Cérvico Uterino - PCCU) – 2
- Consulta de enfermagem no pré-natal – 1
- Acompanhamento do peso de crianças na micro-área – 1
- Reunião com gestantes – 1

No período compreendido à coleta de dados, faltaram fazer duas observações por imprevistos ocorridos nas datas agendadas, sendo sugeridas a consulta de enfermagem na saúde da mulher e consulta de enfermagem a qualquer grupo prioritário. Foram realizadas após retorno ao município nos dias 06 e 07 de janeiro de 2010.

4.4 Considerações éticas

A coleta de dados ocorreu mediante a obtenção da autorização por escrito da responsável da Divisão Técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, no mês de março/2009 com o parecer nº 127/2009 de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Cada enfermeira entrevistada recebeu um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1), com informações sobre a pesquisa e aspectos éticos envolvidos. Após a assinatura, a enfermeira recebeu um comprovante do termo assinado pela pesquisadora e orientadora. Os nomes das enfermeiras foram preservados por meio de codinomes, sendo sugerida a escolha de uma qualidade

¹³ Designação dada aos grupos de diabéticos e hipertensos pelo Ministério da Saúde. Site: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>

pessoal atribuída pela própria enfermeira. No momento da observação da prática indicada pela enfermeira, solicitamos, ao usuário no atendimento individual ou a alguns representantes, quando em grupo, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2).

O tempo das entrevistas variou entre 11 a 70 minutos, tendo em média a duração de 26 minutos.

O codinome sugerido às entrevistadas, para preservar o anonimato, foi uma qualidade atribuída pela enfermeira a si própria. Algumas atribuíam a qualidade logo de imediato, outras ficavam em dúvida inicialmente e deixavam para o final da entrevista. Estas qualidades, segundo a maioria das enfermeiras referem-se à sua vida profissional, e nos ajudaram na percepção das singularidades que permeiam os discursos destas enfermeiras.

Os codinomes escolhidos como qualidades pessoais foram: Estrela, Determinada, Persistência, Meiga, Sensível, Perseverante 1, Responsável, Compreensiva, Organizada, Caridosa, Experiente, Amiga, Perseverante 2, Tranquila e Teimosa.

4.5 Análise dos dados

Para análise dos dados, utilizamos a análise de conteúdo, do tipo análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e é geralmente utilizada para estudar motivações, atitudes, valores e tendências (75).

De acordo com Minayo (67), a análise temática envolve três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

- I. A pré-análise consistiu na escolha dos documentos a serem analisados; a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais reformulando-os de posse do material coletado bem como a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Pode ser dividida em:
 - Leitura flutuante do texto coletado nas entrevistas, sendo realizada leitura exaustiva do material deixando-se impregnar pelo conteúdo e

aproximando-o dos objetivos e do referencial teórico identificando temas centrais e aspectos relevantes;

- Constituição do corpus consiste na organização do material que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (aspectos levantados no roteiro), representatividade (do universo pretendido), homogeneidade (critérios de escolhas de temas, técnicas e interlocutores) e pertinência (devem ser adequados aos objetivos do trabalho);
 - A formulação de hipóteses e objetivos prevê que os pressupostos iniciais possam ser flexíveis e que permitam hipóteses emergentes a partir dos procedimentos exploratórios. Nesta etapa são determinadas as unidades de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto da unidade de registro), os recortes, as formas de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que orientarão a análise.
- II. A exploração do material consiste na operação de codificação para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Consiste no recorte do texto em unidades de registro (uma palavra, uma frase, um tema ou um acontecimento), posteriormente escolhem-se as regras de contagem e realiza-se a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão os temas em específico;
- III. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação consistem em submeter os resultados brutos a operações estatísticas simples (percentuais) que destaquem as informações obtidas. Podem-se propor inferências e realizar interpretações previstas no referencial teórico ou outras sugeridas pela leitura do material.

A codificação refere-se a uma transformação dos dados brutos do texto, de maneira que possam ser agregados em unidades, as categorias, possibilitando a descrição das características do conteúdo.

Ao chegarmos às unidades de categorização do conteúdo, propostas por este estudo, realizamos o trabalho de análise com base no referencial teórico utilizado.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização das enfermeiras

É importante caracterizarmos os sujeitos deste estudo, enfermeiras, trabalhadoras de Equipes de Saúde da Família da zona urbana do município de Santarém no Pará. Das 21 enfermeiras que trabalham na zona urbana do município, 15 participaram deste estudo.

A análise das características sociais e de formação foi realizada de acordo com estudo feito no Brasil em 1999 por Maria Helena Machado¹⁴ (76), que apesar de ter dez anos, é a referência mais completa sobre as características desses profissionais, especialmente por estar especificado por regiões, sendo utilizados os resultados da região norte.

Em relação à faixa etária, observamos que das 15, três têm de 30 a 39 anos (20%) e dez entre 40 a 49 anos (66%) demonstrados na Tabela 1, ou seja, 86% estavam nas faixas de 30 a 49 anos. Nos estudos de Machado (76), no país, 58% dos enfermeiros estavam concentrados na faixa entre 30 a 49 anos e na região norte 40%. Podemos verificar que o número de entrevistadas deste estudo apresenta faixa etária superior a média encontrada no país e na região norte, porém lembramos que o estudo no Brasil foi realizado há dez anos e nesse período estavam sendo implementadas as primeiras equipes no estado e no município a partir de 1998.

¹⁴ “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil”, 2000. Site: http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html (76).

Tabela 1 - Distribuição segundo faixa etária das enfermeiras entrevistadas na ESF, Santarém-PA, 2009

Faixa Etária	Número	%
Até 29 anos	1	7
De 30 a 39 anos	3	20
De 40 a 49 anos	10	66
De 50 a 59 anos	1	7
Total	15	100

Quanto ao tempo de formação (Tabela 2), oito têm de 10 a 15 anos de formadas (53%) e quatro de 5 a 9 anos (27%), caracterizando segundo a classificação de Maria Helena Machado et al (77) como início da consolidação da vida profissional e afirmação no mercado de trabalho, respectivamente e apenas uma enfermeira tem até quatro anos de formada, sugerindo que se trata de um grupo com maturidade profissional. Em relação aos dados encontrados na região norte, 49% tem até quatro anos e 38% tem de cinco a 14 anos de formados (76).

Tabela 2 - Distribuição segundo o tempo de formação das enfermeiras entrevistadas, Santarém-PA, 2009

Tempo de formação	Características das fases da vida profissional	Nº	%
Até 4 anos	Iniciação da vida profissional	1	7
De 5 a 9 anos	Afirmação no mercado de trabalho	4	27
De 10 a 15 anos	Início da consolidação profissional	8	53
De 16 a 24 anos	Estabilização da vida profissional	2	13
Total		15	100

O período de 25 a 34 anos e mais de 35 anos, que correspondem à desaceleração das atividades e a paralisação da vida profissional não apareceram nos dados coletados.

Em relação ao tipo de instituição do curso de graduação, 13 cursaram em instituição privada (87%) e duas em pública (13%). Os dados sobre o perfil de

enfermeiros na região norte demonstram que 72% cursaram em instituições públicas e 27% em instituições privadas (76).

O local de formação da maioria das entrevistadas (87%) foi em Santarém, nas Faculdades Integradas do Tapajós (FIT), instituição particular que a partir de 1991 iniciou o primeiro curso de enfermagem da região oeste do Pará com o nome de Centro de Estudos Amazônicos (Cesmazon). O curso só veio a ser ofertado, em instituição pública, em 2001 pelo Campus XII da Universidade Estadual do Pará (UEPA) em Santarém.

Demonstramos a idade das enfermeiras entrevistadas ao término da graduação em enfermagem (Tabela 3). Percebemos que seis (40%) terminaram o curso com mais de 30 anos de idade, demonstrando o ingresso tardio na graduação, na média de 25 anos, idade em que geralmente o profissional já está formado. Destas seis, cinco foram auxiliares de enfermagem anteriormente, e por isso foram incentivadas a cursar enfermagem. Nas observações das práticas educativas das seis enfermeiras formadas com mais de 30 anos, percebemos que quatro demonstraram maior entusiasmo que a maioria no trabalho que realizam.

Tabela 3 - Distribuição das enfermeiras por idade na formatura da graduação, Santarém-PA, 2009

Faixa Etária	Número	%
Até 25 anos	5	33
De 26 a 30 anos	4	27
De 31 a 35 anos	3	20
De 35 a 45 anos	3	20
Total	15	100

Quanto ao tempo de trabalho na atenção primária, dez têm de 13 a 16 anos de atuação caracterizando certa vivência na rede municipal de saúde, considerando que a municipalização em Santarém ocorreu há 12 anos (Tabela 4). É importante destacar que destas, sete trabalhavam no PACS antes do trabalho na ESF o que pode influenciar no processo de trabalho na ESF.

Sobre o tempo de atuação das entrevistadas na ESF, observamos que oito têm de 5 a 8 anos (53%) e três de 9 a 12 anos de trabalho (20%), ou seja, 73% têm de 5 a 12 anos no programa (Tabela 4). Sete das enfermeiras trabalharam anteriormente em outras equipes de saúde da família no município, na zona urbana ou rural. Os dados encontrados diferem do estudo da região norte em que 70% têm menos de um ano de atuação na ESF (76). Isto ocorreu por que o período de implantação das primeiras equipes no Estado do Pará foi em 1994 e em Santarém em 1998, e segundo Costa (45) havia grande rotatividade dos profissionais nas equipes no Estado e o estudo no Brasil foi realizado em 1999.

Tabela 4 - Distribuição por tempo de trabalho na APS e na ESF das enfermeiras entrevistadas, Santarém-PA, 2009

Tempo de trabalho (em anos)	APS		ESF	
	Nº	%	Nº	%
Até 4	-	-	4	27
De 5 a 8	4	27	8	53
De 9 a 12	1	7	3	20
De 13 a 16	10	66	-	-
Total	15	100	15	100

O tipo de vínculo com a instituição municipal de saúde também foi verificado, sendo 13 enfermeiras (87 %) com vínculo de prestação de serviço (serviço temporário), apesar do tempo de trabalho na secretaria de saúde e apenas duas (13%) são efetivas por concurso público. Os dados da pesquisa no país apontam que 43,67% dos enfermeiros são incorporados ao PSF por meio de contratos temporários e na região norte são 57,9% (76).

Dos enfermeiros entrevistados, todos têm cursos de pós-graduação (*lato sensu*) e destes, 14, em Saúde da Família, o que demonstra o interesse das enfermeiras em melhorar sua qualificação nesse campo de atuação (Quadro 1). A maioria tem mais de um curso de especialização. Os dados encontrados na região norte são de 24% de enfermeiros com curso de especialização em 1999 (76). O município conta com várias instituições que oferecem cursos de pós-graduação

lato-senso em parceria com universidades e faculdades da região norte e de outras regiões do país, principalmente na área de saúde. O primeiro curso de especialização em Programa de Saúde da Família foi ofertado pela UEPA em 2000, no qual cursaram sete das enfermeiras entrevistadas.

Quadro 1- Tipos de curso de especialização realizados pelas enfermeiras entrevistadas, Santarém-PA, 2009

Especialização	Nº *	%**
Saúde da Família	14	93
Saúde Coletiva	2	13
Psicopedagogia	3	20
Epidemiologia	2	13
Formação de Professores	2	13
Administração e Planejamento em Saúde	1	7
Urgência e Emergência	1	7
Oncologia	1	7

*Algumas enfermeiras cursaram mais de uma especialização

**Percentual referente ao total de 15 enfermeiras

Os dados nos permitem conhecer as enfermeiras, sujeitos deste estudo, e perceber que têm experiência no trabalho da atenção primária, quer como enfermeira, como auxiliar de enfermagem ou como ACS. Tanto pelo tempo referido de atuação nas equipes de saúde da família, bem como por terem cursado especialização em Saúde da Família consideramos que apresentam certa vivência neste trabalho.

5.2 Categorias Temáticas

A partir das entrevistas com as enfermeiras e observações das práticas educativas, realizamos a análise temática do material de acordo com Minayo (67) e inferimos, baseados nos objetivos do estudo, no material empírico coletado e nos referenciais teóricos propostos as seguintes categorias e subcategoria temáticas:

5.2.1 Concepções das enfermeiras sobre educação em saúde

5.2.2 Práticas educativas e o processo de trabalho na ESF

5.2.2.1 Influências facilitadoras e dificultadoras nas práticas educativas

5.2.3 Tendência à educação popular nas práticas educativas na ESF

5.2.4 Valor e confiança no trabalho da enfermeira

5.2.1 Concepções das enfermeiras sobre educação em saúde

Ao indagarmos sobre a compreensão das enfermeiras sobre educação em saúde, percebemos algumas características do modelo hegemônico, do enfoque em saúde pautado no modelo sanitário prescritivo, com ênfase no controle das doenças e capaz de intervir e controlar o comportamento das pessoas. As citações sobre “educar”, “orientar”, “prevenir” e “informar” são muito presentes e quase unânimes nas definições externadas pelas enfermeiras como podemos perceber nas seguintes falas:

“Bom, educação em saúde, o próprio nome já diz pra gente que é educar as pessoas pra ter e manter saúde. Então eu vejo que educação em saúde é importante em todos os setores, por que antes da gente atender, primeira coisa é a gente antes educar as pessoas, saber primeiro como elas devem se comportar em relação ao que elas estão sentindo, pra onde elas vão, como elas vão prevenir o adoecimento, né, então eu acho que a porta de entrada da saúde pública é pela educação em saúde.” (Estrela)

“Educação em Saúde é uma forma de você transmitir informações sobre determinado assunto, dependendo das patologias, epidemias, aí você tem que tentar orientar as pessoas, fazer esclarecimentos para não ficar todo mundo em pânico.” (Meiga)

“Eu acho que educação em saúde é uma estratégia, na verdade, pra promover, se informar sobre a saúde do indivíduo em todos os aspectos. A educação em saúde serve pra manter o indivíduo informado sobre vários temas, é voltado pra saúde deles. Não dá pra falar de saúde sem você direcionar pro indivíduo como ele deve se prevenir, né, o que ele deve fazer pra se manter com sua saúde bem, sua saúde boa, então a educação em saúde, ela tá totalmente ligada a

estar informando o indivíduo pra que ele venha se conhecer mais, saber e se manter informado.” (Perseverante 1)

“Pra mim é o meio que se obtém para orientar as pessoas no sentido de promover a qualidade de vida da população.” (Caridosa)

“Ah, educação em saúde é trabalhar na prevenção, né, na prevenção de doenças, orientar, e é basicamente isso.” (Tranquila)

Esses discursos demonstram que seus objetivos são modificar comportamentos considerados prejudiciais à saúde. A educação em saúde é entendida como uma atividade de transmissão de informações, de orientações, ou seja, a enfermeira ensina aos sujeitos hábitos e comportamentos saudáveis e atribui a ele a responsabilidade de melhorar a sua vida, características do modelo tradicional à saúde.

Para muitos profissionais, como critica Vasconcelos (52), educar para saúde é levar para a população a compreensão e as soluções corretas que os profissionais conscientes, politizados e conhecedores da ciência descobriram, bem como conscientizar o povo que ainda não se conscientizou.

Historicamente, as práticas de educação em saúde têm enfatizado a transmissão de informações e a mudança de comportamento dos indivíduos, fortemente vinculadas a um modelo de atenção à saúde, voltado para a doença, com ênfase no conhecimento técnico-científico especializado e na fragmentação das ações de saúde, demonstrando um caráter autoritário e coercitivo (52).

Nos diferentes momentos históricos, destacamos que os saberes e as práticas na educação em saúde foram regulados por discursos sanitários, higienistas e intervenções normalizadoras. Estas são pautadas no discurso coercitivo e normativo predominante da concepção tradicional da educação sanitária do início do século XX (9).

Por outro lado, algumas enfermeiras entrevistadas se mostraram bastante preocupadas com a participação da população como agentes ativos no processo saúde-doença. Vêem as ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência acerca da importância da co-

responsabilização de todos os envolvidos na promoção e proteção da saúde, tanto o profissional, quanto os indivíduos e a comunidade. A percepção de que deve haver troca de saberes, de experiências, de compreensão, vem permeando o discurso, e também a importância de ouvir o outro, de proporcionar mudanças de comportamentos a partir do entendimento e autonomia para decidir sobre suas vidas:

“Educação em saúde é troca de experiência, você pode até, sugerir, conversando, incentivar as pessoas a falarem sobre determinada coisa e você ajudar no sentido de, mostrar a maneira mais adequada para aquele assunto, pra aquela conversa, então pra mim é isso é troca de experiência. Você aprende muito com a comunidade, aprende muito conversando, aprende muito ouvindo e dividindo os conhecimentos.” (Experiente)

“Eu acredito que educação em saúde é uma oportunidade, né, que nós oferecemos, ou então, recebemos de alguém com o objetivo de você ter um conhecimento, e este conhecimento tu pode ter uma mudança de um comportamento. Eu vejo assim, são conhecimentos, é a oportunidade que você tem de receber alguma coisa relacionada a conhecimentos, aí de lá você vai decidir se você quer mudar ou não o seu comportamento que vai trazer benefícios pra ti. Mas você tem que ser sensível, tu tens que ser sensibilizado pelas pessoas que te trazem esse conhecimento, aí a decisão é tua, mudar ou não.” (Amiga)

Estas respostas demonstram que há um sentimento de preocupação com a participação das pessoas nas práticas educativas, de proporcionar oportunidades para o seu envolvimento e empoderamento com o objetivo de mudanças de comportamentos de maneira autônoma sem coerção ou obrigatoriedade, características do modelo dialógico, da educação popular em saúde.

Para Vasconcelos (16), essa perspectiva denota que a educação em saúde é entendida como processo que visa capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores, formais e informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social.

Deve-se romper com o modelo normatizador, propondo-se um movimento contínuo de diálogo e troca de experiências, compreender o outro como sujeito detentor de determinado conhecimento e não mero receptor de informações (2). E ainda buscar uma prática educativa mais participativa, construindo saberes e práticas junto aos usuários de saúde, com fortalecimento de diálogos, negociação entre os diversos atores, com conhecimento dos seus padrões culturais, e a partir disso, sermos capazes de reorientar as práticas de saúde, tornando-as mais integradas à vida local e com um cuidar de enfermagem na perspectiva da integralidade (78).

Uma das principais bases da atual política de saúde é a prática de educação em saúde como estratégia para a transformação da qualidade de vida dos sujeitos envolvidos. O processo de trabalho das equipes de saúde da família pressupõe a organização de ações que visem prioritariamente, às práticas de promoção e manutenção da saúde e na prevenção de doenças (28).

Cabe aos trabalhadores de saúde, entender a educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, no intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender (52).

O entendimento de que a educação em saúde é imprescindível e inerente ao trabalho em saúde, principalmente na ESF, também é enfatizado pelas enfermeiras. As falas remetem a compreensão de que as atividades realizadas pela enfermeira envolvem ações educativas:

*“Pra mim é tudo que norteia a nossa vida por que ela inclui muita coisa, desde o comecinho. Tudo que você está atendendo, quando você tá atendendo uma pessoa, conversando, orientando, você tá fazendo educação em saúde. Quando a gente tá pedindo pra filtrar uma água, pra criança calçar uma sandália, para uma mãe que tá gestante que já tem vários filhos, quando ela tiver mais esse bebê, ela entrar no programa do planejamento familiar, pra mim tudo é educação em saúde. Até a receita que às vezes eles não entendem a letra que eu vou e traduzo ali do lado, eu acho que eu tô fazendo educação em saúde pra aquela pessoa.”
(Organizada)*

“A educação em saúde, ela é fundamental pras atividades desenvolvidas no programa saúde da família. Então, através da educação a gente vai formular as atividades que a gente vai estar desenvolvendo na unidade.” (Responsável)

“Olha, pra mim, educação em saúde no Programa de Saúde da Família é fundamental, por que eu acredito que só através da educação você pode conscientizar essa população [...] Então a gente só consegue através da educação em saúde. Sem a educação [...] eu acho que tem que andar junto à saúde e a educação.” (Perseverante 2)

“A educação em saúde eu acho que é o fator principal pra nós que trabalhamos no PSF, eu acho que é o elo principal pra gente trabalhar, sem a educação a gente não consegue nada, pelo menos minimiza os problemas e a educação é a parte principal de tudo, a gente tem que trabalhar muito a educação senão a gente não consegue nada. Se a gente não trabalhar educação, vai trabalhar só a parte curativa que é mais difícil e que os recursos são maiores então é preferível trabalhar a educação, com a educação a gente consegue muito trabalhar a qualidade de vida da população.” (Caridosa)

As falas apresentadas pelas enfermeiras estão consoantes com a afirmação de que a educação está presente em todas as relações que se estabelecem entre os trabalhadores de saúde e o público. No processo de trabalho, a valorização dada à educação em saúde aparece em vários momentos. Sabe-se da importância de realizar as práticas, ou enfatiza-se o entendimento de que o profissional deve estar constantemente realizando-a. Entretanto, Villa (79) afirma que cada profissional, ao dar um significado à prática educativa, revela uma forma de manifestação ao ser educador e que a sua prática tem relação direta com as suas representações sobre educar. Portanto a autora reforça que “só é educador o profissional que tem consciência dessa possibilidade e sobre ela trabalha” (p.50). A enfermeira deve ter o entendimento e a sensibilidade de que é educadora, deve ter intencionalidade na prática educativa para a satisfação de necessidades tendo a participação das pessoas envolvidas. L’Abbate (3) e Smeke e Oliveira (9), também concordam quanto a compreensão de que todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial à sua

prática, seu reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

Albuquerque e Stotz (62) afirmam que na análise do tema educação em saúde nos serviços, um aspecto da prática em saúde secundarizado é o de que toda ação de saúde é uma ação educativa, e que o processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, no sentido em que tanto o profissional de saúde quanto o usuário aprendem e ensinam. Este entendimento pode mudar a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando “pacientes” em cidadãos, co-partícipes do processo de construção de saúde (62).

Para entendermos sobre as concepções de educação em saúde externadas pelas enfermeiras, perguntamos sobre os momentos da formação em que houveram discussões voltadas para o tema.

O período da graduação foi lembrado com práticas realizadas nos estágios como, por exemplo, o dia de fazer palestras, as orientações para as pessoas, porém as discussões sobre o processo pedagógico, questões sociais, econômicas e culturais não foram relatadas. O estágio em Saúde pública era o momento para se treinar as palestras, levarem cartazes etc, como demonstram as falas a seguir:

*“[...] na nossa formação sempre era cobrado isso aí, todos os estágios antes da gente começar os atendimentos a gente sempre era orientado que a população, deveria ser, ser feito uma educação em saúde antes na sala de espera, em grupos, na comunidade, nós sempre trabalhamos isso aí, até por que a minha formação foi realmente em saúde pública.”
(Estrela)*

“Nós fizemos na Saúde Coletiva, nós trabalhamos educação em saúde, na graduação. Na Saúde Coletiva nós tínhamos os dias de levar cartazes, fazer as orientações, participar dos grupões de diabéticos, conversar com as pessoas. Nos grupos de diabéticos, de idosos, nós fizemos bastante, a instrutora cobrava bastante o trabalho de educação em saúde mais na parte prática, na teoria foi pouco, superficial, por que tinha o professor da teoria e outro da prática então na teoria foi pouco, mas na prática foi bastante [...]” (Meiga)

“Na graduação foi falado, mas assim, acho que muito pouco. Eu não me lembro de ter uma matéria voltada pra isso, mas em tudo que a gente ia fazer tinha que prestar essa orientação né, pro paciente, pro cliente. Então a gente fazia educação em saúde, mas não de uma forma como ela deveria ser feita, né.” (Perseverante 1)

“No período da formação a gente trabalha muito com educação em saúde né, uma das atividades que a gente faz é a educação em saúde quando a gente faz os estágios nas instituições públicas, centros de saúde, a gente lida muito com os pacientes, a gente utiliza muito a educação em saúde diretamente com eles. Acho que foi só na prática, a gente praticou muito, mas comentando sobre teoria, não tô lembrada, não lembro.” (Compreensiva)

“A gente fazia muito isso principalmente nos estágios. A instrutora cobrava muito pra fazer palestra, tinham que ter palestra todos os dias, principalmente em estágios em unidade básica. Mas sempre foi colocado, também, que durante as consultas é uma forma de educação em saúde, e tem que aproveitar.” (Tranquila)

Percebemos que os relatos remetem a uma formação normativa, prescritiva, preventivista e focalizada na concepção de que a educação em saúde é a realização de palestras, de maneira verticalizada e com autoridade de saberes pela enfermeira. As falas nos mostram que nos estágios de Saúde Pública eram cobradas das alunas as práticas de educação em saúde em forma de palestras, a confecção de cartazes, com a finalidade de exercitar como expor assuntos, conversar com as pessoas, orientar para a prevenção, porém não havia a discussão sobre as questões sociais, econômicas, políticas e culturais envolvidas na vivência das comunidades. Isso reflete a dicotomia e o distanciamento existente entre a formação profissional e a realidade vivenciada nos serviços de saúde. As enfermeiras reproduzem na prática profissional a concepção pedagógica de educação em saúde que receberam na vida acadêmica evidenciadas pelos relatos que enfatizam a verticalização das ações por meio de palestras.

Das entrevistadas, 14 fizeram especialização em Saúde da Família e destas algumas relataram discussões sobre educação em saúde, porém dentro do

enfoque sanitarista, preventivista, da prática educativa tradicional, com grupos específicos ou doenças, como podemos observar nas seguintes falas:

“Na pós-graduação [...] não recordo, mas acho que no PSF [especialização] foi discutido. Como é saúde coletiva a gente tem sempre que trabalhar, o PSF trabalha muito isso, tem que trabalhar a prevenção, pra você trabalhar a prevenção você tem que ficar divulgando, falar sempre com grupinho de pessoas aqui e ali, ou então bastante pessoas em uma sala de pré consulta, sala de espera você pode fazer.” (Meiga)

“Na pós-graduação também, por que em saúde da família já diz que é trabalhar a saúde na família, então a gente tem que trabalhar os grupos, isso também é muito abordado.” (Estrela)

Em alguns casos foi citado não haver discussões ou estas foram contrárias às práticas educativas:

“Eu tive um professor que é contra a educação em saúde, [...] ele detesta educação em saúde. Mas assim, nos alertou um pouco na nossa cabeça que realmente a gente falando, falando tanto, mesmo assim não dá jeito nas coisas, mesmo a gente tentando ainda continua muita coisa errada. Eu acho que a educação em saúde ameniza em parte as situações e é isso que eu acho.” (Sensível)

Percebemos, porém que esta afirmação da enfermeira Sensível tem uma concepção negativa da realização das práticas educativas influenciadas pelo entendimento equivocado dos dizeres do professor do curso de especialização. Outra enfermeira, da mesma turma de especialização, citou o mesmo professor como sendo um grande defensor de se receber bem as pessoas, fazê-las participar e buscar estratégias para o entrosamento e que as práticas que se usam frequentemente, como falar muito, prolongar-se, não tem uma boa receptividade por cansar o ouvinte:

“Sim, eu me lembro que nós tínhamos um professor, o Sr X, que cobrava muito e fazia uma ‘sessão parlamentar’! Ter que receber bem as pessoas pra poder fazer uma educação em saúde. Isso foi assim cobrado nesse sentido, pras pessoas se sentirem bem, ser bem recebidas e participar realmente [...] a gente procura fazer uma roda de conversa [...] sem se prolongar muito.” (Experiente)

Entretanto, algumas enfermeiras citaram como importante ter cursado a especialização, como forma de melhorar o trabalho, estimular a participação das pessoas, elaborar estratégias de como trabalhar e conhecer o local:

“[...] quando a gente vai trabalhar na comunidade, a gente tem que conhecer primeiro a comunidade pra ver quais são os problemas pra traçar suas metas, seus planos em cima dos problemas, se não, não adianta trabalhar saúde pública. Na pós-graduação foi muito enfatizado, eu gostei muito, amei fazer a pós-graduação em saúde da família.” (Organizada)

“Na pós-graduação, nós tivemos sim, principalmente quando trabalhamos na saúde do idoso, acho que nós falamos mais em educação. E também na saúde da criança. Trabalhamos muito o contato com a mãe, de trazer informação, de não estar só mandando fazer alguma coisa. Mas sim, proporcionando a ela conhecimento pra que ela possa, com aquele conhecimento, tá fazendo alguma coisa pra mudar o comportamento dentro da família dela, pra trazer saúde.” (Amiga)

“Foi discutido como estratégia para a gente conseguir dados pra diminuir agravos de uma área [...]. Você descobre o problema da área e faz um plano, monta uma estratégia de educação em saúde sobre aquele agravo, daquele local, daquela comunidade e reúne, ou no barracão comunitário, ou na igreja, ou debaixo da árvore, né, na nossa realidade. E chama esse grupo, essa população e manda ver, né!” (Perseverante 2)

Destacam a importância de conhecer a comunidade em que se vai trabalhar para traçar metas de trabalho, bem como compartilhar os problemas detectados com a comunidade para se estabelecer estratégias em conjunto.

Enfatizamos que, apesar de não ser objeto deste estudo, detectamos a necessidade de se analisar o projeto político-pedagógico dos cursos de pós-graduação em Saúde da Família ofertados na região, também para adequá-los a realidade do contexto de trabalho, visto que observamos de acordo com os relatos, dificuldade das enfermeiras em associar a teoria com a prática.

5.2.2 Práticas educativas e o processo de trabalho na ESF

A percepção que tivemos é que a maneira de organização do trabalho nas unidades de saúde da família permite às enfermeiras a adequação dos instrumentos para organizar seu trabalho. A enfermeira tem autonomia para organizar, no dia a dia, o trabalho com a equipe, porém seguindo os programas ministeriais. Geralmente utiliza um cronograma semanal das atividades e diariamente estabelece uma rotina de atendimentos de acordo com os programas na unidade.

Villa, Mishima e Rocha (80) em estudo realizado na rede pública do estado de São Paulo, no período que correspondeu à programação em saúde de 1969 a 1983, denominada de “novo modelo tecnológico” da saúde pública, observaram que a assistência de enfermagem é definida a priori como parte do projeto programático que prevê um cronograma de atividades, com conteúdo e agentes para executá-los, dirigido no modelo de programação a uma população-alvo preestabelecida. Nesse contexto, não era possível a enfermeira planejar e dar seguimento à assistência de enfermagem a cada cliente inscrito nos programas, devido às outras atividades relativas ao processo de trabalho em saúde (80).

Essa percepção corresponde à atual situação que ocorre nos serviços de saúde observados e relatados pelas enfermeiras, ou seja, cronogramas de atendimento e atividades de acordo com os programas padronizados pelo Ministério da Saúde. O primeiro atendimento é realizado pela enfermeira, como por exemplo, no pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, inscrição no programa de hipertensão e diabetes, porém nem sempre é a enfermeira que fará os seus próximos atendimentos, chamados de subseqüentes. Isso pode ocorrer devido à grande demanda de serviço não programático (demanda espontânea) e atendimentos para a enfermeira, além de ter a responsabilidade pela gerência da unidade de saúde.

“Assim nós fazemos, na realidade assim uma espécie de cronograma, né. A gente faz um cronograma anual e a gente distribui em meses as atividades, então nós planejamos pro ano inteiro fazer educação em saúde nas escolas, na creche do bairro, nos grupões de diabéticos e hipertensos, e na

própria unidade de saúde com palestras tanto do enfermeiro, como do técnico, como do agente de saúde né então a gente procura trazer também outras pessoas, outros parceiros e manter sempre as pessoas informadas sobre vários temas, e acontece dessa forma.” (Perseverante 1)

“No dia a dia fazemos aqui na unidade de saúde. Fazemos nos grupos de Hiper/Dia [hipertensos e diabéticos], saúde mental, na sala de espera de um modo geral; com as mães no pré-natal, com as mães no CD [crescimento e desenvolvimento], individual e na unidade de saúde. Na unidade é diário, na sala de espera pela manhã e no atendimento individual. Com os grupos a gente faz mensal, no hiper/dia, saúde mental, pré-natal, e o grupo de idosos que a gente tá agora no segundo mês de funcionamento. Esses idosos não são nem diabéticos, nem hipertensos, são idosos sem patologia”. (Determinada)

“Por exemplo, na segunda-feira eu faço pré-natal, então aproveito pra falar pras mulheres do pré-natal, pra fazer educação em saúde, né? Na terça-feira, quando eu faço preventivo [do câncer], eu já pego aquelas mulheres que vieram pra coleta, né, e eu já falo sobre a importância do exame. Na quarta-feira eu faço o teste anti-HIV, né, então meus agentes de saúde vão para a comunidade, pois nós temos muitos jovens, muitos adolescentes que são usuários de drogas, que usam piercing, usam tatuagem, então eu já pego essa população aí e já falo antes de iniciar a coleta. Já faço uma palestra, o aconselhamento, sobre a importância de usar preservativo, sobre hepatites através de alicates, objetos perfuro cortantes que eles podem se contaminar, o uso de seringas e depois eu colho. À tarde a gente vai para a comunidade. O agente de saúde já está na comunidade, já me falou alguma coisa que tá acontecendo e aí eu já vou pra comunidade, já direto pro local, geralmente pras escolas. Pego o turno da tarde [na escola], reúno por faixa etária, se crianças menores de dez anos eu já falo sobre a importância da higiene.” (Perseverante 2)

Podemos observar que a sobrecarga de trabalho ocorre, também devido à centralização de atendimentos para a enfermeira, e pela equipe reduzida na unidade. De acordo com Marques e Silva (81), uma dificuldade enfrentada pela enfermagem no PSF é “a sobrecarga de trabalho pela demanda e pela equipe

desfalcada, o que tem gerado desmotivação para a equipe e insatisfação com o trabalho” (p.548).

Como um dos nossos objetivos é o de verificar as práticas educativas que estão sendo realizadas pelas enfermeiras nas unidades, buscamos, nas entrevistas, questioná-las como têm desenvolvido as ações educativas no dia a dia. Estas práticas educativas, conforme os relatos já citados das entrevistadas, são realizadas em momentos variados, porém, a maioria citou a sala de espera das unidades como um dos momentos que se realiza educação em saúde. Foram unânimes em citar o grupo de diabéticos, hipertensos e de grávidas, um dia no mês; de mulheres para a coleta do PCCU, mães de crianças no CD no dia da semana agendado para essa atividade e na consulta individual diariamente independente do programa. A visita à escola e a creche do bairro também foram citadas como momentos de práticas educativas, bem como as visitas domiciliares realizadas geralmente em dois dias da semana e o peso das crianças por micro área que é mensal por ACS. Todos esses momentos foram citados como oportunidades aproveitadas para realizar atividades educativas.

Albuquerque e Stotz (62) afirmam que são grandes as dificuldades da equipe para efetuar práticas cotidianas de promoção que agreguem ações educativas, portanto são realizados basicamente trabalhos em grupos com gestantes, diabéticos ou hipertensos, ou a educação em saúde é dirigida de acordo com o programa ou a epidemia que está na mídia no momento. Não há a preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com uma continuidade de ações junto à comunidade que trabalhe sua autonomia (62), isto pode ser atribuído a grande demanda de pessoas para os atendimentos ou pelo volume de atribuições realizadas pelas enfermeiras.

Geralmente são realizadas campanhas educativas, de calendário ministerial, em que o profissional altera seu processo de trabalho para cumprir as programações e com isso a relação com a comunidade torna-se utilitarista, que segundo Albuquerque e Stotz (62) ocorrem quando são conduzidas no sentido de garantir mobilização dos indivíduos para as campanhas. Como por exemplo, a campanha para detectar casos de tuberculose, de hanseníase, a programação do

aleitamento materno, as campanhas de coleta de preventivo, as campanhas de combate à dengue, enfim, práticas elaboradas pelos trabalhadores de saúde de acordo com a determinação da secretaria de saúde diante da programação do Ministério da Saúde:

“[...] dependendo das patologias, epidemias, aí você tem que tentar orientar as pessoas, fazer esclarecimentos para não ficar todo mundo em pânico. Então você fazendo uma boa educação em saúde você já começa a acalmar esclarecendo pra eles o que de fato acontece com essa patologia que está acontecendo no momento [...]” (Meiga)

“[...] essa parte de educação nós trabalhamos com os grupos de hipertensos e diabéticos, o grupo das grávidas também, que a gente trabalha educação em saúde, e nas escolas também e na creche, a gente tem um período durante o mês voltado pra atenção e educação em saúde na creche também [...] essas campanhas educativas de hanseníase, tuberculose a gente sempre tá desenvolvendo alguma atividade [...]” (Responsável)

“No dia a dia, a gente procura trabalhar com os grupos que fazem parte dos programas. Por exemplo, no dia de CD a gente conversa com as mães; no pré-natal a gente conversa com as grávidas [...]” (Experiente)

De acordo com o processo de trabalho, no campo da enfermagem, os objetos de trabalho são o cuidado de enfermagem e o gerenciamento do cuidado e ao cuidado considera-se como um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário no transcorrer da doença ou ao longo de processos vitais (saúde da criança, da adolescência, da mulher e outros) (58).

Villa (79) afirma que o profissional, muitas vezes, desenvolve a atividade educativa de forma despercebida, ou seja, no exercício cotidiano das tarefas acaba negando a intencionalidade de um fazer crítico e criativo referente ao educar. Devido à sobrecarga das atividades diárias de trabalho, não se dá conta da prática realizada e por não se tratar de uma transmissão formal de conhecimento não é considerado como educativo (79).

Mendes Gonçalves (48) afirma que algo só se tornará instrumento de trabalho quando o sujeito dotado de um projeto, ou seja, intencionalidade o utilizar

para o alcance de necessidades, valendo-se de suas qualidades, isto é, de seu valor de uso.

No contexto da pesquisa, o processo de trabalho está diretamente vinculado à realização de atividades dos programas em saúde, e sobre o instrumento, educação em saúde, relatam sua realização no atendimento de maneira individual, nos grupos ou na família:

“Então aqui, por exemplo, a gente tenta utilizar educação em saúde individual, que a gente acredita que cada um tem as suas diferenças [...]. Mas a educação em saúde deve ser pessoal, ou então pro grupo familiar, por que eles são diferentes de outros, eles tem os seus problemas diferenciados. Então eu tento fazer educação em saúde aqui no consultório.” (Amiga)

“A gente faz um trabalho de orientação, né tanto na parte de grupo quanto no atendimento individual. Todos os atendimentos individuais a gente tem que trabalhar a educação [...] e às vezes apraza pra verificar o cliente em domicílio, como é a vivência dele, né como é que tá a família, então muitas das vezes a gente acaba indo verificar essa família em loco, na residência.” (Caridosa)

Entendemos que os usuários dos serviços de saúde não são apenas consumidores das atividades educativas (individual, na família ou em grupos), são também co-participes na produção de conhecimentos e também utilizam essas atividades como instrumentos, dividindo seus saberes, experiências com os profissionais de saúde e juntos constroem um resultado que vai suprir as necessidades. Esse entendimento é citado por algumas enfermeiras:

“[...] se costuma fazer essa ‘roda de conversa’, eu prefiro chamar assim do que ‘palestra’, por que a gente procura [...] estimular as pessoas a falarem, a darem o seu depoimento e contar suas experiências e isso, assim, serve, aprende com o outro.” (Experiente)

“Eu gosto de trabalhar, é um trabalho que você ensina e aprende com eles, o trabalho do PSF. Eu gosto de trabalhar, você vai aprendendo muito com eles e quanto mais você aprende, mais você quer fazer, entendeu?” (Persistência)

Alguns enfermeiros alegaram a pouca utilização ou não utilização do instrumento de maneira adequada devido à demanda de atendimentos e da gerência do serviço, e que também é atribuído à enfermeira da equipe:

“É a gente sabe que o certo é que antes de começar os atendimentos, realmente na saúde, é fazer, é reunir com a população que está à procura e trabalhar a problemática, mas como o fluxo é tão grande acaba que a educação em saúde fica a desejar. Então é pela quantidade de tanta gente, que eu chego aqui acho o banco cheio que se eu parar pra dar uma palestra às vezes enrola todo o meu dia, todo o meu esquema. Então acaba sendo atropelada, a gente acaba começando a assistência e deixando a educação em saúde de lado, infelizmente isso aí tem acontecido.” (Estrela)

“No Saúde da Família nós teríamos o quê, que estar na comunidade, né? O tempo todo na comunidade, só que infelizmente nós fazemos os dois. Nós ficamos na comunidade e na unidade também [na gerência].” (Perseverante 2)

“[...] mas assim a maioria das vezes é individual, a maioria é individual por que não temos tempo, não sei se vai ter essa pergunta, mas é devido a gente não ter muito tempo, que aqui nós somos tudo, a gente além de ser a ‘enfermeira’, ‘a enfermédica’, ‘a enfertudo’ [...] temos que resolver de qualquer maneira, né são muitos programas que nós que temos que dar conta, resolver todos os programas que existem na unidade.” (Sensível)

“Eu acho que pro enfermeiro fazer uma melhor educação em saúde ele teria que ter menos atribuições, ficar menos ocupado com a parte burocrática, ficar mais na assistência por que a gente além de ter que administrar uma unidade, tem que dar conta de todos os programas, de todos! Sair pra visitar com os ACS, fazer atividades extramuros, é difícil você ter que cada dia fazer um cronograma, ainda tem a parte de que você tem que se adequar a outra equipe pra poder não deixar a unidade só. Então se o enfermeiro ficasse mais na parte de assistência com certeza a gente faria bem mais prevenção, a gente tenta fazer prevenção, mas a gente faz mais a parte curativa mesmo.” (Meiga)

O processo de trabalho das enfermeiras é composto das atividades de ordem administrativa e de assistência de enfermagem. Somente em duas

unidades de Saúde da Família, há uma enfermeira gerente que não é a da equipe de saúde da família, que faz os atendimentos de outras áreas que não são do PSF. Esta enfermeira é a responsável pelos pedidos de materiais, medicamentos, vacinas e outros, porém, como informaram as entrevistadas, sempre em conjunto com a equipe. Cada enfermeira, por mais que não seja o coordenador da unidade, deve ter atrelado ao trabalho a assistência e o gerenciamento do cuidado. Não deve haver a dicotomia entre cuidar e gerenciar o cuidado. O gerenciar permite que a enfermeira possa assegurar as condições necessárias ao desenvolvimento de seu trabalho. A assistência, a gerência, o ensino e a pesquisa compõem a essência da profissão de enfermagem. Portanto o entendimento de que a enfermeira do PSF deve dedicar-se somente ao cuidado é passível de reflexão.

Um aspecto importante com relação à educação em saúde, no entender de Chiesa e Veríssimo, p.34 (43), é o fato de ser *“comum os profissionais desvalorizarem os momentos educativos no seu processo de trabalho, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, que utilizam equipamentos com algum grau de sofisticação tecnológica”*, processo que pode causar, dentre outros problemas a baixa vinculação da população aos serviços de saúde, a pouca adesão aos programas e tratamentos e frustração dos profissionais de saúde.

A triagem da demanda espontânea é utilizada no processo de trabalho para separar e direcionar os atendimentos. Essa triagem é geralmente das atividades não programadas (demanda espontânea) e são separados os atendimentos para cada profissional (médico ou enfermeira). Os programas ministeriais têm o seu agendamento de acordo com o cronograma de atendimento da unidade. As atividades ou a demanda não programada, geralmente vêm com problemas, queixas, em busca de atendimento médico, sendo agendado de acordo com o problema do usuário e o número de vagas disponíveis (queixa-conduta). É o que se chamaria de acolhimento das pessoas que procuram a unidade, porém com horário determinado e com o objetivo de organizar a demanda para os atendimentos que ofertam menos vagas de maneira tecnicista e normativa. Em algumas unidades essa atividade é realizada pela enfermeira:

“Então todos os dias da semana eu escrevo, por exemplo, DE [demanda espontânea] é atendida todo dia. Quando eu chego aqui já tem pessoas pra consultar aí a gente prioriza quem tá passando mal, e nessa demanda a gente prioriza também os sintomáticos respiratórios e problemas na pele. E em seguida eu vou fazer a triagem pra médica, eu faço de um dia pro outro, eu deixo quatro vagas de emergência. Eu gosto, eu mesma de fazer a triagem pra médica, não gosto que seja feita no balcão. Aí quando eu faço isso, se terminei eu já vou fazer o que é fixo nos dias da semana.”
(Organizada)

“Primeiro nós fazemos uma triagem, o que é para o médico e consulta de enfermagem, e é em cima disso que eu vou trabalhar.” (Persistência)

A triagem é uma prática muito utilizada nas unidades de saúde do município, mesmo em unidades do PSF. A estruturação do acolhimento foi iniciada com um treinamento na rede básica de saúde no ano de 2008, com uma equipe do Ministério da Saúde, porém o que se observa é uma limitação das unidades em dispor um profissional para esse trabalho, talvez pelo não entendimento de como organizar o processo de trabalho, continuando a realizar a triagem, ou melhor, a distribuição de fichas para consulta em horário determinado proporcionando insatisfações tanto dos profissionais como dos usuários. Takemoto e Silva (82) destacam que o acolhimento não se caracteriza como uma atividade específica, este está em toda atividade assistencial, proporcionando a busca do reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e a possibilidade de satisfazê-las.

Nos registros do diário de campo e nas observações das práticas educativas indicadas pelas enfermeiras percebemos posturas autoritárias, sem a concepção de que os sujeitos devem participar na compreensão e utilização do instrumento educativo para suprir as suas necessidades. A culpabilização por problemas não resolvidos após as orientações da enfermeira aparecem em alguns momentos como podemos verificar nas seguintes impressões registradas:

Em uma reunião na comunidade, a enfermeira falou em um tom rígido sobre o tratamento da água justificando ter muitos atendimentos de diarreias na unidade de saúde, provenientes da área, atribuindo o fato ao não tratamento da

água pelas pessoas, por isso apresentaram o problema. Os usuários se justificaram alegando que havia lixo na encanação, que tinham que armazenar a água ou que o hipoclorito de sódio dava um gosto ruim à água, porém percebemos que as próprias pessoas discutiam entre si seus problemas e soluções para os mesmos (Observação Persistência).

Na nossa percepção, a enfermeira poderia ter estimulado e participado das discussões sobre soluções do problema em conjunto com a comunidade.

Em outra situação observada em um atendimento a uma criança tivemos o seguinte registro:

A enfermeira disse já ter atendido antes a criança e já ter orientado sobre os cuidados e que não havia apresentado melhora por que não foi seguido o que ela ensinou fazer. Após essa abordagem disse que iria conversar com o médico para ver se poderia atender “mais um”, pois sua agenda já estava cheia. (Observação Meiga).

Concordamos que nas unidades de saúde deve-se estipular número de vagas para os atendimentos para organizar o serviço e principalmente o tempo necessário a ser utilizado, porém, deve haver flexibilização e sensibilidade em se avaliar a necessidade de saúde de cada pessoa. Compreender que cada um reage de maneira diferente aos problemas e que, o que pode ser simples para uns é complexo para outros. E essa não compreensão das diferenças atrapalha o enfrentamento das questões (52).

Nessas situações podemos destacar, de acordo com Vasconcelos (52), que a utilização de tecnologias apropriadas às condições em que vivem as comunidades é essencial e uma delas é estabelecida pelo diálogo, proporcionando a resolução dos problemas, de maneira mais adequada, em cada situação.

Vasconcelos (52) avalia que as atividades realizadas pela unidade de saúde têm consequências educativas e deseducativas, dependendo da maneira como são executadas como, por exemplo, na sua afirmação a seguir:

As palestras e as orientações individuais comumente transmitem a idéia de que cada doença se deve principalmente a falta de cuidado e ao desleixo da população. Este argumento é usado numa tentativa de criar

um sentimento de culpa nas pessoas para que elas se esforcem em seguir as orientações daquelas. Não se coloca que a falta de higiene está muito mais ligada às más condições de saneamento, de acesso à educação formal e ao passado de exploração e miséria que aquela população vem sendo submetida há gerações, fazendo-a acostumar-se a padrões de vida dos mais precários. (p.28)

Apesar da concepção das enfermeiras sobre educação em saúde priorizar o discurso de orientar, conscientizar e informar de forma verticalizada, percebemos na observação da prática, que no processo de trabalho, a utilização do instrumento educação em saúde, em algumas situações ocorre naturalmente no cotidiano.

A enfermeira, em algumas situações, usa o processo educativo de maneira dialógica, com preocupação em satisfazer as necessidades em conjunto com o usuário, entretanto não considera que está realizando uma prática educativa.

Observação de reunião do grupo de diabéticos e hipertensos de uma micro-área não coberta por ACS:

Estavam presentes: o médico, a enfermeira Experiente, dois ACS e uma técnica de enfermagem. A enfermeira e o médico conversaram sobre ser saudável, sobre a alimentação e exercícios físicos. Cantaram parabéns aos aniversariantes do mês. [...] A enfermeira deu oportunidade para as pessoas contarem experiências sobre a realização de atividades físicas e mudança na alimentação. Duas senhoras contaram suas experiências. Disseram que melhoraram muito com caminhadas ao final da tarde, o sono e a disposição para o dia a dia. [...] A enfermeira fez o atendimento individual, fazendo orientações e fornecendo a medicação prescrita. No atendimento a enfermeira perguntava de familiares do idoso e problemas, demonstrando conhecer bem as famílias. Quando detectava um caso que requeria mais atenção, encaminhava para atendimento individual na unidade de saúde. A enfermeira demonstrou bom entrosamento na equipe e com as pessoas do grupo; percebia no olhar se estavam com problemas e demonstrava carinho com abraços e afago nos idosos; não demonstrou preocupação com o tempo de atendimento. (Observação Experiente)

5.2.2.1 Influências facilitadoras e dificultadoras nas práticas educativas

Para a compreensão do processo de trabalho, ou seja, da utilização do instrumento de trabalho e das influências que podem comprometer as práticas educativas, perguntamos às enfermeiras quais as facilidades e dificuldades na sua realização elegendo alguns pontos considerados, por nós, importantes no contexto da ESF como nas visitas domiciliárias, na realização dos grupos, no atendimento individual, nas escolas, sobre materiais educativos e infra-estrutura na unidade, equipe e parcerias com associações de bairros e outras entidades. Consideramos esta questão como subcategoria por compor o processo de trabalho e o nosso objetivo, porém percebemos que o entendimento das enfermeiras é de que estas influências não se agregam ao processo de trabalho.

As visitas domiciliárias realizadas pelo médico e enfermeira são consideradas como um dos diferenciais das unidades de saúde da família para as unidades básicas. Ao questionarmos sobre as facilidades e dificuldades de realizarem práticas educativas nesse momento, citaram principalmente, como dificuldade a distância a algumas áreas, o acesso difícil em alguns bairros, e não haver transporte fornecido pela instituição para as visitas na zona urbana, a dificuldade em entrar em algumas casas com melhores condições financeiras e áreas com altos índices de violência. Algumas enfermeiras citaram não sentirem-se à vontade em fazer visitas pelo sentimento de invasão da privacidade da família.

Tais dificuldades citadas podem ser percebidas nas falas:

“A dificuldade é a distância. O bairro é grande, tem área longe, famílias próximas de áreas de risco como alagados, então fica difícil estar indo até lá, o acesso fica difícil, mas na medida do possível as famílias são visitadas, mais pelo enfermeiro e pelo ACS [...]” (Determinada)

“ah, é falta de transporte pras visitas. Se eu viesse no meu carro, eu não iria colocar nessa buraqueira aqui ou então é alagado. Então eu vou andando, e quando eu desço pra área alagada é mais fácil eu atravessar o matagal pra rodovia do que voltar, é muito longe, tem muita boca de fumo, então dá medo.” (Teimosa)

“Sabe, eu realmente tenho dificuldade em fazer educação em saúde quando eu vou à casa da pessoa. Por que, eu fico assim, eu vou entrando no local que é deles! Apesar de muitas famílias que a gente vá e que se sintam muito bem, à vontade, que eles já conhecem a gente, mas eu me sinto assim, como se estivesse invadindo! [...] Eu tenho dificuldade nisso, de abordar educação em saúde quando eu vou na casa por que eu acho que eu estou invadindo a privacidade deles. (Amiga)

Como facilitadores citaram o bom acesso às famílias, proporcionando maior abertura para conversar e conhecer os outros membros num ambiente de informalidade; conhecimento da realidade em que vivem e com isso adequação das práticas educativas; mas, enfatizaram principalmente o vínculo, a confiança, a satisfação das pessoas em conversar e ouvir.

“E facilidade é que conhecendo a realidade da família, devido à área ser delimitada a gente tem mais facilidade de conhecer a família, né [...]” (Caridosa)

“É o prazer! É o prazer na maioria das casas, ‘pôxa enfermeira!’ Ou ao agente de saúde, ‘pôxa nunca mais apareceu aqui!’ [...]. Mas é muito bom! O acesso é muito bom na maioria das casas. Nas visitas, por exemplo, da minha parte como enfermeira, eu vou mais nos idosos acamados, puérperas, gestantes [...] e a gente faz esse trabalho e não tem dificuldade. Na medida do possível tem uma boa aceitação.” (Experiente)

Sobre os grupos realizados citaram como dificuldades, principalmente: a pressa das pessoas levando a não concentração no momento; o excesso de componentes nos grupos (de diabéticos e hipertensos) causando demora nos atendimentos; a falta de materiais para as práticas educativas; e que o ambiente de grupo causa inibições nas pessoas e também a falta de tempo da enfermeira nos atendimentos.

Percebemos que algumas enfermeiras não citaram como dificuldade o número elevado de componentes no grupo, porém pudemos observar que é um momento extremamente sobrecarregado para a enfermeira, pois é realizada a

orientação coletiva, com dinâmicas, conversa, trocas e após há o atendimento individual, direcionado à queixa clínica e a entrega da medicação prescrita.

“[...] eu vou citar o grupo de hiper/dia, né. Os idosos têm uma parte negativa, é que eles são muito apressados, sempre tem algum compromisso. Mesmo que seja uma vez no mês, é pra retirar o dinheiro no banco, é o neto que ficou sozinho, é o feijão que ficou no fogão, então essa é a dificuldade deles não se concentrarem, não aproveitarem aquele momento, e de chegar lá e parar cinco minutos por mais que tenha uma recreação. Mesmo assim eles ficam apressados, eles querem logo ir embora.” (Meiga)

Registro da observação de um grupo de hipertensos e diabéticos:

A enfermeira Responsável conversou sobre a importância das atividades físicas, exercícios e perguntou se os mesmos tinham alguma pergunta ou dúvidas sobre o assunto. Agradeceram pelo momento de descontração aplaudindo. Uma participante do grupo pediu para que juntos pudessem fazer uma oração pela saúde de todos que estavam lá naquele momento. Todos se deram as mãos e rezaram juntos o Pai Nosso e uma oração espontânea (nesta oração agradeciam pelas bênçãos e pela saúde deles e da enfermeira). Após havia um café da manhã para os participantes, organizado pelos ACS com a colaboração do grupo [...] Posteriormente houve o atendimento individual. A enfermeira chamou um a um para o atendimento, sendo feitas orientações individuais e entregue a medicação já prescrita. Percebendo a dificuldade enfrentada pela enfermeira devido ao grande número de pessoas para serem atendidas (60 aproximadamente) solicitei que eu pudesse também ajudar no atendimento [...] Percebi a apreensão da enfermeira por ter muitos para atender. O local era apertado e não havia privacidade para o atendimento. (Observação Responsável)

Na observação da enfermeira Responsável, o trabalho coletivo remete ao modelo dialógico, porém o atendimento realizado individualmente após é caracterizado pelo modelo tradicional, atribuído ao grande número de pessoas para serem atendidas reduzindo o momento da escuta, diálogo e vínculo.

As facilidades citadas referem-se à descentralização do grupo por micro-áreas, diminuindo o número de participantes e melhorando o atendimento; o apoio de outras instituições para o trabalho em grupo, como faculdades e escolas

técnicas de enfermagem; realização de grupos de conversas e trocas de experiências, com vínculo, e confiança na equipe e o apoio dos membros da equipe, principalmente dos ACS.

“No grupão nós decidimos por uma prática diferente, uma rotina diferente. Eu não levo palestras prontas, programadas, assim o que é que eu faço, no início nós observamos que eles não gostam, ficam cansados. A palestra pra eles é enjoativa, é cansativa. Pra não ser cansativa eu peço ajuda de acadêmicos e de outra colega enfermeira que é muito boa em uma dinâmica, aí nós fazemos danças, uma física rápida, caminhada rápida lá no salão e depois senta pra conversar, só um pouco de tempo, não é muito tempo e com isso aí melhorou, eu conquisto os idosos pra chegarem ao grupão e a gente faz o nosso trabalho bacana e é diferente, é mais dinâmico [...]” (Sensível)

Assis (83) afirma que as atividades educativas em grupo são *uma oportunidade singular de repor a questão saúde no espaço coletivo, aprofundar aprendizados, fortalecer vínculos, propor abordagens lúdicas, dimensões pouco valorizadas no contexto assistencial (p.37).*

Silva et al (84) em estudo realizado sobre grupos, perceberam que a realização de atividades grupais no processo de trabalho educativo-assistencial do PSF pode ser possibilidade para apoiar a participação da população nos serviços de saúde, porém exige que os profissionais reconheçam as diferentes dimensões e estratégias implicadas nessa atividade, além de estarem preparados, sensibilizados e envolvidos com a tarefa de facilitar a participação da população de forma consciente nos serviços de saúde, para isso torna-se imprescindível o apoio dos gestores favorecendo as práticas de construção dessa participação, conforme a proposta do SUS.

Sobre os atendimentos individuais na unidade de saúde citaram preferir este tipo de atendimento por proporcionar maior escuta, atenção mais direcionada aos problemas da pessoa, oportunidade para conforto emocional devido à maior privacidade. Consideram esse atendimento mais proveitoso que no grupo. Entretanto, citaram como dificuldade a demanda excessiva de pessoas para serem atendidas proporcionando pouco tempo para cada atendimento.

“No atendimento individual é mais fácil, por que é na consulta. A gente também usa o álbum individual. Eu acho que é melhor de ouvir o paciente, por que ele está só, pergunta mais, participa mais, por que no grupo a gente vê dificuldade, lança a pergunta pra eles e espera que eles devolvam pra gente, mas se percebe ainda um acanhamento por parte deles.” (Determinada)

Falando sobre espaço físico e materiais didáticos, a maioria das unidades não dispõe de espaço adequado para reunir muitas pessoas, por que algumas são casas alugadas na comunidade, porém relatam a utilização de outras áreas no próprio bairro como barracões, igrejas e casas de comunitários. As enfermeiras enfatizaram que a ESF traz essa concepção de sair da unidade e buscar outros espaços. As unidades dispõem de poucos materiais didáticos institucionais, por isso criam com seus próprios recursos, fazem oficinas com materiais reciclados, buscam parceiros, utiliza fantoches, dramatização etc.

“[...] uma dificuldade que a gente tem é o espaço. A estrutura física da unidade, que a gente não tem uma área adequada pra atender esses pacientes. A gente acaba por ir às instituições, nos locais que facilitam melhor a acomodação deles, então na unidade a gente não tem esse espaço.” (Caridosa)

De acordo com Villa (79), sobre espaço físico, os diferentes serviços deparam-se com a falta de espaço adequado que propicie o encontro e a participação, e os grupos, de modo geral ocorrem em lugares pequenos, sem acomodações para todos, além da constante interrupção pelos outros trabalhadores. O barulho externo geralmente dificulta a escuta entre os participantes dispersando a atenção dos presentes e a falta de privacidade inibe a participação e a troca de experiências, que são os objetivos centrais do trabalho em grupo (79).

Um exemplo de citação sobre material educativo:

“[...] e olha aqui o que eu fiz [mostra uma cópia de um cardápio]. Esta dieta eu que fiz de um livro do Ministério da Saúde; dou o impresso pras mães, tiro a cópia com o meu dinheiro, nunca pedi nada da secretaria [de saúde] e é a comida básica da região, eu adaptei pra nossa realidade, da região. Eu acrescento a manga, banana, laranja, goiaba,

mamão e eu pego o meu marca texto e coloco o que amolece o cocô e endurece. [...] E a dieta não tem nada de caro e nem chique, é tudo simples e da região, adaptei da região. Eu não vou por espinafre, escarola e sim couve, caruru e o jerimum, e a gente se adéqua, lá é abóbora aqui é jerimum.” (Organizada)

Sobre recursos didáticos, a mesma autora aponta que sem os materiais didáticos esperados, o profissional lança mão de sua criatividade, imaginação, elemento fundamental da curiosidade epistemológica e que diante das necessidades busca saídas. O profissional pode expressar o seu anseio pelo trabalho educativo por meio dessas atitudes criadoras que muitas vezes impulsionam o processo de ensino com a participação ativa dos usuários envolvidos nas diferentes atividades, muitas vezes improvisadas (79).

Sobre o trabalho em equipe nas práticas educativas, dez enfermeiras citaram ser o ACS o trabalhador mais empenhado na realização do trabalho educativo, e estes cobram das enfermeiras a realização de atividades, também, fora da unidade de saúde sendo um fator de facilidade na realização das práticas pelo elo com a comunidade. Em algumas unidades foi relatado que a educação em saúde é centralizada na enfermeira; os técnicos de enfermagem não participam muito por estarem sobrecarregados com o trabalho da unidade; e há pouca participação do profissional médico nas atividades.

“Então eu tenho muita facilidade aqui, também por que eu tenho umas ACS muito boas, dinâmicas, são muito viradas. Elas captam os idosos e eles vêm. Elas fazem um trabalho tão bom que eles confiam nelas, então isso pra mim é uma facilidade.” (Estrela)

“Tem o apoio da equipe. Na realidade falando de equipe a única dificuldade é em relação aos médicos, os médicos não gostam de fazer educação em saúde, de orientar, então pelo menos o médico da minha equipe [...] eles não gostam muito, eu acho que eles pensam que não é tão importante. Que o médico tá mais na assistência mesmo, na parte preventiva eles não gostam, gostam da assistência [curativa]. Mas os agentes de saúde gostam mesmo! Os médicos têm uma resistência, acho que é da formação mesmo.” (Perseverante 1)

Entretanto nos chamou a atenção o relato de uma enfermeira sobre o compartilhar de saberes com a equipe, visando segundo ela, à descentralização dos atendimentos e apoio na organização e na realização do processo de trabalho:

“Eu já ensinei pra elas [pras técnicas] a ler o exame, entender o que tá alterado, de hemograma a hemoglobina, na urina a proteinúria. Eu ‘dividi’ o que eu sei com a equipe pra elas me ajudarem. Tem vezes que elas chegam e dizem: ‘enfermeira olha essa hemoglobina baixa!’. Não é bonito isso? Ou então: ‘olha a urina dessa grávida!’ Eu ‘divido’, e qualquer alteração elas reconhecem e me passam. Então quando eu não estou aqui elas atendem se tiver tudo bem. A técnica, hoje, pega os encartes e orienta as mães, as grávidas e isso é muito bom!” (Organizada)

A organização do trabalho conjunto possibilita uma relação de cooperação, de valorização e de crescimento mútuo num processo contínuo do cuidar/educar, dividindo as responsabilidades, buscando a construção de uma prática compartilhada na equipe, que têm objetivos semelhantes (79).

De acordo com Almeida e Rocha (50), os saberes de enfermagem compõem um dos momentos do processo de trabalho, ou seja, são instrumentos que permitem a aproximação e a transformação do objeto da enfermagem para alcançar a sua finalidade. O compartilhar dos saberes na equipe promove condições para a satisfação das necessidades das pessoas que procuram a unidade e que, portanto deve ser a finalidade da equipe de saúde da família, e não somente da enfermeira.

Peduzzi e Anselmi (58) desenvolveram um estudo empírico sobre o processo de trabalho de enfermagem, destacando os trabalhos do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem em um ambiente hospitalar e perceberam que o saber dos auxiliares são as técnicas de enfermagem, como já destacadas por Almeida e Rocha (50) e que não há apropriação, por estes, do saber técnico gerado na enfermagem, ou seja, quem executa o cuidado não participa do planejamento. Porém no PSF, o processo de trabalho precisa ser planejado e executado pela equipe. Os saberes precisam ser compartilhados para que haja efetividade nas ações desenvolvidas.

Ao questionarmos sobre escolas e creches, citaram como facilidades o bom relacionamento e as parcerias estabelecidas nos trabalhos. Porém algumas unidades não realizam nenhum trabalho ou realizam apenas ações pontuais como vacinação anual no escolar, apoio nas campanhas ministeriais (como da dengue para visitas na área) ou atendimento a alunos quando precisam de consultas. Em unidades com equipe de odontologia as atividades nas escolas são mais freqüentes (semanal), com a realização de escovação, aplicação de flúor, triagem para atendimento na unidade e a equipe de enfermagem realiza ações de educação em saúde de assuntos solicitados pelos professores.

“Na creche a gente trabalha muito a educação bucal, a higiene bucal. Nós temos a equipe né, a técnica e a odontóloga. Então a gente vai lá, ela faz uma triagem da necessidade e podemos encaminhar pra cá [unidade de saúde], e assim a escovação e a aplicação de flúor também. A gente trabalha na creche também a higiene como um todo. Na escola a gente também tem uma parceria com atividades educativas, em épocas que mais ocorrem é na dengue, e tem abordado educação em saúde sexual [...] Aqui na escola a gente sempre trabalha essa parte de educação, a gente dá uns kits com escova, pasta e ensina também, até aqueles porta-escovas com garrafa peti [de refrigerante], a gente ensinou.” (Responsável)

A busca de apoio em associações e instituições para realizar os trabalhos é frequente pelas unidades de saúde da família. Ao perguntarmos sobre esse apoio, dez enfermeiras destacaram total entrosamento com a associação de moradores e cinco enfermeiras relataram não ter nenhum entrosamento por não haver essa organização, porém buscam parcerias em outras entidades presentes na área sendo um fator facilitador para o desenvolvimento das atividades.

Discutiremos mais sobre esta abordagem quando discorrermos sobre a educação popular no contexto da ESF.

5.2.3 Tendências à educação popular nas práticas educativas na ESF

No cotidiano da unidade de saúde, a enfermeira deve compreender que as pessoas são dotadas de conhecimentos próprios, resultado das experiências de

vida, devendo respeitar e utilizar esses saberes nas práticas educativas. Nessa perspectiva, o processo educativo se efetua principalmente no ouvir. Segundo Paulo Freire (85) p. 119:

Escutar é obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isto não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. Isto não seria escuta, mas auto-anulação. A Verdadeira escuta não diminui em mim, em nada, a capacidade de exercer o direito de discordar, de me opor, de me posicionar. Pelo contrário, é escutando bem que me preparo para melhor me colocar, ou melhor, me situar do ponto de vista das idéias. [...] Precisamente por que escuta, sua fala discordante, em sendo afirmativa, por que escuta, jamais é autoritária.

Algumas situações vivenciadas pelas enfermeiras nos remetem ao enfoque da educação popular, por mais que as mesmas não tenham a clareza dessa tendência conscientemente. De acordo com os relatos podemos inferir que o trabalho executado vai além da área específica da enfermagem, e que a escuta, o diálogo, o vínculo estão presentes nas situações do cotidiano como podemos verificar nas falas seguintes:

“Eu sempre digo a gente é enfermeira, é assistente social, é psicóloga, e às vezes a gente tem pessoas aqui, principalmente as mulheres em menopausa e as mulheres idosas que querem só atenção, elas vem aqui e querem só chorar, só atenção. Acontece muito isso comigo, não sei se por que eu tenho a fama ‘ah, aquela enfermeira é bacana, ela conversa, ela orienta, ela te entende, te dá atenção’[...] Tem mulheres que vem aqui só reclamar, que estão na menopausa, que não tem mais libido e o marido não entende, às vezes forçam [...] Poxa eu fiquei chocada e já fiquei solidária com aquela mulher! Então eu converso com ela [...] Então a gente vê muito isso, tem muitos depoimentos. Tem mulheres que chegam tão cabisbaixas, e eu procuro elevar a auto-estima e após o acolhimento elas saem melhores. Tem idoso que vem e que quer só conversar, e diz: ‘enfermeira, na minha casa ninguém liga pra mim!’ E eu paro tudo e vou conversar com o idoso, aí eu passo a mão [mostra o ombro], eu dou um abraço, faço lembrar do tempo

de jovem, das coisas boas da juventude, aí pronto eles se soltam e acabam esquecendo a mágoa e vão embora melhores.” (Perseverante2)

“As minhas consultas não são rápidas, elas são demoradas, eu sempre aviso isso. Principalmente quando eu vejo que a pessoa tá apressada, eu aviso logo, ‘olha as minhas consultas não são rápidas, eu gosto de ouvir’, gosto até mais de ouvir do que falar. Mas eu gosto de ouvir e ter aquele tempo pra aquela pessoa, se ela veio, ela tem o tempo dela e o meu tempo é pra ela.” (Tranquila)

Paulo Freire (85) p.113 afirma que:

[...] não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise falar a ele.

Percebemos que a experiência de sete das enfermeiras em outras atividades exercidas anteriormente, como por exemplo, no PACS como instrutor/supervisor, em que há algum conhecimento das condições de vida das pessoas, do local onde moram, da organização comunitária, hábitos e costumes, proporciona na maioria dos casos, maior sensibilidade para a priorização de condutas planejadas em conjunto, usuários e profissionais. Destacamos que nesta pesquisa não incluímos o trabalho dos enfermeiros no PACS.

Nas observações de campo, percebemos enfermeiras preocupadas em avaliar as reais necessidades das pessoas, não impor assuntos e planejar as atividades de acordo com as necessidades. Observamos também, que ao atender pessoas de outras áreas nos grupos (do interior do município, por exemplo) conhecendo a distância e a dificuldade de atendimento sofrida por eles no local em que moram, criam condições de prioridade no atendimento, entretanto esta percepção não ocorre com todas as enfermeiras.

Sobre a relação entre os costumes e crenças da comunidade com os serviços de saúde, Vasconcelos (52) p.29 discorre que:

Antes de um serviço de saúde chegar a uma comunidade, ela tinha suas formas próprias de resolver os seus problemas de saúde. São os práticos, as parteiras, “farmacêuticos” (destaque do autor), mães, erveiros, professores etc. São pessoas com uma cultura médica apreendida informalmente e que foi acumulada durante muitos séculos de experimentação empírica.

No contexto das unidades de saúde de Santarém, ainda encontram-se pessoas que realizam essas práticas, tais com benzedadeiras, puxadores, curandeiros e parteiras. Percebemos que há um interesse de algumas enfermeiras em haver entrosamento entre os diferentes trabalhos voltados para saúde com a unidade da ESF, realizando reuniões com os representantes de igrejas, associação de moradores, benzedadeiras, parteiras e outros para divulgar e buscar apoio para o seu trabalho sem entrar em conflito com as diversas formas de cuidados à saúde:

*“[...] nós já convidamos assim a benzedeira [...], por exemplo, quando chega à unidade uma criança que está com ‘quebranti’, eles acreditam muito na benzedeira [...] Aí eles acreditam e então a gente reuniu com a comunidade, o presidente do bairro, da igreja, a gente reuniu pra tá falando das nossas atividades e que o trabalho deles também é muito importante, né. Que quando eles procurarem ‘ah tô com quebrante ou tá desmentido’ eles possam estar fazendo o trabalho deles, mas ajudando, contribuindo com o trabalho da unidade de que forma, usando a medicação prescrita, essa parceria, junto com a benzedeira, pra não deixar ‘eu vou só levar pra benzedeira e deixar de tomar a medicação prescrita’ que eles são importantes. As parteiras, também convidamos, as benzedadeiras, até assim veio uma senhora de umbanda, a gente reuniu [...] pra a gente trabalhar em parceria [...] que ‘o importante é a saúde da pessoa que procura’, então quando fosse pra benzer ou puxar que eles fizessem o trabalho mas que também orientassem a importância de usar as medicações e seguissem as orientações que eram dadas na unidade de saúde também.”
(Responsável)*

A enfermeira cita exemplos do que ouviu das pessoas na unidade de saúde e na comunidade:

[...]‘ah enfermeira isso é só agora, por que antigamente na minha época, e na época da minha mãe, era só com mato, só com banha, era só sebo de carneiro, agora é tanta coisa!’ [...] eu respeito, eu nunca digo ‘não’ ou ‘tá errado’. [...] Elas dizem: ‘ah, enfermeira meu filho tava com ‘quebranto’, eu levei numa benzeadeira’, aí eu digo: ‘ah, você levou numa benzeadeira? Ela rezou? Seu filho melhorou? Que bom!’ [...] e aí eu entro com uma prática educativa, por que às vezes elas dizem: ‘ah, o meu filho tava com diarreia e a benzeadeira benzeu na cabeça dele, pegou um raminho verde, benzeu e passou ou melhorou’. Aí eu entro e já uso a prática educativa, a importância de ferver a água, de lavar as mãos após o uso de banheiros, né, importância das crianças não andarem descalças, e sim andarem calçadas. [...] quanto ao trabalho de parteiras, benzeadeiras, eu já tive um momento de conversa com as parteiras. Mas tem muita benzeadeira na área, tem curandeiro e algumas pessoas não gostam de ir ao médico e vão com o curandeiro e me falam: ‘enfermeira eu tô com uma inflamação, eu fui ao curandeiro e ele me passou uma ‘garrafada’ [mistura de plantas e produtos da natureza], ele fez uma ‘garrafada’ pra mim. Então, o que é que tem nessa garrafada? “É tudo quanto é mato, é mel, é copaíba, andiroba eles fazem assim aquela mistura.” (Perseverante 2)

Essas práticas de cuidados à saúde ocorrem em bairros periféricos, porém estão mais presentes no interior do município. De acordo com as enfermeiras, o entrosamento é uma forma de ganhar confiança para ajudarem no trabalho da equipe, bem como oportunidade de orientação sobre algumas práticas realizadas por essas pessoas, tais como: usar pó de café no coto umbilical, desvalorizar a vacinação por não ter na sua época, não dar banho na criança com febre e outros costumes difundidos por eles.

Vasconcelos (52) refere que dependendo da postura do profissional de saúde frente a esses agentes populares, pode haver descrédito desses costumes pela população. Valorizar esse saber popular em saúde ajuda a ampliar o conhecimento sobre a natureza que muitas pessoas têm e valoriza a troca de informações e experiências existentes na comunidade (52). O autor incentiva que a postura do profissional frente à medicina popular seja de diálogo, ou seja, saber ouvir, procurar aprender, respeitar o que não entender, mas também sugerir em

situações consideradas equivocadas, tais como os exemplos citados anteriormente.

Pedrosa (65) p.16 discorre que “*a reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica*”. Afirma que é importante a disponibilidade da escuta e fala dos atores que se põem em relação, cada um com saberes e práticas diferentes, porém convivendo em situações de reciprocidade e cooperação (65).

A busca de parcerias para a realização do trabalho, também é uma das estratégias utilizadas para melhorar os serviços pelas unidades de saúde. Algumas enfermeiras relataram ser extremamente importante buscar parceiros nos bairros, tais como a associação de moradores, igrejas (católica e evangélica), escolas, creches, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), instituições de ensino na área de saúde dentre outros:

“E a gente tem outros parceiros também no bairro e faz sempre esse trabalho conjunto, é muito bom! [...] Outro dia nós fizemos a semana de aleitamento materno em uma entidade parceira, o FUNDAC (Fundo de Assistência Comunitária), e foi muito bom! [...] O FUNDAC faz um trabalho social, eles estão com o Navega Pará [projeto do governo] com internet gratuita, funciona escola, pré escolar, fazem ginástica, trabalhos manuais e ensinam as mães das crianças, então é muito bom e a unidade é parceira, e é muito bom! Sempre que precisa a gente conta com eles e eles contam com a gente. Tem outras entidades parceiras, a associação de moradores, e outro local a ‘sociedade beneficente’, que quando a gente precisa reunir, fazer palestra, quando é muita gente a gente conta com esse lugar. Lá também funciona uma escola de ensino fundamental. Também tem a Mandote, que tá vinculado a Maicá Diesel que é uma empresa [privada] que também funciona escola e a gente vai lá dar orientações, faz bochecho, escovação e faz esse trabalho educativo também. A associação de moradores, houve mudança esse ano de presidente então tá num processo de mudar tudo, mas a gente precisa deles e eles têm nos ajudado.” (Perseverante 1)

“A gente tem uma parceria com Clean [empresa de reciclagem de lixo] eles trabalham muito com material

reciclado. Da outra vez das crianças [festa] eles fizeram aqui conosco, então a gente tá sempre em busca de trabalhar com parceiros também. O que a gente não tem nós vamos tentando, ganhamos agora mais um álbum, né. [...] A Clean ensina a utilizar o material reciclado e nós usamos como material educativo. E também nós temos algumas empresas aqui por perto que quando precisamos nos ajudam com brindes ou alguma coisa. [...] A escola sempre que precisa, a gente é parceiro [...] teve uma caminhada de visitas, a gente também tava junto com eles, há essa interação, né, essa parceria contribui, sozinho, isolado não dá [...] a UEPA [Universidade do Estado do Pará] também já esteve aqui, o pessoal de educação física.” (Responsável)

Nessas unidades observamos que o trabalho em equipe é estimulado e exercido com maior igualdade, e as diversas opiniões são respeitadas e valorizadas. Há encontros das equipes com a comunidade e grupos sociais, tais como associação de moradores, Comunidades Eclesiais de Bases (CEB's), grupo de jovens e outros para discussões de políticas viáveis de saúde para a realidade e posteriormente são levadas aos gestores municipais. A organização de grupos nas comunidades é incentivada por esses profissionais, o que algumas vezes incomoda aos gestores pelo entendimento da importância do controle social e por reivindicações da comunidade para melhorar os serviços. As práticas educativas nesses locais são evidentes e estimuladas pela própria população, que participa no planejamento das ações, bem como na sua realização.

Nesse trabalho em comunidades, devido ao vínculo, ao conhecimento da realidade em que vivem e ao envolvimento emocional com as famílias, ocorrem situações consideradas frustrantes pela enfermeira por não haver possibilidade de resolução dos problemas apresentados, principalmente de ordem econômica, social, de saneamento e outros de maior complexidade.

“Eu faço toda aquela educação em saúde pro hipertenso, digo que ele tem que evitar o sal, que o sal é o inimigo número um da pressão alta e aí ele não tem geladeira e aí ele não tem dinheiro e vai pra zona rural, ele caça, traz aquela caça, a carne de caça e salga [põe sal pra conservar por mais dias]. Aí eu vou dizer pro hipertenso que ele não pode comer o sal se é a única coisa que ele tem pra comer é aquilo? Eu vou dizer pro diabético que ele não deve comer a

farinha [de mandioca], por que a farinha se desdobra tudo em açúcar, que é feito da mandioca, se ele só tem aquela farinha com água pra fazer aquele 'chibé' como eles dizem? Isso é uma dificuldade muito grande no grupão! Eu vou falar de produtos light e diet que eles não sabem nem o que é e que no meu ponto de vista deviam ser baratos e são caros? E que eles não tem acesso e às vezes, ganham uma aposentadoria, aí vem o neto e gasta, a família gasta, e esquece o alimento do idoso e aí ele só tem aquela farinha pra fazer o mingau de farinha, aí eu vou dizer: 'o senhor não pode consumir isso!' Né, então às vezes são coisas que eu acabo me frustrando!" (Perseverante 2)

"Eu digo assim que eu não sei o que fazer diferente dentro do meu trabalho como enfermeira. Eu sei que eu sempre preciso fazer mais, eu sei que eu preciso melhorar. Eu me cobro muito, me cobro muito quando eu vejo assim as coisas que poderiam ser melhoradas e a gente sabe que não sou só eu, não é só o município de Santarém, mas como um todo o sistema de saúde. Realmente o Programa Saúde da Família era pra ter mais resolutividade na comunidade, mas a gente percebe que não tem isso, de que a gente almeja e sabe que é o objetivo da Estratégia Saúde da Família. Então, às vezes, a gente se sente frustrada sim, sabe. Quando a gente diz assim 'mais um dia passou, missão cumprida minha', mas eu sei que eu poderia fazer muito mais se eu tivesse condições pra fazer esse 'muito mais', tá? Que entra toda a parte de infra-estrutura das comunidades falta o saneamento básico, né? Falta de emprego pras famílias, falta de um trabalho mais social com a família. Apesar de nós termos vários programas do governo, apesar de ter vários programas de apoio aos carentes, nós poderíamos fazer outros trabalhos mais direcionados para as famílias, para que eles pudessem realmente procurar uma forma de sobreviver dignamente, né? Preparar o indivíduo 'para pescar' e não 'dar o peixe' pra ele." (Amiga)

Essa percepção nos remete a um profissional que tem preocupação com os problemas da comunidade, e que se envolve, mas percebe que a satisfação das necessidades vai além do seu alcance, pois são questões sociais e econômicas dependentes de políticas públicas, movimentos sociais e conquistas de cidadania.

5.2.4 O valor e a confiança no trabalho da enfermeira

Muitas enfermeiras relatam que, apesar das dificuldades encontradas, se surpreendem com a aceitação, com a adesão das pessoas ao trabalho educativo e percebem o quanto ser educador lhes dá credibilidade, confiança, tornando-os referência para os atendimentos, esclarecimentos, confidências, apoio emocional, enfim, vínculos afetivos são estabelecidos proporcionando maior compreensão dos problemas e colaboração para a resolução dos mesmos.

Segundo Villa (79) p. 50:

Vários profissionais colocam-se no mundo da saúde como educadores numa prática inerente àquele que tem, nessa função, um fio-guia para tecer o cotidiano de trabalho, conseguindo desenvolver a atividade educativa a todo o momento, numa relação de envolvimento e interação que liberta e faz crescer, partilhando seu saber com o outro, mesmo em situações não programadas.

Concordamos que a enfermeira educadora tem a sensibilidade para o exercício de educar e que já é inerente ao modo de ser de cada uma, ou aprimora-se com a vivência das práticas cotidianamente.

Alguns relatos demonstram a percepção de valorização profissional pela enfermeira:

“[...] mas eu creio que está sendo quebrado mais esse negócio de que o papel mais importante é do médico, hoje em dia a gente vê uma valorização do profissional enfermeiro, e às vezes eles dizem ‘não eu prefiro ser atendido pela enfermagem por que ela vai orientar’, às vezes vão com o médico e voltam ‘enfermeira olha meu exame queria que você me explicasse’, então a gente vai e explica o que deu naquele resultado de exame, então eles ficam satisfeitos. A gente vê que nosso trabalho tem retorno embora seja um pouco demorado, mas hoje a enfermagem ela tem trabalhado muito nessa questão e a gente tá conseguindo nosso espaço, a nossa valorização. Antigamente a consulta de enfermagem não era valorizada, agora ela é, e isso é gratificante pra gente!” (Perseverante 1)

“Então devido ao tempo que eu estou na comunidade, elas já tem uma confiança na enfermeira, e o que a enfermeira fala é lei (risos). Eu já tô cinco anos aqui, e às vezes elas tem

tanta confiança em mim que elas saem do consultório médico e vem aqui me perguntar.” (Perseverante 2)

“A comunidade é boa, eles gostam, e é uma comunidade que considera muito a enfermeira na casa, então eles acham importante e querem agradar a gente dando ovos de galinha caipira, frutas, né, por que eles acham bom e dizem ‘poxa que bom que a enfermeira está aqui!’ Eles acham bom quando a gente vai na casa deles e querem servir tudo pra gente.” (Tranquila)

Percebemos na observação da prática educativa sugerida pela enfermeira que há a valorização da equipe de enfermagem pelas pessoas da comunidade:

Conversa com gestantes na área externa da unidade com a presença de 10 gestantes e cinco puérperas com seus filhos. O assunto foi sobre o aleitamento materno, preparo das mamas para a amamentação, higiene do corpo e sobre a alimentação. Foi conversado sobre o assunto e posteriormente foram realizadas perguntas e relatos de experiências pelas gestantes. Houve o estímulo para a troca de experiências, sendo solicitado a elas que contassem alguma situação vivenciada em outras gestações ou ao cuidar de seus filhos anteriores [...] No decorrer da conversa foi oferecido água e mingau às participantes. Uma das gestantes queixou-se do atendimento do médico da unidade, porém disse que permanecia na unidade pela equipe de enfermagem que trazia segurança e conforto à grávida; outras também reclamaram contando exemplos de situações ocorridas como a prescrição de medicação imprópria ao período gestacional, cobrança em procedimentos e atendimento rápido. (Observação Amiga)

O bom relacionamento com as pessoas e com a comunidade traz maior abertura para a sugestão de condutas. O diálogo estabelecido fortalece o vínculo e proporciona um sentimento de gratificação pelo trabalho executado.

Segundo Monteiro, Figueiredo e Machado (86) saber ouvir e escutar as queixas faz com que haja, por parte do usuário, um sentimento de que ele é importante, aumentando a confiança no profissional e com isso facilita a formação do vínculo. Conforme Chiesa e Veríssimo (43) p. 35, estabelecer um ambiente de confiança durante as interações entre os profissionais e os usuários corresponde ao alicerce do processo educativo em saúde e “a comunicação é indispensável

para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo”.

O envolvimento com a comunidade vai além da unidade de saúde como é relatado na seguinte fala:

“Bom, eu sempre digo assim, que eu me sinto a cada dia que passa, no entardecer, apesar do corpo estar cansado, eu digo: ‘graças a Deus, missão cumprida!’ Ser enfermeira do PSF é você não dormir bem à noite, em algumas noites, entendeu? É ficar preocupada com problemas da comunidade, com problemas de alguns clientes diferenciados, né, é ter problemas na comunidade quando algum paciente que não tá bem de saúde e os familiares ficam te ligando, dizendo que a pessoa piorou e o que podem fazer. Então eles acreditam muito, assim, na enfermeira, já que o médico não vai nas casas com frequência, a gente aguenta muito isso, o paciente dentro do lar, né, pra não mandar pro hospital, por que a gente sabe a dificuldade lá [no hospital] e a dificuldade e facilidade dentro do domicílio. Então eles ligam dia de semana, no feriado, de noite. Quando chega a morrer um paciente, também, eles ligam pra a gente dar apoio psicológico ou para preencher a declaração de óbito. E eu me sinto realizada, sabe.” (Amiga)

Para algumas enfermeiras, o envolvimento com os problemas da comunidade, vai além do momento de trabalho. O vínculo e a confiança estabelecida levam à enfermeira a se sensibilizar com o problema do outro e a ser procurada para ajudar a resolver situações na família.

Villa (79) aponta que o trabalho educativo é também terapêutico, facilitando o enfrentamento de situações de crise, favorecendo o viver de maneira mais autêntica e nesse sentido muitas vezes o atendimento realizado vai além da queixa primária que levou o sujeito ao serviço de saúde, mostrando que a doença tem diferentes formas e nem sempre o aspecto físico é o único a ser atingido sendo que nessas situações há comprometimento do profissional com o usuário (79).

Durante a observação da prática, a enfermeira Perseverante 1 destacou que a formação de vínculo com as pessoas é bem interessante, principalmente quando mudam de endereço. As pessoas não querem frequentar outra unidade,

pois não se sentem acolhidos. A equipe é orientada pelos enfermeiros para informar e conversar com os usuários da unidade, saber dizer “não” quando há necessidade, saber atender bem as pessoas. O principal argumento usado pela enfermeira é “colocar-se no lugar do outro”, se ver como paciente, tratar as pessoas como gostaria de ser tratado ou imaginar “que é sua mãe, seu pai, ou seja, alguém de sua família que está do outro lado, saber como ajudar, ter empatia”. Olhar o outro como uma pessoa que está precisando de algo, com necessidades, principalmente ouvir a pessoa. Essa postura proporciona maior credibilidade, valorização e confiança na equipe da ESF.

Na observação do atendimento em grupo, percebemos que todas as pessoas eram chamadas pelo nome e a enfermeira dizia perceber no olhar dos idosos se estavam bem ou não, se queriam contar alguma coisa em sigilo, ou se havia problemas na família. Em alguns momentos, quando percebia tais situações, ela orientava ao ACS para fazerem visita domiciliar ao idoso. O tempo para o atendimento de cada pessoa era rápido, sem condições de conversar. Em alguns casos havia a necessidade de mais atenção ao idoso, porém a enfermeira fazia as orientações e informava que faria uma visita domiciliar em outra oportunidade para conversar melhor e ouvir sobre o que estava causando a angústia. (Observação Perseverante 1)

Para diversificar as atividades e melhorar o trabalho, algumas enfermeiras utilizam práticas inovadoras na comunidade como forma de conquistar e valorizar o trabalho da equipe:

“[...] no grupo de hipertensos, é outra estratégia que eu vou falar, visitando na rua alguns hipertensos que faltam no grupo eu via e perguntava: ‘mas não é o fulano do grupo, ele tá faltando’ e a ACS respondia: ‘mas ele não vai por que fica jogando dominó’ [...] A gente faz uma coleta pra fazer um passeio para a praia, no dia do idoso, e alguns colaboram e não vão, então o que é que eu fiz com o dinheiro, comprei baralho, dominó para jogarem no dia do grupo, e também bíblia. Quando tem grupo, depois da palestra que às vezes é uma ACS, a técnica ou eu mesma que faz, eu atendo um por um e, enquanto estão aguardando atendimento eu espalho, reúne uns evangélicos e católicos e vão ler a bíblia e eu digo ‘não se discute religião é para ler e interpretar’. Tem uns que

gostam de jogar dominó, baralho e aí ficam lá esperando. E é assim que eu faço.” (Organizada)

Essa enfermeira cria maneiras no processo de trabalho para melhorar sua prática e causar satisfação nos usuários e na equipe. Cria formulários para registrar o trabalho da equipe, dá brindes como estímulo ao trabalho e, também faz treinamentos em serviço frequentes com os ACS e técnicos de enfermagem da unidade.

Na unidade, organizam passeios com os grupos, festas de confraternização, parcerias com instituições da área, encontros com atores populares em saúde (benzedeiros, parteiras, curandeiros), realização de oficinas de material reciclado e de materiais educativos, distrações com jogos, grupo de orações e auto-ajuda. Essas atividades são realizadas por algumas enfermeiras com a finalidade de inovar em suas práticas e melhorar o atendimento nas unidades.

David e Acioli (64) (*pág.129*) discutem que há, entre enfermeiros, *a busca de um “agir educativo” transformador*, porém, ficam restritos, na sua maioria, a práticas e processo individuais, voluntaristas, não organizados coletivamente, e nem institucionalmente.

Alguns profissionais demonstram uma busca pela autenticidade, questionando o direcionamento dado às suas atividades e às determinações institucionais tendo uma forma de organizar o trabalho de maneira criativa abrindo espaços para a equipe e saindo da impessoalidade (79).

Conseguimos perceber essa perspectiva entre o grupo de enfermeiras que atuam nas equipes, e as mesmas externaram descontentamento por não haver valorização dos seus trabalhos por parte da instituição municipal. Sugeriram que isso ocorre pela não divulgação de que há iniciativas exitosas nas unidades, por haver pouco acompanhamento do trabalho das equipes pela coordenação municipal do programa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Mexer em processo de trabalho é mexer com cabeças e interesses.”

Emerson Elias Merhy

Neste estudo nos direcionamos ao objetivo que é analisar os saberes e práticas educativas em saúde realizadas por enfermeiras, em unidades de Saúde da Família, em Santarém no estado do Pará.

Entrevistamos 15 enfermeiras de equipes saúde da família do município, das 21 existentes na zona urbana. Na caracterização das entrevistadas percebemos que: 13 (86%) estavam na faixa etária de 30 a 49 anos; dez (66%) com mais de 10 anos de formadas; 13 (87%) cursaram a graduação em instituição privada; seis (40%), concluíram o curso com mais de 30 anos de idade; 11 (73%) têm de nove a 16 anos na APS; 11 (73%) têm de cinco a 12 anos na ESF; sobre o vínculo empregatício, 13 (87%) têm contrato sob forma de prestação de serviço, por prazo indeterminado; 14 (93%) têm curso de pós-graduação em Saúde da Família.

Tivemos inicialmente dificuldades em conseguir informações sobre a história do PACS e PSF no município, pela falta de registros oficiais no setor, sendo necessário resgatarmos essas informações com pessoas que participaram desses momentos para compreendermos como se deu o processo de implantação e expansão das equipes.

Os referenciais teóricos sobre o processo de trabalho e a educação popular em saúde nos nortearam para a exploração e compreensão do material empírico, elaborando as nossas categorias temáticas que são: Concepções das enfermeiras sobre educação em saúde; Práticas educativas e o processo de trabalho na ESF e as influências nas práticas educativas; Tendências à educação popular nas práticas educativas na ESF; O valor e a confiança no trabalho da enfermeira.

Percebemos que na concepção sobre educação em saúde, a perspectiva das enfermeiras é voltada para as normas da educação sanitária, no modelo higienista, tradicional, nos moldes das práticas realizadas no início do século XX.

A percepção é a de orientar, informar, ensinar, conscientizar a população e responsabilizá-la pelos problemas de saúde vivenciados. Podemos associar tal percepção à formação das enfermeiras, que é predominantemente tecnicista, permeada pela realização de palestras, com o objetivo de expor assuntos nos estágios da graduação.

Verificamos que na formação, nas disciplinas voltadas para a área de educação ou sociais não se discute o processo educativo, em si mesmo, levando a restrições no entendimento e desenvolvimento das práticas cotidianas, prevalecendo as ações de caráter verticalizadas e impositivas, sem a participação conjunta das pessoas na construção compartilhada das condutas em saúde e para a vida. Nessa perspectiva consideramos oportunas discussões sobre mudanças no enfoque das instituições de ensino superior em enfermagem referente à educação em saúde, de forma que contemple o modelo da educação popular em saúde.

Nos encontros subseqüentes com as enfermeiras, para a observação do trabalho, identificamos uma tendência diferente dos relatos iniciais na concepção sobre educação em saúde. Percebemos a preocupação, a sensibilidade, uma abordagem educativa mais emancipadora, indicando que a enfermeira tem o entendimento ampliado das questões que envolvem sua prática, como, as questões sociais, econômicas, culturais; e que educar para a saúde vai muito além de transmitir informações de maneira autoritária, ou atribuindo culpa aos outros. Tal percepção nos remeteu ao enfoque da Educação Popular em Saúde, apesar de não estar claro para as enfermeiras tal percepção.

A convivência, o vínculo, a empatia, o conhecimento sobre as condições de vida das pessoas proporciona o repensar a prática exercida nesse contexto. Refletir sobre a situação em que vivem as pessoas traz entendimento de como utilizar os instrumentos do processo de trabalho em saúde, de maneira que possam ser compartilhados com as pessoas, com a comunidade, com a equipe, no seu planejamento e na sua execução. Com isso a possibilidade de satisfação das necessidades de saúde pode ser alcançada. Essa reflexão também estimula as enfermeiras a buscar alternativas para desenvolver o processo de trabalho de

maneira a satisfazer aos seus anseios, a fazer mais, a fazer diferente, apesar das limitações institucionais, políticas, econômicas e outras apresentadas no contexto das unidades de saúde e das comunidades.

O fortalecimento de ações que visem a participação das comunidades, no intuito de assegurar o controle social, se faz extremamente importante e eficaz para que haja o alcance dos objetivos propostos das práticas educativas.

As enfermeiras têm autonomia para escolher os instrumentos de trabalho e organizá-los, no dia a dia, junto à equipe, realizando cronogramas de acordo com os programas ministeriais adequando à rotina de trabalho. Algumas organizam as atividades e trabalhos em suas equipes, mas não há a participação das equipes (de enfermagem e de saúde) nesta organização, tampouco a comunidade e a instituição como um todo atua no planejamento das ações na unidade de saúde.

Detectamos interesse externado por algumas das enfermeiras em reorientar suas práticas educativas, utilizando modos alternativos para a realização da educação em saúde, divergindo das práticas convencionais e tradicionais, como as palestras, realizadas de maneira coercitiva e autoritária. Como exemplos de práticas inovadoras no processo de trabalho e de educação em saúde podem ser citados os passeios com os grupos, festas de confraternização, parcerias com instituições da área, encontros com atores populares em saúde (benzedeiras, parteiras, curandeiros), realização de oficinas de material reciclado e de materiais educativos, distrações com jogos, grupo de orações e auto-ajuda. Tais práticas ajudam na organização do processo de trabalho como os jogos, festas e grupos de orações e também na realização das práticas educativas como as oficinas, encontros com atores populares dentre outras.

Percebemos que a vivência no trabalho com as comunidades desde trabalhos anteriores no PACS ou em outras equipes de ESF sensibiliza para a realização de práticas da educação popular. As práticas educativas são aprimoradas por meio da reflexão das dificuldades e das facilidades do cotidiano na comunidade.

As enfermeiras devem proporcionar meios de incentivo as pessoas para se envolverem na utilização do instrumento educação em saúde nas comunidades, pois a participação conjunta de saberes nas ações educativas fortalece as relações, forma vínculos, confiança, melhorando seu processo de trabalho.

As influências dificultadoras referidas pelas enfermeiras ao realizar as práticas educativas nas situações sugeridas referem-se à falta de transporte para as visitas domiciliares, principalmente em locais mais distantes ou de acesso difícil, ao excesso de participantes nos grupos, a falta de infra-estrutura e materiais didáticos na unidade; as influências facilitadoras referem-se ao vínculo, ao apoio da equipe ao trabalho de educação em saúde, principalmente pelo agente comunitário, e as parcerias com instituições da comunidade.

O compartilhar dos saberes com a equipe para organizar o processo de trabalho também foi enfatizado por uma enfermeira e nos remete a necessidade de propor meios para que se efetive na prática diária, por meio de treinamento em serviço, educação permanente e outros.

Considerando o objetivo geral deste estudo e a análise do Processo de Trabalho nas equipes de saúde da família bem como a utilização da abordagem da Educação Popular como instrumento de trabalho, percebemos o potencial presente na enfermagem para propor mudanças no processo de trabalho e com isso a satisfação das necessidades de saúde por meio da educação popular.

As discussões sobre estes temas no contexto da ESF devem ser estimuladas com o objetivo de organizar o processo de trabalho das enfermeiras. Sugerimos a realização de encontros das equipes para compartilhar experiências e maior proximidade da coordenação municipal para apoio na realização das práticas educativas, pois existem trabalhos que deveriam ser divulgados como formas exitosas de se organizar o processo de trabalho em saúde e da enfermagem.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves VS. Um modelo de Educação em Saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ*, 2005; 9(16): 39-52.
2. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm*, 2008; 61(1): 117-21.
3. L'abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad. de Saúde Pública*; 1994; 10(4), p. 481-490.
4. Silva CMC, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC. Educação em Saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência e Saúde Coletiva* [on line]; 2007 [acesso em 18/02/10]; Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.
5. Cardoso de Melo JA. Educação sanitária: uma visão crítica. In: Pino IR. (Coord.). *Educação e saúde*. São Paulo: Cortez- Cedes- Autores associados, 1987; (Cadernos do Cedes-Centro de Estudos Educação e Sociedade, n. 4), p. 28-43.
6. Fonseca RMGS. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ (orgs). *Enfermagem e Saúde da Mulher*, São Paulo: Manole, 2007 p. 30-61.
7. Sabóia VM. *Educação em Saúde: a arte de talhar pedras*; Niterói (RJ): Intertexto, 2003. 134p.
8. Vasconcelos EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2001, p. 73-99.
9. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em Saúde e concepções do sujeito. In: Vasconcelos EM, (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2001; p.115-136.
10. Germano RM. *Educação e Ideologia na Enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1983; 118 p.
11. Fundação Nacional de Saúde. *100 anos de Saúde Pública*. Brasília: Funasa; 2004; v(1); 32p.
12. Renovato RD, Bagnato MHS. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960). *Rev Bras Enferm*, 2008; 61(6): 909-15.

13. Estado do Pará. Portal do Governo do Estado do Pará. [acesso em 25/10/2009]; Disponível em: <http://www.pa.gov.br>.
14. Teixeira CC. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2008; 13(3): 965-74.
15. Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. 4ª Ed. São Paulo: HUCITEC; 2008; 337 p.
16. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos EM, (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC; 2001; p. 11-19.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002. 726p.
18. OMS/UNICEF - Declaração de Alma Ata 1978. Cuidados Primários de Saúde, 1979; 64p.
19. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As Tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface- Comunic, Saúde, Educ*; 2007; 11(23): 515-29.
20. Bodstein R. Atenção básica na agenda de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2002; 7(3): 401-12.
21. Brasil MS. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2003; 36p.
22. Mendes EV. A Atenção Primária à saúde no SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.
23. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da Estratégia Saúde da Família; Brasília, 2005.
24. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 4ª edição; 2007; p. 55-124.
25. Brasil MS. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília; 2004.

26. Brasil, MS. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006; [acesso em 25/02/10]; Site: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>.
27. Brasil, MS. Saúde da família: uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde. Brasília, 1996.
28. Brasil, MS. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
29. Brasil MS. Departamento de atenção básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília. Ministério da Saúde. 2001; 125 p.
30. Brasil MS. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.
31. Antunes MJM, Egry EY. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. Rev Bras Enferm, 2000; 54(1): 98-107.
32. Nascimento VB, Costa IMC. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: Cohn A (org.). Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias, Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009; p. 67-92.
33. Souza MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm; 2000, 53(n. especial), p. 25-30.
34. Costa MBS, Lima CB, Oliveira CP. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. Rev Bras Enferm; 2000; 53(nº especial), p. 149-152.
35. Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e práticas de ações educativas de profissionais do programa de saúde da família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. Rev Bras Enferm. 2005; 58(3): 290-5.
36. Pereira APCM, Servo MLS. A Enfermeira e a Educação em Saúde: Estudo de uma realidade local. Revista Baiana de Saúde Pública. 2006; 30(1): 7-18.
37. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. Saúde e Sociedade 2007; 16(1): 57- 68.
38. Heringer A, Ferreira VA, Acioli S, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, 2007; 28(4): 542-8.

39. Silva CP, Dias MAS, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros de Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009; 14(supl. 1): 1453-62.
40. Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de Enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde em Municípios do Sul do Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* [on line] 2008, 16(5); [acesso em 15/02/09]; Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
41. Cervera DP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica, em Uberaba-MG. *Rev Ciência e saúde coletiva* [periódico na internet] 2008; [acesso em: 03/05/08]; Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.
42. Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilar KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev. APS*; 2008; 11 (1): 54-61.
43. Chiesa AM, Veríssimo MR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem [on-line]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001; p.34-42; [acesso em 28/03/10] Disponível em: www.idssaude.org.br/enfermagem.
44. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(1): 200-206.
45. Costa, CHL. Histórico sobre a implantação do PACS e PSF no Estado do Pará. *Rev Bras Enferm*, 2000; Brasília, 53 (nº especial), p.131-133.
46. Brasil MS. Departamento de Atenção Básica. Histórico Cobertura SF Unidades. [acesso em 25/05/2010] Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>.
47. Brasil MS. Departamento de Atenção Básica. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF. Brasília. Ministério da Saúde. 2002; 14 p.
48. Mendes Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992; 53p.
49. Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/Abrasco, 1994; 278p.
50. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de Enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986; 128p.

51. Almeida MCP, Rocha SMM (orgs). O Trabalho em Enfermagem, São Paulo: Cortez, 1997; cap. 3, p. 61-112.
52. Vasconcelos EM. Educação Popular nos serviços de saúde. 2ª ed.; São Paulo: HUCITEC; 1989; 139 p.
53. Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Martin Claret, 2002. 198p.
54. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª edição; São Paulo: HUCITEC, 2002.
55. Mehry EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos, CM, Rodríguez RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. 3ª Ed., São Paulo: HUCITEC, 2007; p.113-50.
56. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. 3ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2007; p. 71-112.
57. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações da enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM (Orgs). O Trabalho em Enfermagem, São Paulo: Cortez, 1997; cap.1, p. 15-26.
58. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. Rev Bras Enferm, 2002; 55(4): 392-98.
59. Carraro TE. Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale. 2ª Ed. Goiânia: AB, 1997. 136 p.
60. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev latino-am Enfermagem - Ribeirão Preto, 2000; 8(6): 96-101.
61. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 43ª edição; 2005; 213 p.
62. Albuquerque PC, Stotz EM. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface- Comunic, Saúde, Educ, 2004; 8(15): 258-74.
63. Vasconcelos EM. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil, MS; Secretaria de Gestão Estratégica e participativa; Departamento de apoio à Gestão Participativa. Cadernos de Educação Popular em Saúde/Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.

64. David HMSL, Acioli S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. Rev Bras Enferm, 2010; 63(1): 127-31.
65. Pedrosa JIS. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Brasil MS; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de apoio à Gestão Participativa. Cadernos de Educação Popular em Saúde/Brasília: Ministério da Saúde, 2007; p13-7.
66. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil MS; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de apoio à Gestão Participativa. Cadernos de Educação Popular em Saúde/Brasília: Ministério da Saúde, 2007; p18-29.
67. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª Ed.; São Paulo: HUCITEC, 2004; 269p.
68. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987; 175 p.
69. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico - IBGE, 2008, [acesso em 21/5/2009]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>.
70. Santarém, Secretaria Municipal de Planejamento. Informações Municipais Seplan/Ciam, 2008; 30p.
71. Brasil, Ministério de Desenvolvimento Agrário. Sistema de Informações Territoriais – SIT, 2009. [acesso em: 21/05/2009]; Disponível em :<http://sit.mda.gov.br/território>.
72. Santarém, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2008. Santarém, julho de 2009, 104 p.
73. Santarém. Prefeitura Municipal de Santarém. Portal internet: [Acesso em 20/2/2010]; Disponível em: <http://www.santarem.pa.gov.br/conteudo>.
74. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa; 4ª ed; São Paulo: Atlas; 2002. 171p.
75. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições, 1994, 225p.
76. Brasil MS, Machado MH. Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública: relatório final; vol. 2, Região Norte. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html.

77. Machado MH, et al. Os médicos do Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
78. Cortez EA, Tocantins FR. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm; 2006; 59 (6): 800-4.
79. Villa E. Educação em Saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC (org.). Educação em Saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006 p.43-51.
80. Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. A Enfermagem nos serviços de Saúde Pública do Estado de São Paulo. In: Almeida MCP, Rocha SMM (orgs). O Trabalho em Enfermagem, São Paulo: Cortez, 1997. Cap. 2, p. 27 -60.
81. Marques D, Silva EM. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? Rev Bras de Enferm. 2004; 57(5); p. 545-550.
82. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. São Paulo; Cad. Saúde Pública; 2007; 23(2): 331-340.
83. Assis M. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: Vasconcelos EM, (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC; 2001 p.36-8.
84. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro e Grupos em PSF: possibilidade para participação social. Cogitare Enferm, 2006; 11(2): 143-9.
85. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 35ª edição; 1996; 147 p.
86. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP, 2009; 43(2): 358-64; [acesso em 20/01/10]; Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp.

8. ANEXOS

8.1 Carta de Aceite da Pesquisa



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. RUI BARBOSA, 337 - CEP 68005-080 - BAIRRO PRAINHA - FONE: 2101-0100 - SANTARÉM/PA.

CARTA DE ACEITE

Em nome da Secretaria Municipal de Saúde declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "**Saberes e práticas educativas de enfermeiros em Unidades de Saúde da Família em Santarém - Pará**", de autoria da aluna Maura Cristiane e Silva Figueira, do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, dando-lhe consentimento para realizar o trabalho nesta instituição e coletar dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma apresentado no projeto e em acordo com a direção local.

Necessário, porém, se faz que antes da publicação dos resultados o trabalho seja apresentado a esta Secretaria Municipal de Saúde com o escopo de analisar e discutir os resultados obtidos, sendo obrigatório citar na publicação o nome da de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e da Secretaria Municipal de Saúde, como locais de realização da pesquisa.

Santarém, 21 de agosto de 2009.

Heloisa Helena S. C. Carvalho

Divisão Técnica

Heloisa Helena S. C. de Carvalho

Divisão Técnica

8.2 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 24/03/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 127/2009 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0514.0.000.146-09

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “OS ENFERMEIROS E SUAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS - PARÁ”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maura Cristiane e Silva Figueira

INSTITUIÇÃO: Secretaria Executiva de Saúde Pública - SESPA

APRESENTAÇÃO AO CEP: 03/03/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 24/03/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Analisar como são realizadas as práticas educativas por enfermeiros, em unidade de Atenção Primária à Saúde em municípios da região do Baixo Amazonas – estado do Pará.

III - SUMÁRIO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva em que a coleta de dados será realizada em pesquisa de campo, usando-se as técnicas de observação e entrevista semi-estruturada com os enfermeiros da Atenção Básica quando às ações de Educação em Saúde em cada município. A análise dos dados será pela técnica de análise de conteúdo. A escolha da área visa demonstrar a diversidade de locais na região com experiência de ações dos profissionais enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde. O resultado desta pesquisa pode possibilitar futuros investimentos na Promoção à Saúde nos municípios da região.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O presente projeto encontra-se nos termos da Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, e importante para a avaliação das práticas educativas por enfermeiros em unidades de atenção primária à saúde.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado a dispensa do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de março de 2009.


Prof. Dra. Carmén Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

9. APÊNDICES

9.1 Apêndice 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Enfermeira

Pesquisa: “Saberes e práticas educativas de enfermeiros em Unidades de Saúde da Família em Santarém-Pará”

Pesquisadora: Maura Cristiane e Silva Figueira
Orientadora: Prof^a Dr^a Eliete Maria Silva

Esta pesquisa tem como objetivo analisar como são realizadas as práticas educativas por enfermeiros em Unidades de Saúde da Família, bem como seu entendimento sobre Educação em Saúde, as dificuldades e as facilidades na realização.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação voluntária, permitindo-nos entrevistá-lo gravando a entrevista e observando uma atividade educativa. As informações emitidas não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes através de codinomes; a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá a possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecemos sua participação e nos colocamos à disposição para esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa: Maura Cristiane e Silva Figueira, telefone: (93) 3524 1794 ou (19) 8196 3272; e-mail: mauracsf@fcm.unicamp.br; ou com a orientadora: Dr^a Eliete Maria Silva, telefone: (19) 3788 8824.

Maura Cristiane e Silva Figueira
mestranda / Unicamp

Eliete Maria Silva
Orientadora

Consentimento Livre e Esclarecido

Nome:

RG:

Diante dos esclarecimentos, aceito participar da pesquisa: “**Saberes e práticas educativas de enfermeiros em Unidades de Saúde da Família em Santarém-Pará**”

Aceito ser entrevistado (a) pelo pesquisador, bem como autorizo a gravação da entrevista, a observação de minha atividade educativa e a utilização das informações para fins científicos.

Santarém, ___/___/2009.

Assinatura do participante: _____

Maura Cristiane e Silva Figueira
mestranda/Unicamp

Eliete Maria Silva
Orientadora

9.2 Apêndice 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuário

(participante da atividade educativa)

Pesquisa: “Saberes e práticas educativas de enfermeiros em Unidades de Saúde da Família em Santarém-Pará”

Pesquisadora: Maura Cristiane e Silva Figueira

Orientadora: Prof^a Dr^a Eliete Maria Silva

Esta pesquisa tem como objetivo analisar como são realizadas as práticas educativas de enfermeiros em Unidades de Saúde da Família em Santarém no Pará, bem como seu entendimento sobre Educação em Saúde, as dificuldades e as facilidades na realização.

Desse modo precisamos observar a atividade realizada pelo profissional em sua presença. As informações emitidas não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto das demais através de codinomes; a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá a possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para esclarecimentos: Maura Cristiane e Silva Figueira, telefone: (93) 3524 1794 ou (19) 8196 3272; e-mail: mauracsf@fcm.unicamp.br; ou com a orientadora: Dr^a Eliete Maria Silva pelo telefone: (19) 3788 8824.

Maura Cristiane e Silva Figueira
mestranda / Unicamp

Eliete Maria Silva
Orientadora

Consentimento Livre e Esclarecido

Nome:

RG:

Diante dos esclarecimentos, aceito colaborar com a pesquisa: “**Saberes e práticas educativas de enfermeiros em Unidades de Saúde da Família em Santarém-Pará**” permitindo a observação da atividade em que estou participando e a utilização das informações para fins científicos.

Santarém, ___/___/2009.

Assinatura do participante: _____

Maura Cristiane e Silva Figueira
mestranda/Unicamp

Eliete Maria Silva
Orientadora

9.3 Apêndice 3: ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

Data: _____ Início: _____ Término: _____

I – Identificação Pessoal e Profissional:

- 1) Codinome escolhido:
- 2) Idade:
- 3) Sexo:
- 4) Tempo de formado:
- 5) Instituição e ano de formação:
- 6) Natureza da instituição formadora:
() Pública () Privada
- 7) Tempo de trabalho na Atenção Primária:
 - Como enfermeiro:
 - Com outra função (se exerceu algum trabalho antes na atenção primária):
- 8) Tempo de trabalho no PSF:
- 9) Forma de contratação profissional:
() contrato temporário/serviço prestado () Servidor concursado
- 10) Local (ais) de Trabalho anterior (es):
- 11) Especialização: sim () não ()
Qual (ais) _____
Ano _____
Local _____

II – Questões norteadoras:

- 1) Diga-me o que você compreende sobre Educação em Saúde?
- 2) Na sua formação houve discussões sobre “práticas educativas” na área de saúde? (se sim, na graduação ou pós-graduação? O que foi discutido?)
- 3) Como você realiza as práticas educativas no seu dia a dia?
- 4) Quais as facilidades e as dificuldades que você percebe para realizar as práticas educativas no seu trabalho? (citar sobre os tópicos: visita domiciliar, atendimento individual, grupos, equipe da USF, escolas, infraestrutura e materiais educativos, parcerias com instituições e associações)
- 5) Você gostaria de falar ou complementar alguma coisa?

9.4 Apêndice 4: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
Unidade de Saúde:	
Codinome:	
Data:	Horário:
Descrição da atividade:	
Local de realização:	
Nº. de participantes:	
Assunto(s) abordado(s):	
Metodologia utilizada:	
Impressão sobre a postura do profissional e a linguagem utilizada:	
Exemplos de diálogos estabelecidos:	
Facilidades e/ou dificuldades percebidas:	
Tempo de duração:	