



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Leila Schmidt Bechtluft

**Educação em Saúde no Programa de Saúde da Família de Petrópolis:
desafios na prática do enfermeiro**

Rio de Janeiro
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Leila Schmidt Bechtluft

**Educação em Saúde no Programa de Saúde da Família de Petrópolis: desafios na
prática do enfermeiro**



Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre, ao
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem,
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Área de concentração: Enfermagem, Saúde e
Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro
2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B387 Bechtluft, Leila Schmidt.
Educação em saúde no Programa de Saúde da Família de Petrópolis :
desafios na prática do enfermeiro / Leila Schmidt Bechtluft. - 2009.
77 f.

Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Educação sanitária. 2. Programa Saúde da Família (Brasil). 3.
Enfermagem em saúde comunitária. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I.
Oliveira, Sonia Acioli de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Leila Schmidt Bechtluft

**Educação em Saúde no Programa de Saúde da Família de Petrópolis: desafios na
prática do enfermeiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 27 de março de 2009

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Sonia Acioli de Oliveira (orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Vera Maria Sabóia
Faculdade de Enfermagem da UFF

Prof^ª. Dr^ª. Helena Maria Scherlowski Leal David
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro
2009

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Daniel, Daniele e Priscilla, que sempre foram a força da minha vida.

À minha netinha Anna Clara, continuidade da vida.

Ao meu namorado Marco, que me ensinou a nunca desistir de realizar os sonhos.

À minha família, que me incentivou nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Sonia Acioli, que acreditou na minha proposta.

À Vera Sabóia, pelas estimulantes observações na qualificação.

À Helena, também pelas observações na qualificação e antes disso, por me ajudar a encontrar o caminho da UERJ e pelo parecer sobre o projeto.

À Vânia Werneck, pela liberação para o Mestrado.

Ao Marcos Tosoli, que há algum tempo me falou que eu devia fazer o mestrado, me motivando, e pelo seu parecer a respeito do projeto.

À amiga Miriam, cujo apoio foi muito importante nessa caminhada.

Às minhas colegas e amigas Fernanda, Vanessa e Viviane, com as quais aprendi muito a respeito da UERJ e do Mestrado.

À “minha” equipe do PSF Comunidade Menino Jesus de Praga, pelo estímulo, pela força e pela compreensão das ausências. Não posso deixar de citar seus nomes: Vogel, Jacqueline, Camila, Anacir, Isabel, Liliam, Ana, Ângela, Cristiane, Jaqueline, Odair e Silézia.

Aos meus pacientes revisores: Letícia, pelo abstract, Gisele pela gramática e Alex pela informática.

Aos enfermeiros de Petrópolis, que partilharam comigo as suas experiências, possibilitando a realização desse trabalho.

Ando devagar porque já tive pressa e levo esse sorriso porque já chorei demais. Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe? Eu só levo a certeza de que muito pouco eu sei, e nada sei.

Renato Teixeira

RESUMO

BECHTLUFFT, Leila Schmidt. *Educação em saúde no programa de saúde da família de Petrópolis: desafios na prática do enfermeiro*. 2009. 77 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2009.

O presente estudo tem objetivo investigar as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros, no interior da Equipe de Saúde da Família. A profissão de Enfermeiro no Brasil foi marcada, desde a sua origem, por ser aquela incumbida das ações de educação em saúde. No processo de trabalho das equipes de saúde da família, estão incluídas ações educativas, que tanto devem interferir no processo saúde- doença como ampliar o controle social em defesa da qualidade de vida. Assim, essas práticas estão presentes no cotidiano dos enfermeiros, sendo importante a reflexão a respeito das mesmas para a construção de uma prática educativa mais consciente. Participaram do estudo 21 enfermeiros do Programa Saúde da Família do município de Petrópolis- RJ. A pesquisa foi realizada pelo método qualitativo. A entrevista semi-estruturada foi utilizada como técnica de coleta de dados, que foram tratados pelo método da análise de conteúdo temática. Foram obtidas cinco categorias empíricas, que demonstraram que no cenário estudado, predominam as práticas educativas em grupo. Nelas, há priorização do trabalho em equipe, sendo que os profissionais mais atuantes são os enfermeiros e os médicos. Em relação aos locais onde são realizados os grupos, poucos postos de saúde dispõem de uma sala específica para a sua realização, sendo então utilizadas escolas, igrejas, clubes e associações de moradores, que nem sempre são considerados adequados. A falta de infra- estrutura e de incentivo por parte dos gestores não impedem a realização das práticas educativas, mas traduzem a falta de valorização das mesmas. A complexidade do trabalho do enfermeiro no Programa de Saúde da Família é reconhecida como um dificultador para o trabalho educativo. A maioria dos entrevistados teve alguma aproximação, prática ou teórica, com a educação em saúde durante sua formação acadêmica. Embora haja predominância do enfoque preventivo, são percebidas aproximações a enfoques mais críticos. Os enfermeiros percebem que o trabalho educativo traz mudanças benéficas às comunidades e aos indivíduos assistidos. Também referem gostar desse trabalho, percebendo-o como integrante do trabalho do enfermeiro e do Programa Saúde da Família. O estudo recomenda a formação e a capacitação dos enfermeiros a respeito das abordagens em educação em saúde, assim como a priorização da educação em saúde por parte desses profissionais. Recomenda também a busca de um relacionamento transdisciplinar entre os membros das equipes. Sugere a realização de pesquisas a respeito de técnicas para a abordagem a grupos educativos, por profissionais de saúde, especialmente por enfermeiros.

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

ABSTRACT

This study has investigated the educational practices developed by nurses within the Family Health Team. The nursing profession in Brazil was marked, since its origin, as responsible for the actions of health education. In the work process of teams of family health, educational activities are included; they should interfere with the health-disease and extend social control to protect the quality of life. Thus, these practices are present in everyday life of nurses and it is important to reflect about them for the construction of an educational practice which must be more aware. Participants were 21 nurses from the Family Health Program in the municipality of Petrópolis, RJ. The research was conducted by qualitative method. The semi-structured interview was used as a technique for data collection, which was treated by the method of analysis of thematic content. Empirical categories were obtained, and showed that, in the scenario studied, the predominant educational practices are made in groups. There is prioritization of teamwork, and the most active professionals are nurses and doctors. For places where the groups work, few health posts have a special room for the meetings; so, the professionals use schools, churches, clubs and residents' associations, which are not always considered appropriate. The lack of infrastructure and incentives of the managers do not prevent the implementation of educational practices, but reflect the lack of appreciation of them. The complexity of the work of nurses in the Family Health Program is recognized as a difficulty for the work with education. Most interviewees had some approach, practical or theoretical, with health education during their academic education. Although the predominant focus is preventive, more critical focus approaches are perceived. The nurses perceive that the educational work brings benefic changes to the communities and individuals assisted. Also, they referred to like this work, perceiving it as a part of the work of the nurse and the Family Health Program. The study recommends the training and empowerment of nurses about approaches to health education, as well as the prioritization of health education by these professionals. It also recommends the search for a transdisciplinary relationship between the members of the teams. It suggests the implementation of research about techniques for dealing with educational groups, by health professionals, especially nurses.

Keywords: Health education. Family Health Program. Nursing. Single Health System.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	17
2	A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONSTRUÇÕES HISTÓRICAS, INFLUÊNCIAS E ABORDAGENS	23
3	O CAMINHO METODOLÓGICO	33
4	OS RESULTADOS ENCONTRADOS	37
4.1	As práticas educativas em saúde	37
4.2	O trabalho em equipe	41
4.3	O contexto das práticas educativas	44
4.3.1	<u>Os espaços utilizados</u>	44
4.3.2	<u>As condições de realização</u>	46
4.3.3	<u>A formação profissional</u>	48
4.4	As abordagens utilizadas	51
4.4.1	<u>A escolha dos assuntos</u>	51
4.4.2	<u>As condições de realização</u>	53
4.4.3	<u>Os resultados percebidos pelos enfermeiros</u>	56
4.5	Sentimentos e percepções dos enfermeiros	58
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE A — Roteiro de entrevista.....	72
	APÊNDICE B — Termo de consentimento livre e esclarecido.....	73
	APÊNDICE C — Caracterização dos sujeitos.....	74
	APÊNDICE D — Quadro demonstrativo da construção dos temas.....	75
	APÊNDICE E — Quadro demonstrativo da construção de categorias e subcategorias.....	76
	ANEXO — Aprovação do comitê de ética e pesquisa.....	77

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema a educação em saúde no Programa Saúde da Família (PSF) e como objeto de estudo a prática educativa em saúde desenvolvida pelo enfermeiro no Programa Saúde da Família.

O interesse pela área de educação em saúde e a motivação por esta pesquisa vêm do meu exercício profissional ter se dado, na maior parte do tempo, no campo da atenção primária em saúde. Especialmente a partir de julho de 2000, quando comecei a trabalhar com a Estratégia de Saúde da Família em um PSF do município de Petrópolis- RJ, tive diversas oportunidades de trabalhar com educação em saúde, tanto em ações individuais quanto em grupo. Além disso, tive oportunidades de desenvolver atividades de educação permanente dirigidas às agentes comunitárias de saúde da equipe.

Em 2002, durante o Curso de Especialização em Saúde da Família, comecei a refletir, a partir do módulo de desenvolvimento pedagógico, de que maneira os enfermeiros estão desenvolvendo atividades educativas: se utilizam, nesta prática, algum método ou orientação pedagógica, se têm na educação em saúde uma ferramenta para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, se praticam uma educação libertadora. Desta reflexão, resultaram, como questões norteadoras deste estudo, o modo como estão acontecendo as atividades educativas nos PSF de Petrópolis e quais são os enfoques utilizados pelos enfermeiros na prática da educação em saúde.

No campo da atenção primária, propício à prática de atividades preventivas, a educação em saúde deve permear o cotidiano dos profissionais. Ações como informar, orientar, ensinar e educar estão presentes em grande número nos manuais técnicos do Ministério da Saúde (MS) que orientam as atividades nos serviços públicos.

No Manual de Procedimentos para vacinação (BRASIL, 2001a), o termo “orientar” é utilizado na descrição dos procedimentos para aplicação de cada vacina, salientando a importância das orientações sobre reações esperadas e adversas. O Manual técnico de Assistência Pré-natal (BRASIL, 2000b), no capítulo 2, recomenda a realização do trabalho educativo em diversas formas, entre as quais discussões em grupo e dramatizações. Nas condutas em relação às queixas mais frequentes na gestação normal, os verbos “orientar”, “explicar” e “recomendar” são utilizados com frequência. Ações educativas em grupo também são recomendadas na assistência à anticoncepção, conforme consta no manual de Assistência em Planejamento Familiar (BRASIL, 2002a).

Apesar dos manuais incluírem tais ações, não se detêm ou se aprofundam sobre a maneira como serão desenvolvidas. Os verbos utilizados podem ser apropriados no sentido unidirecional, ou seja, uma pessoa, no caso o profissional de saúde, orienta, informa, ensina, educa, explica e recomenda algo a outra pessoa ou grupo de pessoas, que estão sob seus cuidados. Entretanto, o profissional também pode dar a essas ações o sentido de trocar experiências e saberes com os usuários, favorecendo a socialização das atividades através da percepção das necessidades e conhecimentos da população atendida em cada serviço.

A prática educativa vem evoluindo paralelamente às políticas de saúde, sofrendo influência direta das ideologias vigentes em cada momento. Assim, das práticas higienistas do início do século XX até as práticas atuais, mudanças podem ser percebidas. A incorporação do diálogo entre o educador e o educando, assim como a mudança da postura do educador no sentido de ser um mediador do aprendizado e a ampliação da percepção do processo saúde-doença, que passa a considerar os determinantes sociais, são resultados de uma renovação de ordem teórico-metodológica que orientam a redefinição de objetivos da prática educativa em saúde (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Apesar dessa renovação, coexistem no campo da educação em saúde modelos que vão dos tradicionais aos críticos. Os primeiros se pautam pela responsabilização do indivíduo, utilizando prescrições de mudanças no estilo de vida para resolver os problemas de saúde. Já os críticos baseiam-se em intervenções sociais, privilegiando o coletivo. Tones (1987) aprofunda a distinção entre esses modelos, examinando quatro enfoques filosóficos sobre a educação em saúde: educativo, preventivo, radical e de desenvolvimento pessoal. Stotz acrescenta a esses o enfoque da educação popular e saúde (BRASIL, 2007). Este último é originário das experiências de educação popular que, em meados do século passado, relacionavam a educação com a justiça social e a democracia.

Com a ênfase dada à atenção primária a partir da década de 70, a educação em saúde passa a ser atribuída a todos os profissionais de saúde. Assim, as práticas educativas devem fazer parte do dia-a-dia dos enfermeiros e da equipe de saúde, sejam elas realizadas individualmente ou em grupo. No entanto, historicamente, coube ao enfermeiro o desenvolvimento da educação em saúde, considerando que a profissão de Enfermagem surgiu no Brasil, devido à necessidade de um profissional que ficasse encarregado da educação sanitária da população (SABÓIA, 2003).

A abertura da Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1923, no Rio de Janeiro, marca o surgimento da profissão no Brasil. Foi antecedida pela vinda de enfermeiras americanas, com o objetivo de trabalharem em Saúde Pública, já que, na época, o controle de doenças era

importante para o desenvolvimento econômico do país. A formação de enfermeiras tinha como uma das ações a educação em saúde, visando diminuir a proliferação de doenças comuns como a tuberculose e a febre amarela (SABÓIA, 2003). Pode-se perceber que, nas suas origens, a profissão de enfermeiro foi marcada por ser o profissional responsável pela educação sanitária de indivíduos e grupos.

A profissão foi constituindo ao longo do tempo seu corpo de conhecimentos. A década de 50 do século passado, assistiu a organização dos modelos conceituais que serviram como referencial para a elaboração das teorias de enfermagem. Estas são aplicadas por meio do processo de enfermagem, termo que apareceu pela primeira vez na literatura em 1961 (NÓBREGA; SILVA, 2008/2009). Há divergências entre os autores quanto às etapas que constituem o processo de enfermagem. No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem, dispôs, através da resolução 292/2002, sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde, que se faz nas seguintes etapas: histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002). O contato entre o enfermeiro e o usuário se dá por intermédio da consulta de enfermagem, atividade privativa desse profissional de acordo com a lei 7498/1986 (BRASIL, 1986).

A partir do final da década de 70, especialmente após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (1978), a educação em saúde marca sua presença no contexto da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

Atualmente, estudos apontam para a possibilidade de utilização das ações educativas em saúde na construção do exercício da cidadania (SILVA et al, 2006), e para a consolidação dos princípios do SUS, principalmente o da integralidade (ALVES, 2005) e da participação popular (BARROS et al, 2005).

No processo de trabalho das equipes de saúde da família, está incluído o “desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida” (BRASIL, 2006b, p. 20). Sendo o enfermeiro um profissional integrante da equipe de saúde da família e tradicionalmente incumbido das ações educativas, poder-se-ia deduzir a existência de um número expressivo de estudos relacionados ao tema. Embora tenha sido encontrado um número considerável de artigos quando os bancos de dados são acessados através da utilização do termo “educação em saúde” — 9495 referências no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Sociais de Saúde) e 1425 no BDENF (Banco de dados da enfermagem) —; o refinamento da pesquisa, adicionando-se os termos “Programa saúde da

família” ou “PSF” e “enfermagem”, fez com que não fossem encontradas referências. O termo “saúde pública” foi então utilizado em substituição à “Programa Saúde da Família”, por se tratar da área na qual está inserido o PSF. Ainda assim, o número de artigos encontrados foi inferior ao esperado.

A revisão foi realizada no período compreendido entre maio e junho de 2007, por meio eletrônico, nos bancos de dados LILACS e BDENF. Foram utilizadas as palavras-chave “educação em saúde”, “enfermagem” e “saúde pública” para o acesso ao banco de dados.

Os resumos obtidos foram então analisados, e selecionados aqueles que apresentavam pertinência aos objetivos da presente revisão, ou seja, realizados no Brasil, com um ou mais autores enfermeiros. Por se desejar revisar as tendências mais recentes em torno do tema, foi feita a opção de trabalhar com os artigos com menos de cinco anos de publicação. Portanto, foram identificados 12 resumos.

Os textos completos foram obtidos por meio eletrônico ou através de consulta aos periódicos impressos disponíveis em bibliotecas.

Após a análise, os textos foram separados nas seguintes categorias: práticas em educação em saúde (10 artigos), educação em saúde relacionada ao princípio da integralidade (1 artigo), tendências em educação em saúde (1 artigo).

Os estudos sobre a prática da educação em saúde investigam diversos contextos onde se dá a atuação do enfermeiro e dos demais membros da equipe de saúde.

O trabalho com grupos aparece como uma alternativa na realização de atividades educativas que tem sido utilizada por enfermeiros e pela equipe de saúde na atenção básica. Silva et al (2006) tiveram como objetivo analisar o aproveitamento do trabalho em grupo para possibilitar a participação social. Concluíram ser pouco freqüente a utilização da estratégia com tal finalidade e que os grupos são utilizados como estratégia assistencial. A percepção de profissionais de saúde da atenção básica, que atuavam como coordenadores de grupos, a respeito do alcance e limitações dessa estratégia, foi estudada por Silva et al. (2003). Moura e Souza (2002) propuseram-se a estudar os motivos da baixa oferta de ações de educação em saúde em grupo no PSF. Esses estudos mostram que os profissionais se sentem pouco preparados e pouco estimulados para as atividades em grupos. Uma das causas citadas é a formação profissional, que se encontra em descompasso com a mudança do paradigma educativo, que atualmente exige uma postura crítica e conhecimento da realidade do usuário, diferente daquela centrada no modelo biomédico, na qual os profissionais detêm todo saber em saúde. Outra causa apontada é a ausência de local apropriado para o desenvolvimento desse tipo de atividade.

As atividades educativas realizadas durante os atendimentos individuais, segundo o estudo de Guimarães e Takayanaqui (2002), são realizadas principalmente pelos médicos e têm como tema principal a utilização de medicamentos, não sendo abordados outros temas relacionados com a promoção da saúde. Essas autoras pesquisaram as práticas educativas junto aos pacientes portadores de *diabetes mellitus*.

Outros contextos investigados mostram que os espaços de atuação podem ser bastante diversificados. As necessidades de educação em saúde de cuidadores leigos de idosos, o conhecimento dos enfermeiros sobre saneamento básico e a integração das atividades do PSF junto às escolas, foram temas de pesquisas realizadas por Souza et al. (2006), Cervo e Ramos (2006) e Silva, C., Silva, A. e Lonsing (2006).

O estudo de Trapé e Soares (2007) investigou as concepções de educação em saúde que norteiam as práticas educativas dos ACS. Concluiu que há necessidade de qualificação tanto dessa categoria profissional quanto dos responsáveis por tal atividade, no caso, os enfermeiros, que têm entre suas atribuições, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, “supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem” (BRASIL, 2006b, p. 47).

Recomenda aos enfermeiros a prática de ações educativas o estudo de Marchionatti et al (2003) que se refere às ações de enfermagem no Programa de Imunizações, e Souza et al (2002) que propõe o tema da educação em saúde no combate à desnutrição infantil.

Um dos artigos selecionados relaciona a educação em saúde ao princípio da integralidade (MACHADO et al, 2007), apontando para a necessidade de uma prática educativa crítica e dialógica que contribuirá para a assistência integral, agregando os saberes da população e favorecendo a participação social. A própria estratégia do PSF, como reorientadora do sistema de saúde, sinaliza que as práticas hegemônicas de educação em saúde devem ser superadas para que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam efetivados.

No último artigo, Oliveira (2005) faz uma revisão sobre os modelos de educação em saúde que permeiam as práticas educativas na atualidade. Afirma que apesar da “nova” saúde pública exigir novas práticas educativas que, além de prevenir doenças, preparem o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável, ainda coexistem diferentes propostas, que têm, como extremos, o modelo tradicional e o radical de educação em saúde. Essas propostas, que sofrem influência das vertentes pedagógicas presentes no cenário educacional, serão objeto de aprofundamento teórico no próximo capítulo.

A literatura, abordando a educação em saúde como atividade da enfermagem no PSF, não é abundante, mas pode-se verificar que diversos espaços já foram objetos de pesquisa. Considerando a inserção do enfermeiro no Programa, pesquisar suas práticas educativas possibilita a ampliação do leque de possibilidades de atuação desse profissional, fortalecendo e consolidando seu papel de educador.

Considerando ainda que qualquer prática educativa realizada nos serviços de saúde está atendendo a interesses de diversas ordens, quais sejam, econômicos, políticos ou sociais, pressupõe-se que a compreensão e reflexão dos enfermeiros sobre o tema podem contribuir para a construção de uma prática educativa mais consciente, sendo essa a contribuição pretendida por esta pesquisa.

Com a finalidade de conhecer o processo educativo e o modo como está ocorrendo na prática do enfermeiro, o presente estudo tem como objetivo geral investigar as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros, no interior da Equipe de Saúde da Família (ESF), tendo a ação educativa como eixo da prática profissional do enfermeiro, e como objetivos específicos:

- 1- Descrever as práticas educativas¹ desenvolvidas pelos enfermeiros, no Programa Saúde da Família, no município de Petrópolis- RJ.
- 2- Analisar as práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros e o contexto em que ocorrem.
- 3- Discutir a visão de educação em saúde dos enfermeiros de PSF do município estudado.

O trabalho será apresentado em cinco capítulos. Os dois primeiros aproximam o leitor dos temas que constituem os seus referenciais teóricos. O primeiro apresenta um breve histórico a respeito do sistema de saúde do Brasil, e de movimentos nacionais e internacionais que justificam e contextualizam a adoção da estratégia de saúde da família no país. O segundo capítulo situa o leitor quanto à história da educação em saúde, e fala dos fatores e dos enfoques filosóficos que influenciam a sua prática. O caminho metodológico percorrido para o alcance dos objetivos propostos é descrito no capítulo três. Já o quarto, trata da análise do material obtido. Coerente com a metodologia proposta, este se encontra dividido em sub-capítulos, que

¹ No presente estudo, o termo “práticas educativas” é utilizado referindo-se às atividades de educação em saúde praticadas pelos enfermeiros na equipe de saúde da família.

apresentam as categorias empíricas geradas pelos temas encontrados. No último capítulo, o leitor encontra as conclusões e recomendações resultantes do estudo.

1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O sistema de saúde brasileiro, até a década de 80, era organizado em estruturas não articuladas entre as esferas federal, estadual e municipal. Os serviços de assistência médica eram oferecidos em ambulatórios próprios e, complementando o sistema, havia a contratação de serviços privados sob a forma de convênios, que eram remunerados pelos serviços prestados à população. As ações de saúde pública, acessíveis a todos os cidadãos, “eram voltadas para o controle de doenças específicas e eram ofertadas em postos e centros de saúde e, muitas vezes, através de campanhas” (SCHNEIDER et al, 2003, p.2). A intervenção do Estado na área da saúde caracterizava-se:

[...] pela alta centralização de recursos e de poder decisório na esfera federal, pela privatização da oferta de serviços curativos, e pela exclusão de seguimentos importantes da população dos benefícios da política (o acesso dependia da vinculação ao mercado formal de trabalho) (VIANA, 2000, p. 113).

O movimento sanitário, já na década de 70, vem questionar o sistema, que já não se sustentava financeiramente, devido à crise econômica e da previdência social, e não dava conta de suprir os problemas de saúde, devido, entre outros fatores, à mudança do perfil epidemiológico da população. O processo de redemocratização do país, após 20 anos de governos militares, facilitou a atuação dos críticos ao sistema vigente. Também foram retomadas idéias originadas nos movimentos de educação popular, do final dos anos 50, como a pedagogia da problematização.

Internacionalmente, crescia o movimento em torno da atenção primária. Da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), resultou a Declaração de Alma-Ata, que propõe os cuidados primários de saúde como chave para que seja atingida a meta de “saúde para todos no ano 2000”. Segundo a declaração, os cuidados primários de saúde “incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle” (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 2).

A publicação do Relatório Lalonde em 1974, que demonstrava que o modelo de assistência à saúde vigente, biomédico, era o gerador dos problemas de saúde, por não considerar a influência dos fatores sócio-econômicos e políticos no processo saúde-doença, desencadeou um movimento mundial que foi denominado de “Promoção da Saúde” (PELICIONI; PELICIONI, 2007). A Carta de Otawa, resultado da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, conceitua a promoção de saúde como o “processo

de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002, p. 19). Este documento estabelece que a reorientação dos serviços integra o elenco de intervenções em promoção da saúde, no sentido da responsabilidade compartilhada entre os profissionais, usuários e governantes, do apoio às comunidades para a satisfação das suas necessidades para uma vida saudável, na abertura de canais de comunicação com outros setores que interferem na saúde e em mudanças na formação profissional.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde propõe a reorganização do Sistema Nacional de Saúde como um sistema único com os seguintes princípios de organização: descentralização da gestão dos serviços, integralização das ações, unidade na condução das políticas setoriais, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços, participação da população, fortalecimento do papel do município e introdução de práticas alternativas de assistência à saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). A Constituição Federal de 1988, incorporando a proposta, garante a saúde como “direito de todos e dever do estado” e no art. 198 diz que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nesta época, tem início a descentralização da saúde no Brasil, dando maior autonomia aos municípios, local onde a assistência é praticada e onde as necessidades da população são melhor avaliadas.

Com o avanço da discussão sobre a reorganização da assistência, e sob a influência do movimento da promoção da saúde, é implantado no Brasil, em 1994, o Programa Saúde da Família, tendo como finalidade a reorientação das práticas assistenciais, a partir da atenção básica, tendo como foco a família e o local onde vivem os grupos humanos. “A estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade” (BRASIL, 2001b, p. 5).

O PSF tem como ponto central o estabelecimento de vínculo e co-responsabilidade entre a população assistida e a equipe de saúde. Para tanto, trabalha sob a diretriz da adscrição da clientela, ou seja, a população residente em um território definido, que é a área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF). As Unidades devem funcionar como

“porta de entrada” do sistema de saúde e a referência, aos demais níveis de assistência, deve ser garantida em caso de necessidade. A ESF deve ser resolutiva, capaz de assistir a população nos problemas de saúde mais comuns. O percentual de encaminhamentos a níveis mais especializados, estimado pelo Ministério da Saúde, é de aproximadamente 15%. Além da assistência clínica, práticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção das doenças devem ser incorporadas ao trabalho da equipe, buscando intervir, por meio de processos educativos, em hábitos, costumes e condições ambientais desfavoráveis à saúde (BRASIL, 2000a). O desenvolvimento de ações educativas é ampliado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), no sentido de incluir o controle social na defesa da qualidade de vida.

As ações devem ser planejadas pela ESF de acordo com a realidade local. O primeiro passo é o cadastramento das famílias, que serve para a realização do diagnóstico da realidade, em conjunto com as lideranças comunitárias. Informações obtidas de outras fontes como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cartórios, instituições locais, grupos organizados e de membros da comunidade, também devem ser considerados para a realização desse diagnóstico. A identificação de fatores de risco, seja por microáreas, grupos, famílias ou pessoas, possibilita o trabalho sob o enfoque de risco. O conceito de risco é baseado na maior probabilidade de adoecimento e morte de um grupo, devido às características comuns aos seus membros.

A avaliação do trabalho é realizada pelo acompanhamento dos indicadores de saúde, atualizados mensalmente através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e dos demais Sistemas de Informações: sobre Mortalidade (SIM), Nascidos Vivos (SINASC), Agravos de Notificação (SINAN), Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) (BRASIL, 2000a).

Recentemente, o Ministério da Saúde propôs a utilização da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) como instrumento de auto-avaliação dos gestores e das equipes. Este instrumento possibilita o direcionamento de ações ao identificar pontos críticos através de padrões de qualidade (BRASIL, 2006a).

A ESF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. Responsabiliza-se por, no máximo, 4000 habitantes, sendo recomendada a média de 3000 habitantes. A incorporação de profissionais de saúde bucal está vinculada à existência de cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário, no caso de Equipe de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1, e, além desses, o técnico de higiene dental, no caso de ESB, modalidade 2.

Cada ESB pode estar vinculada a uma ou duas ESF. O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, assim como as atribuições dos profissionais que as compõem, foi atualizado através da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

O trabalho em equipe pode ser definido como um “conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido” (PIANCASTELLI et al, 2000,p. 46).

Diversos autores propuseram classificações para a interação entre os distintos campos disciplinares. A proposta de Japiassu, trazida por Iribarry (2003), parece a mais adequada ao presente estudo por utilizar os termos que foram adotados pela área da saúde.

Assim, partindo do significado de disciplinaridade como “exploração científica e especializada de determinado domínio homogêneo de estudo” (IRIBARRY, 2003, p. 486), o autor estabelece os seguintes níveis de agrupamento das disciplinas: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

A multidisciplinaridade é entendida como um agrupamento de disciplinas sem que haja necessariamente um trabalho coordenado de equipe. Nela não há espaço para articulação e os objetivos de cada uma das disciplinas são múltiplos.

A pluridisciplinaridade avança em relação à anterior pelo fato de as disciplinas serem agrupadas de modo a aparecerem relações de cooperação entre elas, sem no entanto existir uma coordenação das atividades.

Já a interdisciplinaridade pressupõe o trabalho de diversas disciplinas com axiomática comum, coordenadas por um nível superior, nível este ocupado por uma das disciplinas.

Na transdisciplinaridade, a coordenação envolve todas as disciplinas, propondo objetivos comuns a serem alcançados. Cada integrante da equipe deve conhecer a sua área de origem e também a dos seus colegas. Quando um problema não é solucionado em uma das áreas, deve ser analisado pelas demais, buscando novos entendimentos.

A promoção do trabalho em equipe “visa uma integração mais efetiva entre as práticas clínicas e as abordagens coletivas, incorporando a contribuição clínica da Enfermagem e a introdução do trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2000a, p. 42). O trabalho deste último não deve ser confundido com o do auxiliar de enfermagem, ressaltando seu espaço próprio dentro da equipe. As rotinas devem prever horários para a discussão conjunta e encaminhamento das situações que exijam o envolvimento das diversas habilidades dos

membros da equipe. A relação entre eles deve ser baseada na interdisciplinaridade, que permite a busca pelo consenso e permite maior diversidade de ações.

Santos e Cutolo concluem que o trabalho em equipe, como base de atuação do PSF, deve ter caráter interdisciplinar, que “pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por várias formas do saber, de forma integrada e convergente, [...]” (SANTOS; CUTOLO, 2004, p.37) já que multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade se referem a um agrupamento de conhecimentos, sem que necessariamente haja objetivos comuns. Vêem que, na prática, o trabalho em equipe tem característica predominantemente pluridisciplinar e justificam que tal fato tem origem na formação, que não proporciona espaços interativos entre os profissionais, além da estrutura flexneriana dos currículos, de caráter biologicista e reducionista.

Em consonância com outros autores, como Araújo e Rocha (2007), Campos e Belisário (2001) apontam para a necessidade de uma reformulação na formação de recursos humanos na área da saúde, que privilegie a interação e o diálogo para a construção de uma prática interdisciplinar ainda nas universidades. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição (BRASIL, 2001) apontam, como uma das competências e habilidades fundamentais a esses profissionais, a atuação em equipe multiprofissional.

A educação permanente, prevista na reorganização dos métodos e da rotina do trabalho no PSF (BRASIL, 2000a) e necessária para a atualização dos profissionais, pode servir como instrumento de discussão e capacitação para o trabalho em equipe (SANTOS; CUTOLO, 2004).

A Saúde da Família é apontada como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, competindo aos Municípios e ao Distrito Federal a inserção desta estratégia na rede de serviços. Superando a concepção inicial de medicina pobre para os pobres, hoje é entendida como modelo substitutivo da rede básica tradicional requerendo alta complexidade tecnológica (PAIM, 2001). Como a implantação de equipes de PSF se dá, prioritariamente, em áreas desprovidas de assistência, o acesso a serviços de saúde foi, sem dúvida, favorecido. Entretanto, este fato por si só não garante a reorientação do modelo assistencial, que consolide o Sistema Único de Saúde brasileiro (ALVES, 2005). Pode configurar-se como espaço importante para a promoção da saúde, considerando-se sua potencialidade de inserção social.

Do ponto de vista da capacitação profissional para o trabalho no PSF, o treinamento introdutório e a educação permanente devem suprir as deficiências da educação formal em relação ao tema. O primeiro deve ser oferecido com o objetivo de integrar os membros das

equipes e de fornecer conhecimentos sobre o seu objeto de trabalho (BRASIL, 1998). Já a educação permanente é definida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2007a, p. 10). Deve estar baseada na aprendizagem significativa, ou seja, considerando as experiências prévias dos profissionais a serem capacitados.

Na opinião de Stotz, David e Bornstein, (2007), para garantir que a estratégia atinja o objetivo de substituir o modelo tradicional, centrado na doença, é necessária a incorporação da concepção ampliada de saúde e de uma abertura dos serviços à concepção popular de saúde, através de uma relação dialógica. As concepções de saúde e de doença é um dos temas trazidos no próximo capítulo deste estudo.

2 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONSTRUÇÕES HISTÓRICAS, INFLUÊNCIAS E ABORDAGENS

A educação em saúde, no Brasil, vem acompanhando as políticas de saúde desde o final do século XIX. Suas práticas e concepções são influenciadas por fatores oriundos da própria saúde ou ainda de outras áreas como a da educação e da política, conforme o momento histórico. Entre esses fatores, foram destacadas, neste estudo, as tendências pedagógicas predominantes nos espaços da educação formal e a concepção de saúde e doença vigentes em cada época. Tanto as tendências pedagógicas quanto as concepções de saúde e doença não acontecem de modo excludente umas das outras, podendo coexistir em alguns momentos. Como referências, foram tomadas as vertentes pedagógicas que, de acordo com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) (BRASIL, 1997), predominam no cenário educacional brasileiro, e as concepções de saúde-doença trazidas por Stotz, David e Bornstein (2007). A tipologia de Tones (1987), autor espanhol que trata dos enfoques educativos predominantes na educação em saúde, lançará uma luz para o entendimento dos resultados desses fatores para a prática educativa na área da saúde. Foram ressaltadas as vertentes pedagógicas que mais parecem se relacionar com as práticas educativas na saúde, já que algumas delas, como a renovada e a tecnicista não encontraram repercussão na área da saúde.

De acordo com o MEC (BRASIL, 1997, p. 30), as práticas dos professores são constituídas:

[...] a partir das concepções educativas e metodológicas de ensino que permearam a formação educacional e o percurso profissional do professor, aí incluídas suas próprias experiências escolares, suas experiências de vida, a ideologia compartilhada com seu grupo social e as tendências pedagógicas que lhe são contemporâneas.

Embora não sejam professores no sentido formal do termo, podemos inferir que os enfermeiros e demais profissionais de saúde têm suas práticas educativas constituídas de maneira semelhante. Ainda que a formação pedagógica não esteja inserida nos currículos do curso de enfermagem, há em geral uma aproximação prática durante os estágios supervisionados. Os profissionais também incorporam suas experiências escolares e de vida, a ideologia de seu grupo social e as tendências pedagógicas predominantes.

Segundo o MEC, as quatro tendências pedagógicas predominantes no Brasil são a pedagogia tradicional, a pedagogia renovada, a pedagogia tecnicista e as pedagogias marcadas pelas preocupações sociais e políticas.

Na pedagogia tradicional, o professor é considerado o único responsável e autoridade máxima do processo educativo. O ensino é baseado na exposição dos conteúdos pelos professores, que geralmente utilizam a exposição oral como método. Não há flexibilidade, sendo que a seqüência da exposição dos assuntos é fixa, independente do contexto no qual se insere a escola. O conhecimento transmitido pelo professor é uma verdade a ser absorvida pelos alunos, verdade essa que corresponde a conhecimentos e valores acumulados por gerações anteriores, sem possibilitar a crítica por parte dos educandos. O educador Paulo Freire denomina essa pedagogia de “educação bancária” devido ao fato de os educandos serem considerados depósitos de informações fornecidas pelos educadores (FREIRE, 2005).

Uma das maneiras de explicar o processo saúde-doença baseia-se na biologia, centrada no corpo físico. Nesta concepção, ter saúde é não estar doente. A abordagem dos problemas de saúde privilegia o indivíduo, já que é o seu corpo que não está “funcionando bem”, culpando-o quando ele não consegue evitar a doença ou curar-se dela. Como soluções, os profissionais de saúde prescrevem medicamentos, exercícios, alimentação equilibrada, enfim, normas a serem seguidas para uma vida saudável.

A educação em saúde no Brasil, até o início do século XX, restringia-se à divulgação de normas de higiene, o que já vinha sendo praticado em outros lugares desde a Idade Média (PELICIONI; PELICIONI, 2007). Tal divulgação era veiculada através de impressos, o que favorecia com que as informações atingissem somente as classes mais altas, que tinham acesso à leitura. O processo educativo resumia-se então ao fornecimento de informações científicas que deveriam ser incorporadas pela população, dentro de uma pedagogia tradicional. Nas duas primeiras décadas do mesmo século, a necessidade do combate às epidemias que ameaçavam não só a saúde da população, mas também a economia do país, fez com que a educação ficasse relegada ao segundo plano. As ações de saúde pública eram executadas pela polícia sanitária, que atuava com base na coerção e na força, exercendo seu poder com base em ações compulsórias, isolando os doentes, destruindo habitações insalubres e obrigando as pessoas a se vacinarem contra a varíola. Predominava, na época, a concepção biológica do processo saúde-doença e a prescrição de normas rígidas por parte das autoridades de saúde. A idéia dominante era de que era necessário entender como as condições de vida influenciavam a vida das pessoas, para intervir sobre elas (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Nos anos 20, idéias trazidas dos Estados Unidos da América (EUA) punham em destaque a educação sanitária, institucionalizada pela Organização Mundial da Saúde, como estratégia importante para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O termo “educação sanitária” surgiu nos EUA, em 1919 (MARCONDES, 1964, apud PELICIONI; PELICIONI,

2007), substituindo a denominação de “higiene”. A educação sanitária era voltada para as crianças, consideradas alvos fáceis para se educar. Como não havia ainda no Brasil enfermeiras em número suficiente para atender a demanda por profissionais habilitados para o exercício da educação em saúde, educadoras sanitárias foram formadas pelo Instituto de Higiene da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (SMEKE; OLIVEIRA, 2001). Para ter acesso ao curso, era necessária a formação como professora primária, demonstrando que a prática pedagógica era considerada um requisito importante para o exercício da função. As educadoras sanitárias exerciam suas atividades nas escolas e nos Centros de Saúde. A concepção biológica do processo saúde-doença ainda era hegemônica na época.

Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, pelos americanos, que tinham interesses na exploração da borracha e minérios, o modelo de saúde pública americano é reforçado no Brasil. São introduzidas novas técnicas e tecnologias: educação em grupos, recursos audiovisuais e o desenvolvimento e organização de comunidades (DOC). O SESP também influencia na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, sendo incorporados os fatores sociais, econômicos e culturais na explicação da saúde/doença. Esses fatores são considerados barreiras a serem removidas pela educação para o alcance do estado de saúde (CARDOSO DE MELO, 1987). Ainda assim, a educação sanitária tinha como objetivo a mudança de comportamento individual. A pedagogia tradicional e a concepção biológica do processo saúde-doença eram predominantes, embora esta última já começasse a mudar, englobando outros fatores além dos biológicos.

Durante o regime militar, a educação sanitária perde espaço, ficando restrita a ações de planejamento familiar. Crescem, neste período, questionamentos sobre o papel da educação em saúde, diante da situação social e política vivida pelo país. No entanto, é nessa época que surgem as pedagogias marcadas pelas preocupações sociais e políticas, também chamadas de pedagogias críticas, já no final da década de 70 e início de 80. Buscavam servir de base às transformações sociais, já que o regime militar estava no final e a abertura política favorecia a participação popular. Elas englobam a pedagogia libertadora e a pedagogia crítico-social dos conteúdos.

A pedagogia libertadora originou-se nos movimentos de educação popular que ocorriam no final dos anos 50 e início dos anos 60, até serem interrompidos pelo golpe militar em 1964. Nesta pedagogia, o método utilizado é o de grupos de discussão, nos quais alunos e professores estão no mesmo nível de importância, sendo papel desses últimos animar as discussões, que versam a respeito de temas sociais e políticos, assim como de ações sobre a

realidade na qual estão inseridos os educandos. O conhecimento é, então, adquirido pela crítica a situações concretas, ou seja, aquelas vividas no cotidiano. Tem como principal representante o educador Paulo Freire, cujo trabalho voltava-se para a alfabetização de jovens e adultos (STOTZ; DAVID; BONSTEIN, 2007).

A pedagogia crítico-social dos conteúdos surge no final dos anos 70 e início dos anos 80, e entende que, ao lado da ação social, as classes populares têm que ter acesso ao aprendizado do “saber elaborado” para ampliar suas habilidades e defender os seus interesses.

No início da década de 70, o termo “educação em saúde” começa a ser utilizado em substituição à “educação sanitária”, sendo que essa substituição “diz respeito a mudanças dos paradigmas vigentes na prática educativa à época” (PELICIONI; PELICIONI, 2007, p. 324). Enquanto a educação sanitária, baseada na responsabilização individual e na concepção biológica da doença, utilizava métodos da pedagogia tradicional, a educação em saúde tem como base uma concepção mais ampla de saúde, incluindo os fatores sociais e econômicos no processo saúde-doença, apontando, portanto, para a necessidade da utilização de métodos pedagógicos críticos, a respeito dos quais nos deteremos mais adiante. Não houve, porém, uma mudança prática radical e os pressupostos da educação sanitária e da educação em saúde coexistem atualmente e estão presentes nas práticas dos profissionais de saúde.

A partir de 1975, já em outro contexto político, algumas críticas são feitas à educação em saúde, no sentido de superar a ênfase biologicista, acompanhando as discussões sobre o processo saúde-doença que incorporavam à saúde seus determinantes socioeconômicos, considerando-a como processo histórico e cultural. A incorporação desses determinantes resultou no conceito ampliado de saúde que está inscrito na atual Constituição Brasileira. Nele, a saúde é o resultado das condições de vida e de trabalho, ampliando o olhar e permitindo a inclusão de outras racionalidades para o enfrentamento dos problemas (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007).

A prática da educação em saúde teria, então, a incumbência de transformar a realidade, através de soluções coletivas para os problemas de saúde. Segundo Rocha (1989, apud ASSIS, 1998, p.7), “deixando de ser um processo de persuasão ou de transferência de informações, ela passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da sociedade”.

Assim, esses dois modelos, o tradicional pautado na responsabilização individual e na mudança de estilo de vida, e o crítico, que privilegia o coletivo e as intervenções sociais e ambientais, têm polarizado as discussões no campo da educação em saúde.

Aprofundando a distinção entre esses dois modelos, destacamos a tipologia de Tones (1987), na qual os enfoques filosóficos das práticas educativas são o educativo, o preventivo, o radical e o de desenvolvimento pessoal.

O enfoque educativo está baseado no princípio de que o usuário, a partir da compreensão das informações fornecidas pelos serviços de saúde, faça livremente as suas escolhas. Ao educador cabe informar, examinar e esclarecer as crenças e valores dos usuários. Na avaliação da efetividade do enfoque educativo é considerado o grau de entendimento que o usuário tem da situação e não a mudança de comportamento.

A crítica a este enfoque reside no fato de que nem todas as pessoas estão em posição de fazer escolhas informadas, devido a sua inserção social e cultural, não sendo ética portanto, a intervenção feita a partir dele.

O enfoque preventivo, hegemônico, tem como meta a substituição de comportamentos tidos como nocivos à saúde por comportamentos saudáveis, através da oferta de informações. Está baseado nos pressupostos de que a prevenção é melhor do que a cura, de que a medicina curativa não consegue dar conta dos problemas de saúde comunitários e que o comportamento individual está incluído na etiologia das doenças. Assim, a educação em saúde seria prescrita para mudar os comportamentos que causam as doenças. Este enfoque não considera os fatores psicológicos e sociais que influenciam a conduta frente a doença e culpa o indivíduo pela sua enfermidade, utilizando práticas impositivas.

Analisando a história da educação em saúde no Brasil, podemos verificar que esse enfoque era dominante no início do século, quando as práticas educativas eram impositivas e voltadas mais para a proteção do sistema de produção do que para a melhoria da saúde da população.

Podemos relacionar esse enfoque à tendência pedagógica tradicional, já que informações de cunho científico, acumuladas durante anos de estudos são transmitidas como verdades acabadas pelos profissionais de saúde aos usuários que devem assimilá-las e incorporá-las ao seu dia a dia, sem que sejam questionadas as realidades onde estão inseridos esses usuários. Os profissionais de saúde se revestem de autoridade para prescrever atitudes e ações de maneira inflexível, que devem ser seguidas independentemente do contexto de quem recebe tais informações.

Já o enfoque radical busca as raízes dos problemas de saúde nos fatores sociais, econômicos e políticos. Seu objetivo é o de gerar consciência pública sobre interesses principalmente de ordem econômica, que interferem nas condições de saúde da população. Como exemplo, Tones cita a contradição entre a necessidade da prevenção das doenças

causadas pelo tabaco, o custo com o seu tratamento e o interesse dos governos na arrecadação de impostos com a venda de cigarros. Esse enfoque, sem dúvida tem semelhanças com as pedagogias críticas, já que é dirigida ao entendimento e discussão de fatores sociais, econômicos e políticos e sua relação com as condições de saúde da população. Porém, assim como no enfoque preventivo, utiliza a persuasão com a finalidade de ativar as ações comunitárias, sendo esta a crítica a esse enfoque.

Como enfoque alternativo aos três anteriores, o de desenvolvimento pessoal tem a finalidade de facilitar a escolha informada. Para atingir tal finalidade, são utilizadas diversas estratégias. Uma delas seria a promoção de crenças e atitudes que favoreçam a diferenciação de recompensas imediatas, como por exemplo o prazer que advém da ingestão de certos alimentos hipercalóricos, por um prazer futuro de uma vida mais longa e saudável. Outra estratégia seria a de aumentar o lócus interno de controle, ou seja, a negação da crença de que as doenças são controladas pelo destino e pelos poderosos. Esta última se complementaria com o esforço para a valorização do indivíduo através do aumento do seu amor próprio e do desenvolvimento de destrezas pessoais. Pressupõe que o desenvolvimento de certas destrezas permite ao indivíduo a desafiar o seu meio, ao mesmo tempo em que aumenta a sua crença na sua capacidade para controlar a sua vida.

Stotz (BRASIL, 2007), acrescenta ainda, o enfoque da educação popular e saúde como uma síntese entre os enfoques de desenvolvimento pessoal e o radical, que tem relação com a pedagogia libertadora, integrante das pedagogias críticas presentes no cenário educacional brasileiro. Ressalta o método como traço fundamental da educação popular e saúde, ou seja, “o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares” (BRASIL, 2007b, p. 55). Tal ponto de partida aproxima usuários e técnicos permitindo a superação de preconceitos e de opiniões divergentes. Permite ainda a inclusão dos saberes das pessoas ao conjunto de conhecimentos sobre a saúde, necessária devido a sua complexidade. Segundo o autor, a comunidade científica da área da saúde precisa incorporar formalmente os usuários, as associações de portadores de deficiências, representantes dos usuários nos conselhos de saúde e de movimentos que militam na área da saúde.

A educação popular e saúde teve sua origem nas experiências de educação popular, desenvolvidas entre as décadas de 50 e 60 do século passado, que relacionavam a educação com a justiça social e a democracia. Conforme referido anteriormente, Paulo Freire foi o seu principal sistematizador. Em sua concepção, a educação serve de instrumento à conscientização e à libertação. Seu método parte de uma situação problema, incentiva a sua análise crítica e a atuação do educando para a resolução do problema. Em oposição à

educação “bancária”, a pedagogia do oprimido, libertadora, faz-se através do diálogo e tem como finalidade o desenvolvimento crítico do educando. No diálogo, educadores e educandos tornam-se sujeitos do processo educativo, educando-se mutuamente (FREIRE, 2005). A partir de meados da década de 70, profissionais insatisfeitos com as práticas dos serviços de saúde adotaram esse método, iniciando, assim, as experiências de educação popular em saúde. Essas experiências permitiram a percepção da “existência de um fosso cultural entre os serviços de saúde e população” (STOTZ; DAVID; WONG UN, 2005, p. 3) e juntamente com outras experiências com grupos populares vieram a compor o movimento da Reforma Sanitária, que posteriormente contribuiu para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Vasconcelos (2001), a ruptura com a prática tradicional da educação em saúde, baseada na normatização e no autoritarismo, foi possibilitada pela participação dos profissionais de saúde nos movimentos da educação popular. Essa prática abrange inclusive o relacionamento entre os membros da equipe de saúde. Experiências pioneiras põem em evidência a quebra do poder centralizador dos médicos e colocam “em pé de igualdade todos os profissionais, entre os quais os agentes comunitários de saúde” (VASCONCELOS, 2001, p. 12).

Outros pensadores também se preocuparam em criar métodos educativos que propiciassem uma maior participação social. Bordenave propôs a pedagogia da problematização, na qual a capacidade do aluno de encontrar soluções criativas para os problemas reais é o mais importante. Como representação dessa pedagogia, bastante presente na área da saúde, utiliza método do arco, cujo autor é Charles Maguerez (BORDENAVE, 1983). Problematizar significa que os problemas têm diversos aspectos quando considerado o entendimento dos diversos atores envolvidos. Todos esses aspectos advindos da experiência são importantes para a resolução do problema, devendo ser teorizados e aplicados à prática (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007).

Partir do saber anterior das classes populares, porém, não significa somente conhecê-lo para então mudá-lo à luz do conhecimento científico, quando, então, apesar da denominação de educação popular e saúde, o que se estaria fazendo seria uma educação no sentido tradicional. Em experiência relatada por Carvalho, Acioli e Stotz (2001), foi constatado que havia uma relação desigual na construção de conhecimento entre profissionais de saúde e a população. Essa desigualdade, porém, não significava uma hierarquia entre os saberes, mas sim uma diferença entre eles, apontando para a necessidade de utilização de métodos participativos, que foram denominados pelos autores de “construção compartilhada do conhecimento”.

Considerar o saber das classes populares implica, entre outras coisas, em conhecer e admitir uma terceira concepção do processo saúde-doença, leiga, que está baseada no senso comum das pessoas. Nela, a causa do adoecimento é fundamental e só pode ser respondida considerando-se a cultura dos grupos de pessoas (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007) . Esses autores trazem a classificação de Maria Cecília Minayo para as representações sociais a respeito das causas das doenças. De acordo com essa classificação, as doenças podem ter causas naturais, psicossociais, socioeconômicas e sobrenaturais. Entre as causas psicossociais, os serviços de saúde são referenciados como causa ou agravantes de problemas de saúde.

Acioli (2006), pesquisando os sentidos e práticas de saúde, doença e cuidado em uma comunidade, agrupou os sentidos de saúde em três grupos: aqueles baseados em sensações, emoções e sentimentos, os baseados na idéia de movimento e os que têm como base a dor física e os problemas de saúde. Esses achados demonstram que a população tem uma percepção de saúde ampliada, não a relacionando, somente, à ausência de doenças. A saúde está, então, relacionada ao sentimento de bem-estar, tanto individual como coletivo, destacando-se, nesse último, a importância das relações familiares.

Pode haver a predominância de um ou de outro modelo em cada prática educativa, mas esses enfoques não são mutuamente excludentes, coexistindo. Para Assis (1998, p. 22), as dimensões individual e coletiva “devem ser pensadas de forma interativa e complementar”, não podendo ser esquecidas as preocupações sobre a forma como acontecem as relações nas ações educativas.

A educação em saúde vem sendo ampliada desde os seus primeiros passos já no início do século XX, incorporando novos objetivos. Estes dizem respeito à renovação teórico-metodológica, à mudança de percepção do processo saúde-doença, ao entendimento de que as ações educativas estão presentes no dia-a-dia dos profissionais de saúde e à “construção da autonomia dos sujeitos” (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Gazzinelli et al (2005) observam que, durante as últimas décadas, detecta-se um desenvolvimento surpreendente e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas no campo da educação em saúde, sem que as mesmas, no entanto, sejam traduzidas em intervenções educativas concretas, por não se desenvolverem no mesmo ritmo e continuarem utilizando métodos e estratégias dos modelos teóricos da psicologia comportamental, acarretando profundo hiato entre a teoria e a prática. Esta última se baseia ainda em que a informação fornecida aos clientes, de maneira vertical, será absorvida e utilizada por eles na sua vida cotidiana, que desta forma trocarão hábitos “errados” por hábitos “certos”, impondo, assim, regras de condutas de acordo com o saber do profissional e

desconsiderando as histórias de vida, crenças e valores individuais. Entre essas reflexões teóricas, destaca-se a pedagogia do oprimido, de Paulo Freire (2006), que critica a educação "bancária", na qual o educador é o que sabe, é o que pensa e o que disciplina, e os educandos são os que não sabem, são os pensados e os que são disciplinados.

Briceño-León (1996, p. 3) estabelece dois princípios de trabalho para a educação sanitária eficiente: é necessário conhecer e contar com o ser humano. Tais princípios se expressam através de duas premissas: "Somente conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias é possível uma ação eficiente e permanente em saúde" e "Ninguém pode cuidar da saúde do outro, se ele não quer cuidar-se". Estas duas premissas vêm de encontro aos princípios da estratégia de Saúde da Família, considerando-se que o trabalho das equipes deve basear-se no conhecimento da área adscrita ao posto e das famílias residentes nesta área, sua história, suas crenças e seus costumes.

Sabóia (2003) estuda a educação em saúde considerando as relações entre o poder e o saber, concluindo que existem predominantemente, entre as enfermeiras, práticas educativas cujos objetivos são a reprodução da ideologia conservadora e o controle de mentes e corpos. Porém, à margem dessas práticas, também encontrou aquelas que denominou de "discurso soterrado", já que indicam "pistas e indicações das possibilidades de transformações da própria filosofia da educação em saúde" (SABÓIA, 2003, p. 114).

A relação entre a prática educativa e o processo de trabalho em saúde é enfocada no ensaio de Villa (2006). Ela destaca a falta de espaço, de capacitação de recursos humanos e a de recursos materiais para a realização das práticas educativas como realidades dos serviços de saúde.

Estudos realizados no sentido de conhecer as abordagens utilizadas por enfermeiros mostram a predominância do modelo preventivista, tanto nas atividades em grupo quanto nas individuais (SILVA et al., 2006; MOURA; SOUZA, 2002), embora apareçam também práticas baseadas nos outros enfoques. Abordagens não tradicionais aparecem no discurso dos enfermeiros, como concluíram Barros et al. (2005) no seu estudo, embora, ao serem alvo de observação participante, as atividades educativas tenham evidenciado práticas verticais.

Entre os diversos conceitos de educação em saúde, destacamos o trazido por Reis (2006, P. 19), segundo o qual o conceito predominante nas reflexões teóricas na atualidade é o de "um processo teórico-prático que visa integrar os vários saberes: científico, popular e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano". Nesse conceito, a

integração entre os saberes científico, popular e do senso comum remete à educação popular e saúde, por permitir a aproximação entre os profissionais e os usuários.

No presente estudo, o enfoque da educação popular e saúde é assumido como o preferencial para a prática educativa nos PSF, pelas características e objetivos da estratégia. Tal enfoque favorece o estabelecimento de vínculo e de co-responsabilização entre a equipe e a comunidade, que se constitui o seu ponto central. A proximidade da equipe com os usuários favorece o diálogo e a participação.

3 O CAMINHO METODOLÓGICO

A pesquisa, para Minayo, (1994, p. 17) é a “atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade”. Embora seja uma atividade teórica, a pesquisa advém da prática, já que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema na vida prática” (ibidem).

Triviños (1987, p. 110) afirma que “o estudo descritivo pretende descrever ‘com exatidão’ os fatos e os fenômenos de determinada realidade”. Esse tipo de estudo permite o estabelecimento de relações entre variáveis. A finalidade do presente estudo é a descrição de um fenômeno, já que pretende descrever e analisar práticas educativas em um determinado cenário. Trata-se, então, de pesquisa descritiva.

A pesquisa em Enfermagem vem se desenvolvendo principalmente dentro dos paradigmas positivista e naturalista. O primeiro fundamenta a abordagem científica tradicional, cujos partidários pensam a natureza como ordenada e regular e acreditam na existência de uma realidade objetiva, ou seja, sem a interferência da mente humana. As pesquisas realizadas sob a abordagem científica são estruturadas, em geral, pelo método quantitativo, sendo as informações, por serem numéricas, analisadas através de procedimentos estatísticos. A limitação deste método para a pesquisa em Enfermagem reside principalmente no fato do ser humano, complexo e diversificado, ser, na maioria das vezes, o objeto de estudo. Como no método científico as complexidades tendem a ser controladas ou eliminadas, tal abordagem pode dificultar o entendimento dos fatos (POLIT et al, 2004).

Já os métodos naturalistas lidam com o ser humano em toda sua complexidade, dando ênfase à compreensão das experiências vividas por ele. Para a análise, os pesquisadores colhem narrativas, que resultam em dados qualitativos. As investigações naturalistas acontecem sempre em campo e, em geral, a coleta e a análise dos dados ocorrem paralelamente. As limitações do método residem justamente em fatores humanos. Por um lado, os sujeitos dos estudos, os seres humanos, apesar de possuírem inteligência e sensibilidade, não são infalíveis. Os pesquisadores, também humanos, por sua vez têm experiências diferentes, podendo enriquecer ou neutralizar os resultados, conforme a competência de cada um. Como a investigação é de natureza subjetiva, a vivência do pesquisador pode influenciar nos resultados da pesquisa e por envolver, em geral, um número pequeno de participantes, a generalização é prejudicada (POLIT et al, 2004). A pesquisa qualitativa trabalha com “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”

(MINAYO, 1994, p. 21-22), dados que não podem ser quantificados e não são adaptáveis ao método matemático.

Os sujeitos do presente estudo são seres humanos, enfermeiros. O fenômeno a ser investigado situa-se na esfera das relações humanas e das vivências, sendo, portanto, adequada a opção pelo método qualitativo para a análise dos dados. Esta opção possibilitará a exploração e a compreensão do fenômeno enquanto realidade construída pelos que a vivenciam.

No trabalho de campo, a entrevista e a observação participante são as técnicas de coleta de dados mais utilizadas (NETO, 1992). Para Haguette (1997, p. 86), “a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Minayo (1994) acrescenta que, através da entrevista, o pesquisador procura informações contidas nas falas dos sujeitos da pesquisa.

Entre os diversos tipos de entrevista, foi eleita a semi-estruturada, que se baseia “no uso do guia de entrevistas, que consta de uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados [...]” (TOBAR; YALOUR, 2003, p.101). Não há ordem ou redação exatas das questões e há possibilidade do pesquisador seguir pistas que surgirem durante a entrevista (APÊNDICE A). A opção por essa técnica de coleta justifica-se por proporcionar ao entrevistado a oportunidade de falar livremente sobre suas experiências e, ao mesmo tempo, não perder o foco no assunto de interesse. Facilita, também, a sistematização dos dados colhidos (TOBAR; YALOUR, 2003).

O cenário escolhido para realização do presente estudo foi a cidade de Petrópolis, localizada na região serrana do Estado do Rio de Janeiro, que tem o PSF implantado desde 1998. De acordo com Papoula (2006), o projeto de implantação do programa foi elaborado em fevereiro de 1997. O município possuía, na época, uma rede de postos de saúde distribuídos em diversos bairros. A assistência era prestada da maneira tradicional, ou seja, com profissionais médicos das clínicas básicas atendendo a demanda espontânea, que vinha em busca de tratamento para doenças. Contava, já nessa época, com enfermeiros em alguns desses postos. Insatisfeitos com tal modelo e incentivados por experiências exitosas de outros municípios e pelo financiamento do programa pelo Ministério da Saúde, os gestores petropolitanos deram início à reorganização da rede de atenção básica com a implantação de dois PSF. Atualmente o município conta com 41 equipes, atendendo a 116.724 habitantes, que representam 37,63 % de sua população. Dessas, 13 trabalham com equipe completa (módulo 1), ou seja, além da equipe básica, composta por médico, enfermeiro e auxiliar de

enfermagem, contam com equipe de saúde bucal, composta por cirurgião dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD). A educação permanente é uma proposta de trabalho do município junto às equipes, sendo dedicado, à mesma, um turno de trabalho por semana. Em alguns desses encontros, foram apresentadas experiências em educação em saúde realizadas junto às populações atendidas pelas ESF.

Além dessas características, foram considerados para a escolha do cenário a facilidade de acesso a todos os Postos, possibilitando que a coleta de dados seja realizada no próprio local onde se realizam as atividades, e o fato de ser o local de trabalho da pesquisadora.

Os sujeitos desse estudo foram 21 enfermeiros que atuavam, no momento da pesquisa, em Postos de Saúde da Família. Os entrevistados foram escolhidos de modo aleatório e as entrevistas foram realizadas até que não fossem detectadas novas unidades de significação, indicando a saturação do material. A validação do instrumento para coleta de dados foi realizada entrevistando-se quatro enfermeiros que trabalham no Instituto da Mulher e da Criança, também localizado em Petrópolis, escolhido por fazer parte da rede de atenção básica do município, tendo, em seu quadro de pessoal, enfermeiros que executam atividades educativas. Foram observadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a resolução 196/96. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (ANEXO). Os enfermeiros selecionados foram orientados quanto ao caráter voluntário da sua participação na pesquisa e concordaram em participar da mesma através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

A fase de análise do material, de acordo com Minayo (1992), tem três objetivos: ultrapassagem da incerteza, enriquecimento da leitura e integração das descobertas. Entre as formas de tratamento de dados em estudos qualitativos, a análise de conteúdo é uma das mais utilizadas. A autora traz duas definições para a análise de conteúdo. Bardin a define como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, apud MINAYO, 1992, p.199).

Já Berelson afirma que a análise de conteúdo:

É uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-las (BERELSON, 1952, apud MINAYO, 1992, p. 200).

Entre as diversas técnicas de análise de conteúdo, a opção pela análise temática mostra-se uma das mais adequadas para o tratamento de dados qualitativos em investigações sobre saúde. Nesta, os temas, que são afirmações acerca de um assunto, são recortados do texto, constituindo as unidades de registro (UR). A técnica é desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 1992).

As entrevistas foram realizadas e gravadas em aparelho de MP3, durante os meses de junho e julho de 2008. As gravações foram, então, transcritas, constituindo os documentos a serem analisados.

Foram seguidos os passos recomendados pela autora. Primeiramente, foi realizada leitura flutuante das entrevistas. Após esse contato com o material, foram destacadas as UR que foram numeradas em ordem seqüencial, por entrevista. As UR foram agrupadas por semelhança, gerando 9 temas (APÊNDICE D), que posteriormente foram agregados em 5 categorias empíricas (APÊNDICE E) de acordo com a analogia entre os mesmos e a pertinência aos objetivos do presente estudo. A organização dos temas e das categorias empíricas foi feita em quadros, seguindo a operacionalização sugerida por Oliveira (2002).

4 OS RESULTADOS ENCONTADOS

Os sujeitos participantes do estudo foram caracterizados segundo a idade, tempo de formados, tempo de trabalho na enfermagem e no PSF. A tabela contendo a caracterização dos sujeitos encontra-se no apêndice C. Dos 21 enfermeiros que participaram do estudo, 19 trabalham no PSF há mais de três anos, sendo que 8 enfermeiros têm entre 8 e 10 anos de experiência no programa. Os dois últimos trabalham há menos de 1 ano. Três enfermeiros são do sexo masculino e 18 do feminino. O tempo de formado variou entre 5 e 31 anos e o tempo de atuação como enfermeiro entre 5 e 30 anos, ou seja, mesmo os que estão há menos tempo no PSF têm experiência profissional na enfermagem. Mais da metade, ou seja, 13 enfermeiros têm mais de 40 anos de idade.

Das cinco categorias empíricas obtidas, duas foram divididas, gerando, cada uma delas, três subcategorias. Serão apresentadas na seguinte seqüência:

- 4.1 As práticas educativas em saúde
- 4.2 O trabalho em equipe
- 4.3 O contexto das práticas educativas
 - 4.3.1 Os espaços utilizados
 - 4.3.2 As condições de realização
 - 4.3.3 A formação profissional
- 4.4 As abordagens utilizadas
 - 4.4.1 A escolha dos assuntos
 - 4.4.2 Os métodos utilizados.
 - 4.4.3 Os resultados percebidos pelos enfermeiros.
- 4.5 Sentimentos e percepções dos enfermeiros

4.1 As práticas educativas em saúde

Esta categoria é formada pelo tema “forma de realização das práticas educativas”, com um total de 98 UR, representando 14,0% do total. Apresenta o relato dos entrevistados sobre quais são as práticas educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde.

As práticas educativas grupais são predominantes no cenário estudado, sendo citadas em 60 UR (61,22 % da categoria). Quando o assunto “práticas educativas” foi abordado durante a entrevista, a primeira referência dos enfermeiros entrevistados foi o trabalho em

grupos, deduzindo-se que a concepção de atividade educativa presente nos sujeitos estudados refere-se, principalmente, a tal método.

Os grupos são organizados na maioria das vezes segundo os recortes programáticos do Ministério da Saúde (32 UR, 32,65% da categoria). São realizados grupos com usuários hipertensos e diabéticos, com gestantes, com adolescentes, com idosos e crianças de baixo peso. Alguns dos entrevistados alegam que os usuários hipertensos e diabéticos comparecem regularmente aos postos devido ao fato de serem portadores de patologias crônicas, o que facilita o trabalho educativo com esses grupos, que são citados em 13 UR. Outro grupo bastante citado é o de gestantes (8 UR) que, por suas características, freqüentam com regularidade os postos.

A gente faz o grupo de hipertensos, o grupo de diabéticos, algumas atividades com os adolescentes, planejamento familiar, um grupo com as gestantes (entr. 1).

Aqui nós atuamos principalmente com grupos de hipertenso e diabéticos (entr. 5).

Ao consultarmos os manuais do MS de hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, (BRASIL, 2002b) e o de assistência pré-natal (BRASIL, 2000b), verificamos que ambos recomendam que as ações educativas sejam inseridas na assistência. O primeiro determina pontos relacionados às patologias que devem ser abrangidos pela educação². Para a avaliação desse processo, o MS leva em conta parâmetros relacionados à mudança de hábitos e de aderência ao tratamento anti-hipertensivo e para o controle do diabetes. A utilização desses parâmetros demonstra que o enfoque preventivo predomina nas recomendações do MS no que se refere às práticas educativas dirigidas a esses grupos. Já o Manual de Assistência Pré-Natal (BRASIL, 2000b) aborda a educação em saúde de forma mais ampla, sugerindo trocas das diferentes vivências entre as gestantes e os profissionais de saúde. Sugere ainda formas para a realização do trabalho educativo, destacando as discussões em grupo e as dramatizações. No entanto, deve-se atentar para o fato de que mesmo essas atividades podem ser realizadas a partir do enfoque preventivo, cabendo ao profissional a reflexão para realizar a abordagem a partir de outros enfoques.

Destaca-se o fato de haver uma expressiva quantidade de grupos educativos dirigidos a usuários portadores de patologias crônicas, no caso a hipertensão arterial e o diabetes, que dependem dos medicamentos fornecidos pelos serviços de saúde. Isso sugere a realização de

² Termo utilizado no Manual.

práticas educativas às quais os usuários comparecem compulsoriamente, para garantir o recebimento desses insumos. Sabóia (2003) salienta que essa obrigatoriedade pode ser interpretada como uma estratégia para a preservação do poder por parte dos enfermeiros.

Também foi citado o trabalho realizado em grupo que tem como finalidade a supressão do tabagismo. Segundo a publicação “Abordagem e tratamento do fumante” (BRASIL, 2001c), trata-se de um método de abordagem cognitivo-comportamental eficaz para a cessação de fumar e não propriamente de um grupo educativo.

As equipes também realizam práticas grupais organizadas de acordo com as necessidades locais percebidas. Com o total de 22 UR, os grupos citados são: atividades culturais, saúde mental, palestras em escolas, grupos de caminhadas, grupos de convivência, grupos de alongamento, palestras com a comunidade.

Tal achado demonstra uma preocupação, por parte das equipes pesquisadas, em formar grupos com outras finalidades que não sejam aquelas oriundas de patologias, mas voltadas para a promoção da saúde e para consolidar a interação equipe/comunidade. Demonstra tanto um olhar ampliado para o conceito de saúde, com ênfase na qualidade de vida, quanto um conceito de educação em saúde que inclui diversas ações além do trabalho em grupo tradicional, voltado para as patologias.

Acioli (2006) identificou em seu estudo algumas práticas que fazem com que as pessoas se sintam saudáveis. O trabalho doméstico é identificado como uma prática que desvia o pensamento da doença. O movimento, entendido como fazer ginástica, andar e “ir para a rua”, tem um sentido de proporcionar relaxamento e bem-estar. Assim, os grupos de caminhadas e alongamento que são realizados no cenário estudado se identificam com essa última prática, estando de acordo com o sentimento de bem-estar percebido pela população.

A existência de apenas 4 UR nesta categoria, que demonstra a realização de poucos trabalhos em grupos, deixa perceber que esta é uma situação pontual, por já terem sido realizadas práticas grupais anteriormente.

Nós estamos agora num momento de que não estamos trabalhando grupo (entr. 16).

A prática educativa individual foi pouco referida espontaneamente, aparecendo na maioria das vezes após o questionamento da pesquisadora. Porém todos os entrevistados afirmaram que a educação em saúde é parte integrante da consulta de enfermagem, demonstrando que esse processo já está cristalizado e que as práticas educativas integram o cotidiano dos enfermeiros durante os atendimentos individuais.

A consulta de enfermagem é basicamente voltada a ações educativas. Eu não consigo desvincular consulta de enfermagem do educativo (entr. 21).

Dou muita ênfase a parte educativa porque eu acho que é prioridade da consulta do enfermeiro (entr. 8).

No processo de enfermagem, a quarta fase refere-se à implementação da assistência, ou seja, à execução do plano de cuidados pela equipe de enfermagem em conjunto com o cliente. Nela, entre outras ações, está inserida a educação em saúde, como pode ser verificado nos sistemas de classificação de intervenções da assistência de enfermagem como, por exemplo, a “Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC” e a “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE” (NÓBREGA; SILVA, 2008/ 2009).

Somando-se a isso a história da profissão de enfermeiro no Brasil, que pelo discurso oficial tinha como atribuição fundamental a prática educativa, infere-se uma motivação para essa cristalização da educação em saúde na consulta de enfermagem.

A visita domiciliar é citada somente em 4 UR (0,57 %) enquanto um momento em que as práticas educativas podem ser exercidas.

A gente também faz a educação em saúde, no hipertenso e no diabético nas visitas domiciliares (entr. 20).

A visita domiciliar, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), tem a finalidade de garantir o vínculo e o acesso às famílias, sendo realizada cotidianamente pelo ACS. Outra finalidade é a de monitorar a situação de saúde das famílias e atender aos usuários acamados ou com outros problemas que dificultem o acesso à USF. Nesse último caso, é realizada pelo médico ou enfermeiro, segundo a necessidade do usuário, tendo assim o sentido de consulta no domicílio, o que lhe confere um caráter de atividade de intervenção por parte desses profissionais. Não há, explicitamente, menção à possibilidade educativa nesse método de trabalho. Se a visita domiciliar tem sentido de consulta, pode-se pensar na possibilidade do processo educativo estar também cristalizado, considerando o achado em relação às consultas de enfermagem. Villa (2006) alerta-nos de que muitas vezes o profissional desenvolve as práticas educativas de forma despercebida, não se dando conta delas por não serem exercidas como um processo educativo formal. As tarefas do dia-a-dia acabam embotando o seu olhar em relação aos processos educativos que permeiam seu cotidiano. A ação educativa deve

então ser entendida como uma das dimensões da prática profissional em saúde e não somente como um de seus elementos ou um de seus momentos separados (ACIOLI; DAVID, 2008).

4.2 O trabalho em equipe

Categoria formada pelo tema “trabalho em equipe”, com 118 UR, correspondendo a 16,8% do total de UR. Sua análise permite caracterizar o relacionamento entre os profissionais das equipes, quando do desenvolvimento de práticas educativas.

Quanto aos membros que participam das atividades educativas, são raras as UR que trazem a participação de um único profissional, sendo priorizado o trabalho em conjunto.

Além do enfermeiro, os profissionais citados como participantes das atividades educativas são o médico, a auxiliar ou técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Quanto à responsabilidade pela abordagem dos conteúdos, os profissionais de nível superior, enfermeiro e médico aparecem na maioria das UR.

O enfermeiro realiza práticas educativas mesmo que a equipe esteja incompleta, demonstrando independência em relação à presença de outros profissionais. A fala a seguir demonstra bem essa colocação:

Eu já fiz muita palestra sozinho em função dessa coisa, da equipe não se formar (entr.7).

A coordenação das atividades educativas aparece em 20 UR. A ausência da figura do coordenador é citada em 8 UR. O enfermeiro é mencionado como coordenador das atividades, sozinho ou com o médico da equipe, demonstrando que os profissionais de nível superior, em especial os enfermeiros, ficam responsáveis pela coordenação das atividades educativas. Tal fato caracteriza o relacionamento entre a equipe, nas práticas educativas, como interdisciplinar, já que existem relacionamento e objetivos comuns entre os membros da equipe e coordenação realizada por um deles, nesse caso, do enfermeiro e/ou do médico, estando de acordo com a definição desse termo trazida por Iribary (2003). O técnico de enfermagem é citado em uma das UR como coordenador esporádico:

Às vezes a técnica de enfermagem também coordena, mas geralmente sou eu (entr.10).

Os profissionais de nível médio, auxiliares ou técnicos de enfermagem e os ACS, são sempre citados como participantes das práticas educativas. Porém, ao aprofundar-se em que

termos se dá essa participação, nota-se que em geral esses profissionais não ficam responsáveis pela abordagem dos conteúdos, tendo outras funções durante as atividades:

[...] mas a gente pede a elas (as ACS) pra ajudar a divulgar, pede a elas pra pegar a chave da Igreja (entr 14).

As agentes de saúde fazem a parte, assim, de recepção (entr. 2).

[...] de organizar, em termos de onde vai sentar, como vai sentar, recolher assinaturas, e de chamar, mais nessa fase (entr 16).

[...] a auxiliar fica mais a cargo, no grupo de hipertenso, de controle de PA (entr. 5).

É curiosa essa situação, especialmente em relação aos ACS. Eles são os profissionais que residem na área de atuação da ESF, detêm um conhecimento maior a respeito dos problemas de saúde da comunidade, conhecem também o modo como as pessoas encaram a doença e a saúde e acabam sendo aqueles que participam menos ativamente das práticas educativas.

Pode-se deduzir, diante dessa constatação, que o saber instituído nas Universidades é valorizado pelas equipes em detrimento de outros saberes, em especial o saber popular, representado na ESF, pelos ACS. Bornstein e Stotz (2008), em revisão de literatura a respeito da formação e do processo de trabalho dos ACS, encontraram uma advertência sobre o risco de esses profissionais terem uma participação passiva junto à comunidade por estarem assimilando o discurso técnico e reproduzindo-o de forma mecânica. É importante lembrar que o trabalho em equipe é um dos diferenciais do PSF, justamente por incorporar diversos olhares, ampliando assim as possibilidades de intervenções para a melhoria da saúde da população. Deve-se atentar para que os conhecimentos dos ACS contribuam efetivamente para a atenção à comunidade assistida.

A dificuldade dos profissionais de nível médio para atuarem nas práticas educativas é percebida como resultado de insegurança e falta de preparo técnico.

As agentes de saúde, a auxiliar de enfermagem, eu penso assim, elas têm uma insegurança em realizar grupos de, por exemplo, que abordem assuntos mais técnicos (entr. 11).

[...] a gente tem que ficar puxando, trazendo eles, porque sozinhos eles não vão, sinto que eles têm um pouco de, não se solta para ir sozinho, está sempre amarrado com a gente (entr. 14).

Entre as atribuições específicas dos ACS, segundo a port. 648 de 28/03/06 (BRASIL, 2006b), está o desenvolvimento de ações educativas nos domicílios e na comunidade, podendo também ser desenvolvidas na USF. Essas ações visam à promoção da saúde e à prevenção de agravos e doenças. Também é atribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem “realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situações de risco, conforme planejamento em equipe”. Aos enfermeiros da ESF cabe, ainda segundo a mesma portaria, “supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem” (BRASIL, 2006b, p. 47).

Porém a preocupação no sentido de prepararem os ACS para a prática educativa é manifestada, neste estudo, por somente dois dos enfermeiros entrevistados, conforme as afirmações:

[...] eu estou treinando as agentes pra poder fazer esses grupos de higiene, de orientação alimentar, coisa bem básica, mas elas vão fazer mediante esse treinamento comigo (entr. 11).

[...] hoje eu estou começando a discutir no grupo, em começar a fazer com que esse agente comunitário se coloque mais. Porque eu acredito que eles façam (entr. 19).

Um processo formativo tradicional pode acabar favorecendo a prática biomédica hegemônica, com a submissão do saber popular ao saber instituído. A adoção de práticas educativas participativas como a educação popular e saúde, na capacitação dos ACS, pode resultar na valorização dos conhecimentos provenientes do senso comum, contribuindo para a efetivação da participação popular e para a reorientação dos serviços nas bases da promoção da saúde.

Vasconcelos (2001) destaca que em serviços que priorizam uma relação dialógica com a população assistida o relacionamento entre os membros da equipe também se modifica. Nesses, costuma predominar um discurso de respeito e de igualdade entre os saberes dos profissionais, inclusive dos ACS, favorecendo o relacionamento baseado na transdisciplinaridade.

É interessante observar como uma postura dialógica pode influenciar tanto o relacionamento com a população quanto entre os profissionais das equipes. Seria importante que essa postura incluísse também os gestores. A estratégia da Saúde da Família, por seus objetivos, coloca-se favorável ao relacionamento aberto e ao diálogo com a comunidade. Logicamente, a implantação da estratégia não implica necessariamente nessa abertura. Porém,

as possibilidades são promissoras se a isso se somar a constituição de espaços de reflexão e trocas no interior das equipes de saúde em busca de um relacionamento transdisciplinar.

4.3 O contexto das práticas educativas

Categoria que congrega 196 (28,0%) das UR, permitindo a contextualização das práticas educativas realizadas no cenário estudado. Para análise, a categoria foi dividida nas subcategorias: os espaços utilizados, as condições de realização e a formação profissional.

4.3.1 Os espaços utilizados

Esta subcategoria está representada por 87 UR. Emergiram da sua análise, além dos locais utilizados, a sua repercussão para as práticas educativas e a avaliação de tais espaços enquanto a adequação à realização desse trabalho.

Diversos locais são utilizados pelas equipes para a realização de práticas educativas, sendo citados, além dos próprios postos de saúde: as escolas, as igrejas, os clubes e as associações de moradores. A utilização desses locais vem de encontro a um dos princípios gerais da Estratégia Saúde da Família, que é o de “buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias” (BRASIL, 2006b, p. 20).

Poucos postos de saúde dispõem de uma sala que possa ser destinada às práticas educativas, fato este citado em 5 UR. Entre esses, somente dois dos entrevistados avaliam essas salas como adequadas e sem repercussões negativas no trabalho educativo.

Principalmente agora aqui nessa sala nova de reunião (local permite a prática educativa) (entr. 6).

A sala de espera é o local mais utilizado quando a prática educativa é realizada nos postos de saúde. Nem sempre é julgada como local adequado devido ao movimento de outros usuários durante o trabalho, desfavorecendo a espontaneidade e a abordagem de assuntos mais íntimos. O tamanho das salas de espera é um fator que restringe a quantidade de pessoas que pode participar dos grupos.

[...] até acho que até intimida um pouco até as pessoas de perguntar algumas coisas que sejam muito particulares (entr. 2).

[...] não posso fazer grupos grandes até porque minha sala de espera é pequena (entr. 10).

[...] o grupo que seria o grupo de baixo peso e o grupo de gestante é realizado na recepção. Então isso não fica bom porque chegam outros pacientes e a gente acaba tendo que interromper o grupo (entr. 2).

Ressalta-se que a referência à sala de espera diz respeito ao espaço físico e não às práticas que são realizadas aproveitando o tempo de espera pelo atendimento por parte dos usuários, o que acaba tornando compulsória a sua participação.

Esses achados vão de encontro ao que nos traz Villa (2006), no seu ensaio, quando relaciona, entre outros, a falta de estrutura física como dificultador das práticas educativas. Ela cita as inadequações dos locais utilizados para atividades em grupo, entre as quais a ventilação inadequada, interferência de ruídos externos e falta de privacidade. Estudos efetuados por Silva et al (2003) e Moura e Souza (2002) apontam a falta de espaço como causa da baixa oferta de atividades em grupo, o que não é realidade no cenário estudado, já que apesar da falta de local, tais atividades são oferecidas à comunidade.

De acordo com o “Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família”, a sala de espera é o “espaço destinado aos usuários do serviço e seus acompanhantes que aguardarão o atendimento pelo profissional da ESF” (BRASIL, 2008, p. 34), devendo comportar aproximadamente 15 pessoas por cada equipe. Ainda de acordo com esse documento, deve existir uma sala de reuniões, destinada a atividades educativas em grupos. As entrevistas deixam perceber que não há observância quanto a essas recomendações. Apesar da finalidade do PSF ser a reorientação da assistência em novas bases, a estrutura física dos postos de saúde do município estudado indica a priorização dos atendimentos tradicionais como consultas, curativos e aplicação de imunizantes. As práticas educativas são, então, realizadas em locais improvisados e inadequados para tal finalidade, podendo comprometer seus resultados e desestimular a equipe quanto à sua realização.

Outras restrições impostas pelos diversos locais disponíveis para a realização das práticas educativas dizem respeito a questões filosóficas e doutrinárias dos mantenedores desses espaços. Assim, quando as práticas educativas são realizadas em igrejas, há restrição de assuntos que digam respeito ao planejamento familiar e à sexualidade. Em outros espaços, como clubes e associações de moradores, o excesso de ruídos e a falta de infra-estrutura também são fatores que podem restringir o trabalho educativo.

Lá restringe (na Igreja Católica). A gente não pode falar de camisinha, não pode falar de anticoncepcional e por aí vai (entr. 15).

Nós já tivemos uma Igreja, então não se podia falar sobre métodos anticoncepcionais, aborto, não se podia trocar quase nada. E o clube que nos deixa a vontade com relação a tema é muito barulhento (entr. 17).

Apesar das restrições impostas pela falta de espaço físico adequado, a análise das UR permite perceber que há uma preocupação por parte das equipes em desenvolver as práticas educativas nos locais de moradia mais distantes dos postos de saúde, utilizando espaços disponíveis nas diversas microáreas. Além dos locais já citados, uma garagem também é utilizada em uma das microáreas do cenário estudado. Pode-se concluir, portanto, que há uma valorização da educação em saúde enquanto prática integrante das atividades do PSF por parte dos enfermeiros entrevistados.

4.3.2 As condições de realização

Esta subcategoria apresenta-se com 38 UR (19,4% da categoria), o que permite a análise das condições organizacionais sob as quais são realizadas as práticas educativas no cenário estudado e das necessidades percebidas pelos enfermeiros.

Poucos entrevistados entendem que a prática educativa se dá em boas condições, o que ficou evidenciado em 3 UR, como a que se segue:

O que o trabalho me propicia para fazer isso? Propicia espaço na agenda para eu executar esse tipo de atividades? Sim. [...]. Então agenda flexível. O material depende, de vez em quando chegam cartazes, folderes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde também manda alguma coisa, eu mesmo às vezes consigo por conta própria algum material e trago para ser usado,[...]. Então eu acredito que sim (entr. 6).

A falta de infra-estrutura é citada em 27 das UR como condição que dificulta a prática educativa, sendo traduzida pela carência de materiais audiovisuais e a falta de apoio administrativo. A primeira é citada isoladamente em 6 UR e em conjunto com outras situações em 3 UR, referindo-se tanto a materiais prontos como à possibilidade de reprodução de textos.

Se a gente manter a estrutura tradicional dá, mas quando a gente quer fugir um pouco, distribuir material educativo, a gente se esbarra num, tem que fazer uma cópia, pegar um texto e distribuir, aí já não tem como (entr. 14).

Na opinião de Villa (2006), a falta de materiais didáticos compromete o processo educativo, pois são instrumentos importantes, considerando-se que os usuários são carentes em informações a respeito da saúde. Acrescenta, porém, que a necessidade de se lançar mão do improviso e da criatividade pode favorecer o processo educativo baseado na participação ativa dos usuários. Na fala destacada acima, o que se percebe é um entendimento oposto: o tradicional seria a prática educativa independente da existência de material didático. Pode ser interessante estudar essa relação, qual seja entre a falta de material didático e as possibilidades de abordagens educativas críticas.

O desempenho pessoal, de acordo com os entrevistados, é um fator determinante para que as práticas educativas sejam realizadas, já que os enfermeiros sentem pouco ou nenhum apoio da administração central, tanto no sentido do fornecimento de recursos materiais quanto à falta de incentivo através de preparo técnico para essas atividades.

A gente faz porque quer, porque a gente aqui não tem apoio de ninguém para fazer um grupo. Em todos os sentidos. Na própria elaboração, na discussão de metodologia, em apoio material mesmo, eu acho que a gente tem muito pouco (entr. 1).

Ao mesmo tempo em que eles propõem o programa de saúde da família, mudança do modelo assistencial, a gente vê que muitas vezes a postura do gestor não é essa, não é essa. Não apóia quem faz isso (entr. 21).

Ou seja, constata-se a falta de valorização das práticas educativas por parte dos gestores locais. Talvez isso possa ser explicado pela predominância, ainda na atualidade, da concepção biológica do processo saúde-doença, no qual a cura das doenças é a principal finalidade da assistência. Já que, nessa concepção, a abordagem privilegia o indivíduo (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007), acaba havendo a priorização do espaço para o atendimento individual em detrimento de espaços para atividades coletivas.

Outro fator que dificulta a prática educativa, citado em 8 UR, é a complexidade do trabalho no PSF, que leva os enfermeiros a se ocuparem com diversas atividades técnicas e administrativas, prejudicando, assim, o trabalho educativo, por falta de tempo. A grande demanda por atendimentos individuais ocupa o tempo do enfermeiro e é citada como uma das principais causas para que as práticas educativas sejam realizadas em quantidade menor do

que seria o desejo da equipe e a necessidade da população. A ocupação do enfermeiro com tarefas administrativas e de supervisão do trabalho dos ACS e auxiliares de enfermagem também reduzem o tempo destinado às práticas educativas.

[...] é que são tantas atividades que a gente tem, que às vezes sobra pouco tempo pra gente conseguir fazer as palestras (entr. 13).

Porque você também tem que atender, você também tem que fazer a administração da unidade, supervisão do trabalho das agentes, e todas essas atividades juntas eu acho que comprometem essa parte da educação em saúde (entr. 20).

Ao examinarmos as atribuições dos profissionais integrantes das equipes de PSF, percebemos que as tarefas administrativas são pouco discriminadas nas mesmas. Com exceção do ACS, todos os profissionais têm como uma de suas atribuições “participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF” (BRASIL, 2006b, p. 45-48), sendo essa a única de caráter administrativo. Tal fato não significa que as tarefas administrativas não existam, pelo contrário, sabidamente estas são geradas pela necessidade de manutenção das unidades e até mesmo pela necessidade de alimentação do sistema de informação, cujos dados são gerados a partir do preenchimento de formulários próprios que demandam tempo de trabalho para serem corretamente preenchidos. Historicamente, o enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem são os profissionais que permanecem, ao longo do dia, por mais tempo nos locais de trabalho, acabando por absorver a administração das unidades. Considerando que no PSF todos os profissionais têm que cumprir a mesma carga horária e que o trabalho em equipe deve ser priorizado, tais tarefas devem ser divididas entre os membros da equipe, sem causar, assim, sobrecarga a nenhum deles.

4.3.3 A formação profissional

A subcategoria é representada por 10,2% (71) do total das UR, permitindo contextualizar as experiências em termos da formação profissional dos enfermeiros entrevistados, e sua validade para a realização de práticas educativas.

Os enfermeiros entrevistados neste estudo reconhecem diversas oportunidades de formação para as práticas educativas, desde a graduação até a educação permanente, diferindo suas experiências em cada um desses contextos.

Poucos enfermeiros referem não ter recebido, durante a graduação em Enfermagem, preparo no sentido de formação pedagógica, o que se nota em 6 das UR. A maioria dos enfermeiros, em 16 UR, exprime que teve alguma aproximação com práticas educativas, demonstrando que a inserção da educação em saúde nos currículos é uma preocupação das entidades formadoras. Esta aproximação deu-se através da prática ou pelo oferecimento de disciplinas que contemplaram a formação pedagógica. A licenciatura em Enfermagem também é citada como uma formação importante para a prática educativa.

[...] na faculdade, a gente teve educação em enfermagem, aquelas disciplinas de grupo, de problematização, das metodologias de ensino (entr. 3).

Na faculdade, na graduação propriamente dita, o que me deu alguma base foi quando fiz a matéria de didática aplicada à enfermagem (entr. 6).

[...] na nossa época na faculdade que nós íamos para as escolas, nós fazíamos trabalhos lá voltados pra essa questão da educação sexual (entr. 12).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (2001) determinam, como uma das competências específicas do profissional, o planejamento e a implementação de programas de educação em saúde. A capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da licenciatura de enfermagem, é contemplada nos conteúdos curriculares, deixando clara a proposta de formação para o exercício da educação junto ao público ou junto a futuros profissionais.

Embora essa legislação seja recente, as falas dos entrevistados permitem perceber que a preocupação em oferecer uma aproximação à educação em saúde já figurava anteriormente a ela, já que 16 dos enfermeiros concluíram sua formação acadêmica antes da edição dessa lei. Não se pode esquecer também que desde a origem da enfermagem de saúde pública, houve uma aproximação da profissão às práticas educativas, cristalizando a função do enfermeiro educador.

Alguns dos entrevistados citam um bom embasamento durante a formação em cursos de pós-graduação (11 UR). Entre eles, foram citados os cursos de especialização em PSF, de didática em ensino superior e de educação em saúde pública.

[...] mas o que deu uma formação melhor foi a Pós Graduação em Saúde da Família (entr. 10).

Em relação à educação permanente, a análise de 20 UR demonstra que este processo não vem capacitando adequadamente os profissionais para o trabalho educativo. Alguns mencionam que não participaram de nenhuma capacitação neste sentido e os que participaram não se sentiram capacitados.

Não, deu. Não vou dizer que não deu. Deu. Agora eu acho que o dia-a-dia, a prática deu mais do que a educação permanente (entr. 11).

Tive vários treinamentos. Muitos deixaram a desejar e muito (entr. 19).

A educação permanente é assegurada aos trabalhadores do SUS, sendo regulamentada pela port. 1996 de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007a), que propõe que ela seja baseada na realidade vivida pelos profissionais e que seja desenvolvida a partir da problematização do processo de trabalho. O objetivo da educação permanente é a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.

No cenário estudado, semanalmente um turno de trabalho é dedicado à capacitação das equipes do PSF. Tal fato demonstra a valorização, pelos gestores, do processo de educação permanente. Entretanto, parece que tal atividade não vem considerando a experiência e a prática dos profissionais, já que, apesar de “treinados”, eles não se sentem instrumentalizados para a prática educativa junto às populações atendidas pelos PSF. Talvez haja necessidade de rever os métodos utilizados, incorporando a problematização do processo de trabalho conforme recomenda a port. 1996 (BRASIL, 2007a).

Podemos distinguir 9 UR que demonstram as necessidades sentidas pelos enfermeiros a respeito da capacitação em educação em saúde. Estas necessidades referem-se a: falta de embasamento teórico, dificuldades para executar na prática o que é aprendido na teoria, falta de visão do trabalho da ESF por parte dos encarregados de planejarem as capacitações.

Quer dizer eu acho que a gente sempre escuta...o problema é que a teoria ela é muito diferente da pratica (entr. 1).

A questão está mais aí nesse lado mesmo de conceito, de metodologia de ensino, acho que falta um pouco isso pra gente (entr. 16).

Então eu acho, que quem está bolando treinamentos de educação em saúde para as equipes do saúde da família, ainda não tem uma visão do trabalho da equipe de saúde da família (entr. 19).

As dificuldades relatadas reforçam a necessidade de se discutir como o processo de educação permanente vem sendo conduzido no município estudado. Para Vasconcelos (2001), a formação de recursos humanos para a saúde deve ser orientada pelo método da educação popular, partindo de suas experiências, angústias e vontade de superação das dificuldades. Discutir com os profissionais essas dificuldades pode auxiliar a constituir as bases para um processo educativo problematizador, já que o ponto de partida do mesmo será a sua prática diária.

Villa (2006) concorda que a escola tradicional é insuficiente para uma formação profissional que atenda às necessidades reais da saúde. Ressalta a necessidade de que o ensino na saúde seja pautado em metodologias diferenciadas, que considerem as questões sociais e as suas possibilidades de mudanças, assim como a dimensão política da sua formação.

Cabe destacar que três dos profissionais entrevistados relataram ter formação ou experiência docente e salientaram a importância dessa formação para sua prática em educação em saúde.

“Eu já tenho uma bagagem porque eu também sou professora” (entr. 20).

O posicionamento desses profissionais reforça a necessidade de uma formação profissional que contemple o estudo da pedagogia, objetivando uma prática educativa em saúde fundamentada cientificamente.

4.4 As abordagens utilizadas

Esta categoria é representada por 217 UR (30,9%), cuja análise evidencia o enfoque sob o qual são realizadas as práticas educativas no cenário estudado. Essa evidência foi feita pela análise de três aspectos que constituíram as subcategorias: a escolha dos assuntos, os métodos utilizados e os resultados percebidos pelos enfermeiros.

4.4.1 A escolha dos assuntos

Entre as 70 UR desta subcategoria, 34 (48,5%) referem que a escolha dos assuntos abordados nas práticas educativas se dá, predominantemente, através da observação, pela equipe, das necessidades e da realidade dos usuários. Essas necessidades são evidenciadas de diversas maneiras. O ACS tem papel fundamental na escolha dos temas, porque ao realizar as

visitas domiciliares, tem condições de levantar as necessidades das famílias da sua microárea. As consultas individuais também permitem o levantamento de possíveis temas a serem abordados nas práticas educativas.

E as agentes de saúde, elas trazem a demanda, a gente pergunta pra elas o que a comunidade está precisando, a gente faz um diagnóstico da comunidade e a partir daí são montados os temas (entr. 2).

[...] na consulta a gente nota que como toda comunidade tem muita pessoa obesa, acima do peso, então a gente tentou começar um grupo de controle de peso. (entr. 14).

A mídia também é citada como fonte de temas possíveis de serem abordados, correlacionando-os ao perfil da população adscrita.

Tem a questão da dengue, vou falar da dengue, tem a questão da água, a gente sabe que aqui a gente tem problema de água, então, a gente acaba trazendo o assunto (entr. 16).

Observa-se, em ambos os casos, que o diagnóstico das necessidades da população é realizado a partir do ponto de vista das equipes.

Outros temas são escolhidos por estarem relacionados ao próprio PSF ou aos programas de saúde preconizados pelo MS, ou ainda às capacitações realizadas em educação permanente pelo gestor local.

Tá incluído no Programa de Saúde da Família a parte da alimentação saudável. E aí a gente colocou esse tema, esse ano na parte dos grupos de hipertenso de diabético (entr. 2).

Considerando que um grande percentual dos grupos é organizado de acordo com os recortes priorizados pelo MS, não é de se estranhar que os temas escolhidos sejam referentes a tais recortes.

Em 18 das UR, os temas são escolhidos procurando-se atender às demandas dos usuários. As sugestões de temas não costumam surgir espontaneamente, e sim quando há questionamento pela equipe. Os grupos que se reúnem periodicamente, como os de convivência, idosos e gestantes, são os que costumam sugerir temas.

[...] o que mais sugere é o grupo das gestantes (entr. 5).

Geralmente quem sugere os temas são os idosos, quando eu questiono no grupo (entr. 8).

[...] nós tínhamos aqui um grupo de senhoras que vinha pra fazer, mais um grupo de convivência, fazer artesanato. Então elas começaram a solicitar temas pra serem discutidos com elas (entr. 17).

Nota-se que os grupos citados, nesse caso, não são aqueles voltados a patologias, mas os que reúnem usuários que comparecem espontaneamente à atividade, ou seja, que participam em algum grau do seu planejamento. Mais do que isso, têm liberdade de comparecer ou não à atividade proposta. Talvez essa liberdade faça a diferença quanto à participação.

Para Freire (2006, p. 97), o diálogo começa no questionamento do educador a respeito do que vai dialogar com os educandos. Para o educador problematizador, o conteúdo programático é a “devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada”. Aponta que muitas falhas em planos de natureza docente são resultados de terem sido estruturados a partir da visão pessoal de seus realizadores.

Deve-se pensar, então, em instaurar ou melhorar o diálogo não só durante a realização das práticas educativas mas já na construção da escolha do que vai ser dialogado. As necessidades da população precisam deixar de ser sentidas pela equipe e passarem a ser manifestadas pelos usuários.

4.4.2 Os métodos utilizados

Esta subcategoria foi formada por 73 UR. Destas, 39 (53,4 %) demonstram a preocupação com a interação da equipe com os usuários, sob diversos aspectos.

Dois métodos predominam nas práticas educativas realizadas pelo grupo estudado. Em um deles, há uma exposição sucinta do tema proposto com abertura posterior para debate e perguntas dos usuários.

[...] a gente esquematiza a nossa atividade com primeiro uma atividade dinâmica de grupo pra gente interagir melhor, pra gente conhecer mais e para as pessoas ficarem mais soltas no grupo, a gente faz uma palestra e depois a gente deixa em aberto para que a população que está participando, ela também realmente participe, ela pergunte, ela tire suas dúvidas, a gente faz nesse esquema (entr. 18).

Outros realizam as práticas educativas a partir da colocação das dúvidas, por parte dos usuários, no início de cada atividade.

“[...] sempre antes de iniciar eu pergunto se tem alguma coisa que está incomodando eles, que eles querem trazer hoje para discutir, porque às vezes o que a gente quer falar não é o que eles querem ouvir” (entr.3).

Voltando ao fato de que grande parte dos grupos é organizada de acordo com os recortes programáticos do MS, pode-se deduzir que há uma tendência de que as dúvidas girem em torno de tais assuntos. Assim, a participação dos usuários acaba ficando restrita aos seus problemas de saúde. Porém, este método já constitui um modo menos tradicional de fazer a educação em saúde, com possibilidades de, através de reflexões e suporte teórico, encaminhar-se para uma prática educativa crítica.

A preocupação com a utilização de linguagem adequada à compreensão de pessoas leigas pode ser percebida, reforçando a procura pela interação com os usuários.

A gente procura trazer a informação da maneira mais fácil que eles possam compreender. Aí a gente levanta a discussão, procura sempre estimular pra que eles perguntem, pra que eles discutam, pra que eles contem experiências (entr. 1).

A educação tradicional, chamada por Paulo Freire de educação “bancária”, estabelece posições opostas entre os educadores e os educandos, que pode ser extrapolada para o relacionamento entre profissionais de saúde e usuários (FREIRE, 2006). Os primeiros, como detentores do saber, ensinam aos segundos, considerados como “depósitos” a cuidar da sua saúde. Embora a linguagem adequada seja percebida pelos enfermeiros entrevistados como um meio facilitador à compreensão das mensagens pelos usuários, deve-se considerar que esta é uma estratégia típica da educação tradicional, utilizada para que as mensagens sejam entendidas e atendidas. Outra estratégia é a motivação para a participação da população em atividades programadas pelos profissionais de saúde. Na concepção desses profissionais, porém, essas atividades serão benéficas à comunidade (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007).

A intenção dos enfermeiros ao utilizarem termos que sejam compreensíveis à população é a de aproximarem-se da população assistida. Porém, deve-se observar que em geral os assuntos abordados não são de interesse da população, que participa muito pouco da escolha dos mesmos. Assim, a linguagem utilizada acaba não funcionando como um fator que

aproxima a população dos usuários, mas simplesmente como um “modo de falar” e de informar que os coloca como incapazes de compreender termos técnicos e de terem um conhecimento próprio a respeito do assunto.

Há de se ressaltar também a distinção entre informar e educar. Enquanto informar é fornecer elementos que auxiliem o entendimento de uma situação ou que sirvam para dirimir dúvidas, educar é uma ação mais ampla e profunda, que implica na apropriação do conhecimento por parte do educando contextualizada pelo seu modo de viver e pela sua cultura (ACIOLI, DAVID, 2008). Como informar é a base da pedagogia tradicional e dos enfoques educativo e preventivo de educação em saúde, poder-se-ia julgar que sua utilização é predominante no cenário estudado.

Porém, os métodos utilizados evidenciam que a participação dos usuários é um ponto importante nas práticas educativas realizadas pelos enfermeiros que participaram do estudo. Conforme comentado acima, a abordagem a partir das dúvidas dos usuários demonstra um desejo de se seguir uma orientação menos tradicional, com uma aproximação ao enfoque da educação popular em saúde, já que se dá a partir da realidade da população.

Os usuários ficam, na grande maioria das vezes, aliados do processo de planejamento das práticas educativas. Tanto os temas quanto o cronograma são definidos pelas equipes em reuniões internas.

“[...] normalmente a gente planeja na reunião de equipe” (entr. 6).

Tanto os enfermeiros como os demais membros da equipe que trabalham no PSF devem atentar para o fato de que a participação da população atendida é um dos pontos que difere essa estratégia da assistência tradicional. Trabalhar com a população adscrita proporciona uma oportunidade de conhecimento e aproximação entre a equipe e os usuários e uma relação pautada pelo diálogo e respeito mútuos. As práticas educativas refletem esse relacionamento construído entre equipe e usuários. Novamente chama a atenção a necessidade da instauração do diálogo prévio à realização das práticas educativas, conforme comentado na análise da subcategoria anterior.

Somente 4 UR referem que as práticas educativas são realizadas a partir da utilização de materiais de apoio como impressos e cartazes, confirmando o achado na subcategoria 5.3.2, na qual a falta de material de apoio é citada como dificultadora das práticas educativas.

4.4.3 Os resultados percebidos pelos enfermeiros

Esta subcategoria possui 84 UR, representando 12% do total de UR e 38,7 % da categoria. Possibilita a análise daquilo que os enfermeiros entrevistados percebem como resultados das práticas educativas realizadas pelas equipes e se tais resultados são considerados satisfatórios. Evidencia também a aceitação das práticas educativas pela comunidade, importante nessa análise, já que pode demonstrar o alcance dos objetivos propostos por parte das equipes.

Diversos aspectos são considerados na percepção dos enfermeiros em relação aos resultados obtidos pelas equipes através das práticas educativas. A mudança de comportamento individual mostra-se importante, demonstrando que os resultados esperados ainda estão baseados no enfoque preventivo de educação em saúde. Esta mudança é traduzida pelos enfermeiros, principalmente no sentido da adesão ao tratamento de patologias.

Eu acho que é uma grande maneira de mudar os hábitos, de transformar as pessoas, de dar novo direcionamento na condição de saúde das pessoas (entr. 5).

Contribui porque já tive criança que eu vi a mãe tirar da subnutrição por conselhos relativamente simples (entr. 7).

[...] a gente tá vendo que todo mundo tá com a pressão controlada (entr.9).

As UR destacadas permitem perceber um sentido de doação de conhecimentos dos profissionais aos usuários, típico da educação “bancária”, que absolutiza a ignorância, que estaria sempre no outro (FREIRE, 2005). Assim, as orientações oferecidas pelo profissional de saúde seriam responsáveis pelas transformações na vida e saúde dos usuários, o que é típico do enfoque preventivo. Porém, embora limitados à dimensão biológica do processo saúde-doença, os resultados percebidos dizem respeito a melhorias efetivas de condições de saúde individuais, e não devem ser desprezados sob o risco da radicalização em favor do enfoque crítico da educação em saúde.

Mudanças na comunidade também são referidas como resultados das práticas educativas, observados ao longo do tempo de atuação. Nesse caso, os resultados são mais amplos, referindo-se não somente à melhoria da saúde, mas também às condições de vida.

[...] tanta coisa que já mudou e eu tenho certeza que foi por conta dessa insistência nossa de falar tais e tais assuntos com essa população. Então a gente já vê a mudança de vida de certas

peças da comunidade e até vários pontos da comunidade devido a essa palavra assim que sempre você tem pra levar pras pessoas com relação à prevenção, à promoção da saúde eu acho que isso é muito importante (entr. 21).

A prevenção de doenças também é percebida como um resultado das práticas educativas, estando de acordo com o que a Declaração de Alma-Ata (1978) incluiu nos cuidados primários de saúde, ou seja, “educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle”.

[...] eu acho que acrescenta e muito e evita muitas doenças, os problemas, eu acho que é primordial. Você tem muito mais resultado com a orientação, prevenindo, do que você só tratando com os medicamentos somente (entr. 8).

É necessário ter em mente que a ênfase na prevenção das doenças, quando baseada no enfoque preventivo, pode levar à culpabilização dos usuários pelo seu estado de saúde, por restringir o processo saúde-doença à sua dimensão biológica e desconsiderar a contribuição de outros fatores como o social e o econômico nesse processo. Essa culpabilização já não é evidenciada quando há priorização do dialógico em uma construção compartilhada de conhecimentos (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001), que também pode trazer resultados desejáveis no sentido da prevenção de doenças.

Os enfermeiros percebem que ainda há dificuldades de aceitação, pelas comunidades, das atividades preventivas, já que a população procura pelos serviços de saúde primordialmente para resolver seus problemas em relação às doenças. A participação nas atividades educativas não abrange, devido à falta de interesse, uma parcela significativa da população. Porém, o grau de participação dos usuários que comparecem às atividades é avaliado como muito bom pela maioria dos enfermeiros entrevistados.

Mesmo porque a comunidade, ela está acostumada, ela entende que a saúde está aqui pra vir resolver o problema da doença dela. Da doença. Então ela não consegue entender bem essa coisa de vir aqui, participar de uma palestra, não consegue (entr. 16).

Os poucos que vêm são muito interessados (entr. 18).

O modelo de assistência à saúde baseado na cura das doenças está arraigado também entre os usuários dos serviços e, como é historicamente construído, não se modifica rapidamente. A concepção de saúde-doença predominante nesse caso é a de que tem saúde

quem não tem doença. Apesar de inscrita na nossa Constituição, a concepção ampla de saúde precisa ser construída no dia-a-dia dos profissionais e da população. O enfoque da educação popular e saúde pode contribuir para essa construção.

Outro ponto a ser considerado é que esta falta de interesse por parte da população pode estar indicando um movimento de resistência ao poder dos profissionais de saúde. Sabóia (2003) salienta que o entendimento dessas resistências por parte dos enfermeiros propicia o resgate da individualidade e abre maiores possibilidades para a construção de uma prática educativa que valorize os conhecimentos da população.

A independência e a conscientização das pessoas também são notadas como um resultado alcançado através das práticas educativas. Tal achado pode demonstrar que o favorecimento à inclusão dos usuários nas decisões sobre a sua saúde é um caminho trilhado pelos profissionais no cenário estudado, embora a independência e a conscientização ainda sejam avaliadas a partir da visão do profissional.

Quando eles aceitam, você vê as pessoas ficando mais independentes, cuidando melhor de si, é muito legal, eu acho gratificante (entr. 17).

[...] com as idosas também, porque eu melhorei muito da condição de vida delas, de autonomia, de independência, de estar se colocando (entr. 19).

[...] conseguem ficar mais conscientes e agir de uma forma correta quando podem (entr. 8).

4.5 Sentimentos e percepções dos enfermeiros

Finalizando, essa última categoria possibilita a análise de como o trabalho educativo é percebido pelos enfermeiros entrevistados, dimensionando seu valor na prática diária. Formada por 72 UR, representando, em termos percentuais em relação ao total, 10,3%.

Os enfermeiros afirmam gostar e acreditar no trabalho educativo em saúde, conferindo ao mesmo *status* de importância dentro do seu cotidiano.

Eu acho essa prática muito importante (entr. 10).

Eu gosto muito de trabalhar nessa área de dar palestra, fazer reuniões, eu me dedico ao máximo (entr. 5)

As práticas educativas são percebidas como integrantes tanto do trabalho do enfermeiro como do trabalho no PSF, estando de acordo com a finalidade inicial da profissão no Brasil e com uma percepção ampliada dos objetivos da estratégia de Saúde da Família.

O enfermeiro é mais a parte educativa, mais abordagem, mais mudança de comportamento (entr. 6).

[...] acho que é indiscutível o papel da educação dentro, principalmente da estratégia, do Programa de Saúde da Família (entr. 11).

Os enfermeiros entrevistados percebem também que as práticas educativas proporcionam a oportunidade de melhoria ao seu desempenho profissional, por possibilitarem a atualização dos conhecimentos, necessária à sua execução.

“[...] eu acredito que acrescenta prá mim porque tem coisas que eu preciso chegar em casa antes e dar uma olhadinha” (entr. 14).

A gratificação pessoal também foi expressada como um ganho importante proporcionado pelas práticas educativas.

[...] eu acho que isso é gratificante, sabe, você ter um retorno, ver que você atendeu, que você satisfaz a comunidade de alguma maneira, é legal (entr. 3).

A constatação desses sentimentos de satisfação e gratificação leva a acreditar na continuidade da realização das práticas educativas por parte dos enfermeiros estudados.

Eles expressam ainda alguma insegurança para a realização das práticas educativas e frustração por não conseguirem uma mobilização mais efetiva.

[...] mas acho que eu não tenho, não tive formação para isso, pra trabalhar com grupo, então eu fico um pouco, assim, achando que eu estou errando, achando que eu não estou fazendo corretamente, eu não sei eu não sinto ainda firmeza, eu mesma (entr. 16).

Agora, eu percebo que eu devo ter alguma limitação porque as pessoas, eu não sei, essa dificuldade que existe da população em aceitar, eu fico achando que a limitação é minha, de estimular, de chamar para participar, talvez eu não saiba passar o conteúdo, enfim eu acho que eu tenho que melhorar nesse ponto (entr. 17).

Nessas falas, são manifestadas as carências em termos de formação profissional a respeito da educação em saúde. Para Villa (2006), os profissionais de saúde demonstram preocupação no modo de desenvolvimento das práticas educativas, reconhecendo que o enfoque tradicional não é suficiente para atingir o objetivo de educar. Entretanto acabam reproduzindo os métodos pelos quais foram formados, tendo dificuldades em renovar as suas práticas, sendo que, para isso, além do conhecimento teórico, são necessários tempo e experiência. Entende-se que as manifestações de insegurança, porém, indicam a esperança de mudanças, proporcionando a possibilidade de se refletir a partir delas, numa abordagem problematizadora. A formação de recursos humanos para a saúde sob a ótica da educação popular, seja no ensino formal ou na educação permanente, como recomenda Vasconcelos (2001), e conforme já discutido anteriormente, pode orientar uma prática educativa que dê um melhor suporte e satisfação aos profissionais, estimulando a reflexão sobre o que se deseja e o que é possível atingir com as práticas educativas na saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros do cenário estudado realizam práticas educativas no seu cotidiano, na maioria das vezes utilizando grupos. Tais atividades são organizadas obedecendo tanto às recomendações do Ministério da Saúde quanto às propostas das equipes, feitas a partir da percepção das necessidades locais. No entanto, observa-se a utilização do termo “grupos” de forma a abranger tipos de atividades com finalidades diferentes. Assim, esse termo, para os sujeitos participantes do estudo, tem o significado tanto de grupos educativos quanto de grupos terapêuticos, tendo esses últimos, então, conotação educativa.

As práticas educativas permeiam também os atendimentos individuais. Para os enfermeiros que participaram do estudo, a consulta de enfermagem possui um caráter fundamentalmente educativo, sendo, por esse motivo, desnecessária a citação das práticas educativas quando da sua realização, justificando, assim, a pequena quantidade de citações a respeito das mesmas.

Há uma lacuna quanto à possibilidade de realização de práticas educativas durante as visitas domiciliares, já que essas foram pouco citadas nas entrevistas. Tal fato pode estar relacionado tanto à falta de percepção da visita domiciliar como um espaço para o exercício de tais práticas, quanto ao processo educativo já estar inserido nas mesmas de forma cristalizada, semelhante ao percebido em relação aos atendimentos individuais. Para o cenário estudado, julga-se esta última hipótese como a mais provável, devido à presença de inúmeras práticas educativas no dia-a-dia das equipes.

O trabalho em equipe é comumente adotado em relação à realização de práticas educativas, sendo que os profissionais de nível superior ficam responsáveis pela condução das atividades, ou seja, pela abordagem dos conteúdos. Predomina a coordenação também por tais profissionais, caracterizando o relacionamento interdisciplinar. Os profissionais de nível médio ficam encarregados de atividades técnicas e administrativas, como, por exemplo, a verificação de pressão arterial e glicemia capilar e a dispensação de medicamentos. Os ACS participam realizando a divulgação e a recepção dos usuários quando da realização das atividades.

O trabalho em equipe baseado na transdisciplinaridade deve ser priorizado pelas equipes do PSF, por se tratar de um relacionamento baseado na horizontalidade, sem evidenciar o saber técnico de um dos profissionais em detrimento do saber dos demais. Este relacionamento possibilita a visão multifacetada da realidade, favorecendo a abordagem integral nas práticas educativas. Para que isso aconteça, é necessária a instrumentalização dos

profissionais de nível médio, tanto com formação pedagógica como com a discussão da sua participação nas mesmas, colocando em relevo a sua capacidade de condução do processo educativo. Legalmente o enfermeiro é o profissional responsável pela condução dessa instrumentalização por incumbir-lhe a supervisão, coordenação e a realização de atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem. Resta, então, que o próprio enfermeiro esteja capacitado para tal atribuição e que reconheça a capacidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem e dos ACS de conduzirem práticas educativas. Duas iniciativas nesse sentido, que são evidenciadas pela presente pesquisa, preocupam-se em capacitar os ACS para a educação em saúde. Não incluem os auxiliares e técnicos de enfermagem, reforçando a falta de inserção dos mesmos nas práticas educativas, até mesmo no momento de capacitação. No entanto, essas iniciativas podem ser acompanhadas por estudos que proporcionem a democratização das experiências obtidas.

As práticas educativas muitas das vezes não encontram condições favoráveis à sua realização. Não existem locais apropriados, restringindo o trabalho educativo de diversas maneiras. O tamanho dos cômodos utilizados, geralmente pequenos, limita o número de usuários alcançados pelas atividades, que não pode ultrapassar a capacidade do espaço físico disponível. Além disso, na sala de espera, que é bastante utilizada, há a movimentação de outros usuários, dificultando a espontaneidade e a concentração dos grupos. Outra restrição imposta pela inadequação dos locais é a impossibilidade de abordar assuntos íntimos e pessoais durante as atividades. Isso se dá, além do exposto acima em relação às salas de espera, em espaços cedidos por instituições religiosas, que não permitem a abordagem sobre alguns assuntos que sejam contrários à sua filosofia. Porém, a falta e a inadequação dos locais não são vistas como impedimentos à realização de práticas educativas, já que apesar delas os enfermeiros continuam a incluí-las na sua prática diária.

Pode-se observar aí uma incoerência entre a estruturação física das unidades de saúde, cujos espaços são destinados prioritariamente ao atendimento tradicional — consultório médico e de enfermagem, sala de curativos, de imunizações e recepção — e a proposta do PSF, que inclui, entre outras, as práticas educativas. Embora as parcerias com instituições comunitárias sejam desejáveis, não devem constituir restrições às práticas educativas dirigidas à população, sendo, então, importante a disponibilização de espaço físico no interior das unidades de saúde, conforme recomendação normativa do Ministério da Saúde, que, aliás, deveria fiscalizar a adequação da estrutura física das unidades de PSF.

Além do espaço físico inadequado ou ausente, outra das condições que afetam a realização das práticas educativas é a falta de apoio da administração central, traduzida pelos

entrevistados como falta de material audiovisual, falta de incentivo e investimento por parte do gestor. A efetiva realização de atividades nos postos de saúde, pelo que foi detectado nesta análise, é fruto de vontade e esforço pessoais dos membros da equipe. As más condições referidas, apesar de não impedirem a realização de práticas educativas, talvez estejam comprometendo sua qualidade e efetividade, fato que pode ser objeto de estudo.

O volume de trabalho do enfermeiro no PSF foi outro fator citado para que as práticas educativas sejam incorporadas de forma parcial à sua rotina de trabalho. O tempo gasto com tarefas administrativas, com a supervisão dos ACS e auxiliares e técnicos de enfermagem e ainda com as consultas de enfermagem faz com que sobre pouco tempo para tais atividades. Apesar disso, os enfermeiros entrevistados afirmam que gostam de realizar práticas educativas e que este é um trabalho intrínseco à função do enfermeiro e essencial para que a proposta do PSF obtenha êxito. Então, é evidenciado o dilema entre o “gostar de fazer” e o “não ter tempo para fazer” que deve ser discutido e analisado tanto pelo grupo estudado assim como por outros que passem pelo mesmo problema. Dessa discussão, pode emergir um posicionamento do enfermeiro em favor da educação em saúde como uma atribuição profissional, e também como instrumento de promoção da saúde. Assim, além de delimitar um campo de atuação, o enfermeiro afastar-se-ia de armadilhas geradas pelos protocolos e programas, que quando mal empregados, restringem a atuação dos enfermeiros aos consultórios, solicitando exames e prescrevendo medicamentos preconizados. Não que essas ações sejam pouco importantes no contexto da saúde pública brasileira, mas a atuação do enfermeiro não pode restringir-se a elas. A população também encurrala o enfermeiro nos consultórios, pois sua concepção de saúde ainda está ligada à cura e tratamento das doenças e não ao conceito ampliado de saúde inscrito na Constituição de 1988. Cabe aos profissionais a mudança de atitude e a discussão com a população a respeito do que é a saúde, através de processos educativos para que se logre uma conscientização a respeito do tema. Talvez também se faça necessária a reflexão por parte dos profissionais sobre as suas concepções a respeito do processo saúde-doença e, conseqüentemente, de educação em saúde. Se tais concepções continuarem a ser baseadas exclusivamente no modelo biologicista, é bem provável que o enfoque utilizado seja predominantemente o preventivo que, como visto na análise dos dados do presente estudo, traz algum resultado no que diz respeito às condições de saúde, mas é insuficiente para uma prática dialógica com a comunidade.

A grande maioria dos enfermeiros entrevistados teve formação para o exercício pedagógico nos cursos de graduação ou pós-graduação, com experiências bastante variadas em termos do seu aproveitamento. A atividade de educação permanente, que poderia

homogeneizar e complementar tais experiências, não vem abordando adequadamente o tema, no cenário estudado, ou vem abordando de maneira insuficiente em termos de instrumentalização para a prática diária. A necessidade de embasamento teórico manifestada dá a direção a ser seguida pelos formuladores de programas de educação permanente. Ressalta-se a importância da agregação de outras áreas do saber, como a da educação e a psicologia, em um trabalho transdisciplinar para suprir essas necessidades, o que é reforçado pelo fato de alguns profissionais que têm formação ou experiência docente julgarem-nas importantes para a prática educativa na saúde. Experiências práticas exitosas também devem ser democratizadas e discutidas, contribuindo para a reflexão das equipes. A abordagem a partir da educação popular deve ser considerada como método a ser incorporado nas atividades de educação permanente.

Embora os enfoques de educação em saúde praticados pelo grupo estudado não sejam referidos nominalmente, provavelmente pelo desconhecimento da tipologia proposta como referencial teórico deste estudo, o conjunto das falas permite percebê-los. Ressalta-se a presença de múltiplos enfoques. O enfoque preventivo é bastante utilizado, como deixa transparecer a preocupação pela mudança de comportamento como resultado alcançado pelas práticas educativas. O enfoque educativo também tem presença entre o grupo estudado, já que há a preocupação de disseminar informações que possibilitem a escolha por parte dos usuários. A abordagem a partir das colocações dos usuários demonstra uma aproximação ainda não sistematizada ao enfoque da educação popular e saúde, embora a organização dos grupos, geralmente segundo patologias ou faixas etárias específicas, acabe direcionando as dúvidas para tais assuntos. Independentemente do método utilizado, destaca-se o fato de que os enfermeiros percebem resultados positivos das suas práticas educativas, o que incentiva a continuidade dessas ações e a reflexão a respeito do tema.

Algumas recomendações podem ser feitas a partir deste estudo. Os processos de formação e capacitação dos enfermeiros a respeito dos enfoques em educação em saúde, sem dúvida, auxiliarão bastante no desenvolvimento de práticas educativas, tanto no cenário estudado como em outros que tenham estas práticas na sua vivência diária. Para tal, devem ser envolvidos outros profissionais, principalmente da área da educação. A formação de caráter permanente deve dar embasamento teórico sem deixar de lado os contextos nos quais acontecerão as práticas educativas, ou seja, deve haver uma troca de saberes e complementação de olhares, em um trabalho transdisciplinar, que dê respaldo às práticas diárias dos PSF. Como na tipologia utilizada como referencial teórico deste estudo, a

abordagem da educação popular em saúde pode ser utilizada também na formação e capacitação de profissionais de saúde.

Outra recomendação diz respeito à transdisciplinaridade, que deve ser buscada pelas equipes. Um caminho promissor parece ser a inclusão dos profissionais de nível médio das ESF, que, como demonstra o presente estudo, estão participando indiretamente das práticas educativas.

A superação da contradição entre o gostar de executar práticas educativas e não ter tempo para dedicar-se a elas deve ser uma meta a ser atingida. A priorização da educação em saúde pelo enfermeiro pode contribuir para a modificação do perfil de saúde das comunidades assistidas pelas ESF, promovendo saúde, cidadania e paz. Além disso, essa atitude firma o papel do enfermeiro como educador na equipe, não obstante a sua prática clínica.

A luta por espaços físicos adequados para o desenvolvimento das práticas educativas é essencial para que estas sejam executadas de modo eficiente, aproximando comunidade e equipe e favorecendo a troca de informações e saberes.

Como desdobramento do presente estudo, fica a sugestão da realização de pesquisas a respeito de técnicas para a abordagem a grupos educativos, por profissionais da área da saúde, especialmente por enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem de saúde pública. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 21-26, jan/mar 2006.

ACIOLI, S.; DAVID, H. M. S. L. A educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva. In: SANTOS, I.; DAVID, H. M. S. L.; SILVA, D.; TAVARES, C. M. M. **Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 3-8.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 39-53, set. 2004/fev. 2005.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em : 17 Jul 2007. Pré-publicação.

ASSIS, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. **Revista UERJ, IMS**, Rio de Janeiro, n. 169, p. 4- 26. 1998.

BARROS, A. L. S.; HERINGER, A.; FERREIRA, V. A. **Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família: participação e integralidade na atenção à saúde**. 2005. 75 f. Monografia (Graduação em enfermagem)—Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2005.

BORDENAVE, J. D. **Alguns fatores pedagógicos: textos de apoio da capacitação pedagógica**. Opas. 1983. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textosapoio/pub04U2T5.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2007.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2009.

BRASIL, Lei nº 7498 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providencias. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, v. 106, p. 9273-5, set. 1986.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em <www.senado.gov.br/bdttextual/const88/Con1988br.pdf> Acesso: em 16 jun.07.

BRASIL, Ministério da Educação. A tradição pedagógica brasileira. In: **Parâmetros curriculares nacionais**, Brasília, DF, 1997. p.30-33.

_____. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília, DF, 1998.

_____. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família: a implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília, DF, 2000a. (Cadernos de Atenção Básica, 1).

_____. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília, DF, 2000b.

_____. **Manual de procedimentos para vacinação.** Brasília, DF, 2001a.

_____. **Programa Saúde da Família.** Brasília, DF, 2001b.

_____. Instituto Nacional do Câncer-INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e tratamento do fumante.** Brasília, DF, 2001c.

_____. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico.** Brasília, DF, 2002a.

_____. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília, DF, 2002b.

_____. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília, DF, 2002c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, DF, 2006b. (Série Pactos pela saúde, 4).

_____. **Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007.** Brasília, DF, 2007a.

_____. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília, DF, 2007b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde/ saúde da família.** 2 ed. Brasília, DF, 2008. (Série A: Normas e manuais técnicos).

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, 1996.

Disponível em:

<http://scielo.br.php?script=sci_artext&pid=S0102-311X19960001000027Ing=es&nrm=iso.>

Acesso em: 03 set; 2006.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface- comunicação, saúde e educação.**, Botucatu, v. 5, n. 9, 2001. p. 133-142.

CARDOSO DE MELO, J. A. Educação sanitária: uma visão crítica. In: Pino, I. R. (Coord.). **Cadernos do Cedes (Centro de Estudos Educação e Sociedade)** n° 4- Educação e Saúde. São Paulo: Cortez- Cedes- Autores associados, p. 28-43, 1987.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

CERVO, M. C.; RAMOS, H. A. C. Conhecimento do Enfermeiro sobre sua atuação em Saneamento Básico no Programa de Saúde da Família (PSF) em Guarapuava-PR. **Revista Espaço para a Saúde** (on line), v.7, n.2, p.17-23, 2006. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n2/Conhecimento_do_Enfermeiro.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. 1978, Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata**. URSS: 1978. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=199>. Acesso em: 20 nov. 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1986. 429 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). Resolução 272, de 27 de agosto de 2002. **Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde**. Rio de Janeiro: COFEN, 2002. Disponível em: <<http://www.portalfcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>>. Acesso em: 20 dez.2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. 213 p.

GAZZINELLI, M. F. et al. Health education: knowledge, social representation and illness. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2005.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&Ing=es&nrm=iso>.

Acesso em: 03 Set. 2006.

GUIMARÃES, F. P. M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de *diabetes mellitus* tipo 2. **Revista de Nutrição**. [periódico na internet], v.15, n.1, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttest&pid=S0102-311X2002000600038&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2007.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 223 p.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: reflexão e crítica**. v. 16, n.3, p.483-490. 2003.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde coletiva**. [periódico na internet]. v. 12, n.2, p. 335-342, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 jul 2007.

MARCHIONATTI, C. R. E.; DIAS, I. M. A. V.; SANTOS, R. S. A produção científica sobre vacinação na literatura brasileira de enfermagem no período de 1973 a 1999. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269p.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

MOURA, E. R. F.; SOUZA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família?. **Cadernos de Saúde Pública**. (periódico na internet) v.18. n. 6, p. 1809-1811, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttest&pid=S0102-311X2002000600038&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2007.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. Belo Horizonte: Aben, 2008/2009. 232 p.

OLIVEIRA, D. C. O. **Análise de conteúdo temática: uma proposta de operacionalização**. 2002. Texto didático e Instrumentos, Mimeo.

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção de saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [periódico na internet]. v. 13, n.3, p. 423-431, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2007.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.) **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 568.

PAPOULA, S. R. **O trabalho intersetorial das equipes de saúde da família, no município de Petrópolis- RJ: fatores restritivos e facilitadores**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

PELICIONI, M. C. F; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n.3, p. 320-328, jul/set 2007.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. F.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/ Representação no Brasil, 2000. p. 45-50.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

SABÓIA, V. M. **Educação em Saúde**: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto, 2003.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina. v. 33, n. 3, p.31-40, 2004.

SCHNEIDER, A. M. **Módulo: Saúde Coletiva e Políticas de Saúde**. Curso de Especialização em Saúde da Família. Rio de Janeiro: Consórcio PSF-Rio, 2002. mimeo.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T.; LOSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família-PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 8, n.1, p. 70-74, 2006. Disponível em <http://fen.ufg.br/revista/revista8_1_original_09.htm>. Acesso em: 16 jul. 2007.

SILVA, M. A. et al. Enfermeiro & Grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 143-149, mai/ago. 2006.

SILVA, A. L. A. C. et al. Atividades Grupais em Saúde Coletiva: características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, n.11, p. 18-24. 2003.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em Saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A Saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de Educação Popular e Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001. p. 115-136.

SOUZA, M. H. N.; MOTTA, M. C. S.; SOLYMOS, G. M. B. Atenção à criança desnutrida na comunidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. n.6 2002. supl.1.

SOUZA, W. G. A. Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto familiar. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. [periódico na internet]. v. 35, n.4, p. 56-63, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/>>. Acesso em: 18 jul. 2007.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde- trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.8, n.1, jan.-jun. 2005. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n1/EducacaoPopular.pdf> >. Acesso em: 08 out. 2008.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. Educação popular em saúde. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. (Org.) **Educação em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 35-70.

REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: ED. UFMG, 2006. p. 19-24.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 170 p.

TONES, B. R. Educación para la salud: prevención o subversión?. **Quadern CAPS: tendencias actuales em educación sanitária**, Barcelona, n.8, 1987. p. 27-37.

TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [periódico na internet]. v.15, n.1: p.142-149, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0104-11692007000100021&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jul. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: _____(org). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-19.

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. (org.) **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000. p. 113-133.

VILLA, E. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: GAZZINELLI, M.F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: ED. UFMG, 2006. P.19-24.

APÊNDICE A— Roteiro de entrevista

- 1- Identificação do entrevistado: nome, idade, tempo de formado, tempo de trabalho como enfermeiro, tempo de trabalho no PSF e posto no qual trabalha atualmente.
- 2- Eixo 1- identificação das práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros:
 - a. Fale das práticas educativas que são realizadas neste PSF.
 - b. Identifique as atividades educativas realizadas por você.
- 3- Eixo 2- relação das práticas do enfermeiro com os outros membros da equipe:
 - a. Identifique outros membros da equipe que realizam atividades educativas.
 - b. Há atividades realizadas por mais de um membro da equipe?
 - c. Caso sejam identificadas práticas em grupo, identificar o(s) profissional (is) que costuma (m) coordená-las e a inserção dos demais em tais atividades.
- 4- Eixo 3- identificação das abordagens pedagógicas e do contexto na qual ocorrem as atividades educativas:
 - a. Fale sobre o planejamento dessas atividades (participação de toda a equipe, dos usuários, como são escolhidos os temas).
 - b. Discorra sobre o modo como você aborda os conteúdos (identificar abordagens pedagógicas).
 - c. Onde são realizadas as atividades? (se há local disponível dentro do posto, se há interferência na escolha do conteúdo devido ao local de realização das atividades)
 - d. Fale sobre sua experiência com essas atividades educativas (se gosta, se faz por obrigação, se acha que acrescenta algo a sua prática e se contribui para a melhoria da saúde da comunidade assistida, se as condições são favoráveis à realização dessas atividades).
 - e. Teve alguma experiência que o ajude na condução das atividades educativas? (durante a formação acadêmica, em educação permanente, em outros cursos).

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você foi selecionado (a) a participar da pesquisa intitulada “Abordagens de educação em saúde no PSF: relação entre os enfermeiros e a equipe de saúde” que tem como objetivos:

- 1- Identificar as práticas educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, no Programa de Saúde da Família.
- 2- Identificar e caracterizar as práticas educativas desenvolvidas em conjunto com a equipe de saúde.
- 3- Analisar as práticas educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, a abordagem pedagógica com as quais se relacionam e o contexto em que ocorrem.

As suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, seu nome será mantido em sigilo através do uso de siglas. As informações prestadas serão utilizadas apenas nesta pesquisa e a divulgação dos resultados ocorrerá em eventos ou publicações científicas.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, quer dizer, você tem o direito de não participar, de não responder qualquer pergunta ou de se retirar do estudo a qualquer momento, sem que isso represente qualquer prejuízo quanto a sua relação com a Fundação Municipal de Saúde de Petrópolis.

A pesquisa será conduzida pelas técnicas de entrevista semi-estruturada e observação estruturada e sua participação consistirá em responder a entrevista e a permitir a observação da realização de uma atividade educativa no seu local de trabalho.

Sua participação não inclui qualquer custo de compensação financeira.

Você receberá uma cópia deste termo, que contém números de telefone, e-mail e endereço da pesquisadora, com quem poderá, há qualquer momento, esclarecer suas dúvidas a respeito do projeto ou da sua participação.

Petrópolis, de de 2008.

Nome _____ do
estrevistado: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Leila Schmidt Bechtluft

Assinatura: _____

Rua Washington Luís, 911^A Centro- Petrópolis- RJ

Tel. Res. 2242-8865 e-mail: leila.s.b@hotmail.com

APÊNDICE C – Caracterização dos sujeitos

Enfermeiro	Sexo	Idade	Tempo formado	Tempo trabalho como enfermeiro	Tempo de trabalho no PSF
Entr. 1	Fem.	47	20		09
Entr. 2	Fem	29	05	05	03
Entr. 3	Fem.		05	05	01 mês
Entr. 4	Fem.	42	19	19	09 meses
Entr. 5	Masc.	44	20	20	08
Entr. 6	Masc.	42	20		05
Entr. 7	Masc.				
Entr. 8	Fem.	38	18	17	05
Entr. 9	Fem.	49	25	25	10
Entr. 10	Fem.	43	18	17	06
Entr. 11	Fem.	42	21	21	08
Entr. 12	Fem.	45	24	24	10
Entr. 13	Fem.	41	15	15	04
Entr. 14	Fem.				
Entr. 15	Fem.	62	31	30	04
Entr. 16	Fem.	47	22	22	01
Entr. 17	Fem.	46	25	25	08
Entr. 18	Fem.	39	17	15	07
Entr. 19	Fem.	37	15	11	08
Entr. 20	Fem.	28	05	05	04
Entr. 21	Fem.	44	21	21	10

APÊNDICE D – Quadro demonstrativo da construção dos temas

Temas	Nº de UR	% de UR
A- Espaços utilizados para a educação em saúde	87	12,4
B- Formas de realização das práticas educativas	98	14,0
C- Abordagens utilizadas	73	10,4
D- Condições de realização das práticas educativas	38	5,4
E- Formação profissional voltada para a educação em saúde	71	10,2
F- Escolha dos assuntos abordados nas práticas educativas	60	8,5
G- Sentimentos e percepções dos enfermeiros a respeito da educação em saúde no seu cotidiano	72	10,3
H- O trabalho em equipe	118	16,8
I- Resultados e aceitação da comunidade na percepção dos enfermeiros	84	12,0
Total	701	100,0

APÊNDICE E – Quadro demonstrativo da construção de categorias e subcategorias

Temas	Categorias e subcategorias	Nº de UR	% de UR
B	As práticas educativas em saúde	98	14,0
H	O trabalho em equipe	118	16,8
A,E, D	O contexto das práticas educativas - Os espaços utilizados - As condições de realização - A formação profissional	196	28,0
C, F, I	As abordagens utilizadas - A escolha dos assuntos - Os métodos utilizados - Os resultados percebidos pelos enfermeiros	217	30,9
G	Sentimentos e percepções dos enfermeiros	72	10,3
	Total	701	100,0

ANEXO — Aprovação do comitê de ética em pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 12 de março de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof^a. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Leila Schmidt Bechtluft
Orient. Prof^a. Sonia Acioli de Oliveira

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (1968-CEP/HUPE) "ABORDAGENS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PSF: RELAÇÃO ENTRE OS ENFERMEIROS E A EQUIPE DE SAÚDE" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Prof^a. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE / UERJ

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)