

**Universidade Federal do Espírito Santo
Centro de Ciências Humanas e Sociais
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Doutorado Interinstitucional
Universidade Federal do Vale do São Francisco
UFES / CCHS / PPGP / DINTER / UNIVASF**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
limites e possibilidades das relações dialógicas
entre enfermeiros e usuários.**

LUCIANA DANTAS FARIAS DE ANDRADE

**Vitória (ES),
2012**

LUCIANA DANTAS FARIAS DE ANDRADE

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
limites e possibilidades das relações dialógicas
entre enfermeiros e usuários**

Tese de doutorado apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, modalidade Doutorado Interinstitucional - DINTER, do Centro de Ciências Humanas e Sociais - CCHS da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, em convênio com a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ângela Nobre de Andrade.

Linha de Pesquisa: Psicologia Social e Saúde

UFES / CCHS / PPGP / DINTER / UNIVASF

Vitória (ES), Julho de 2012.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

A553s Andrade, Luciana Dantas Farias de, 1981-
Educação em saúde na atenção primária: limites e possibilidades das relações dialógicas entre enfermeiros e usuários / Luciana Dantas Farias de Andrade. – 2012.
157 f. : il.

Orientadora: Ângela Nobre de Andrade.
Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Psicologia. 2. Enfermagem. 3. Diálogo. 4. Educação popular. I. Andrade, Angela Nobre de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: limites e possibilidades das relações dialógicas entre enfermeiros e usuários

LUCIANA DANTAS FARIAS DE ANDRADE

Tese de doutorado apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, modalidade Doutorado Interinstitucional - DINTER, do Centro de Ciências Humanas e Sociais - CCHS da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, em convênio com a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ângela Nobre de Andrade – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES) - Presidente;

Profa. Dra. Sheilla Diniz Silveira Bicudo – Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário São Camilo – Faculdade Brasileira (UNIVIX) - Membro Examinador Externo.

Prof. Dr. Cesar Cavalcanti da Silva - Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba (MDS/CCEN/UFPB) - Membro Examinador Externo

Profa. Dra. Maria Cristina Smith Menandro - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES) – Membro Examinador Interno;

Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES) – Membro Examinador Interno.

*“A humildade exprime uma das
raras certezas de que estou
certo: a de
que ninguém é superior a
ninguém.”*

Paulo Freire (1921 – 1997).

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às minhas maiores fontes de inspiração:

Vovô Nilo (*in memoriam*) e Vovó
Evanisa (*in memoriam*), cujas
ausências me fizeram
abandonar tudo o que havia
construído para recomeçar...

Vovô Demétrio e Vovó
Bernadete, cujas presenças
sempre me ensinaram um jeito
novo de enfrentar a vida.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos...

À força superior, denominada “DEUS”, que esteve comigo em todos os momentos potencializadores e limitadores desta trajetória acadêmica.

Ao amado filho, Isaac Farias de Andrade, fonte de equilíbrio e descontração a quem devo mais uma razão para minha existência.

Ao amado marido, companheiro e amigo, Joalysson Silva de Andrade, que esteve sempre presente em todos os meus desejos, sonhos, frustrações e conquistas, carinho e apoio em todas as circunstâncias.

Aos amados pais José Edmar Leal Farias e Nilza Maria Dantas Farias, porto seguro essencial para a concretização deste estudo, que sempre apoiaram meus anseios acadêmicos como oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

Aos meus irmãos Marianne Dantas e Natanael Dantas, pelos momentos felizes, tristes, de partilha e crescimento que vivemos juntos durante toda nossa vida.

Aos primos Evanisa Trigueiro, Edson, Gabriel, Miguel, Nilo Trigueiro, Djane, Luciano Ítalo, Renato Cesar, Nydiane, Mônica, por compartilharmos momentos inesquecíveis de felicidade.

Aos primos Segundo, Michela, Gustavo, Lívia, Vanessa, Camila, Bruno, Vinicius, Aline, Ana Paula, Danilo, Aldrin, Dani, Glauber, Yuri, Suzy, Yrismar, Márcio, pelos momentos descontraídos que passamos juntos.

À amiga Maria Selma dos Santos, pelos cuidados prestados à minha avó Evanisa Dantas (*in memoriam*), aos meus pais e à minha família.

À Rita, Solange, Nathânia e Junior, por compartilharmos momentos tão felizes durante nossa convivência.

À querida tia Olivia, ao tio Rossini, a Hugo e Igor, pelo acolhimento e disponibilidade durante todo período passado em Vitória.

Aos queridos tios Deusdália, Laíse, Lucinha, Luizinho, Nildo, Nilvan, Cláudia, João, Bel, Moreira, Didi, Carlos, Leda, Alberto Jorge, Patrícia, Madrinha Lourdes, Yran, Natívia, Buba, Gilma, Beto, Sinha, por sempre demonstrarem carinho, apoio e segurança.

Às amigas construídas em Petrolina: Toinho, Celma, Tialisson, Tiego, Alacoque, Olegário e demais membros da família “Peixinho” pelo acolhimento, segurança, alegria e apoio em todos os momentos em que estivemos juntos.

Aos pais de Joalysson, Sr. João Alves e Sra. Neralúcia Andrade, por ser tratada com tanto carinho e respeito, sempre recebendo apoio em todos os momentos decisivos de nossa trajetória conjugal, além de Joanery, Klícia, Vinícius e Junior, pela amizade construída em nossa convivência.

À Profa. Dra. Ângela Nobre de Andrade, pelo acolhimento, confiança, competência, troca de experiências e conhecimentos. Enfim, por passarmos “bons encontros” durante a construção e concretização da tese.

Ao Prof. Dr. Cesar Cavalcanti da Silva, por mostrar vários caminhos viáveis para minha carreira profissional, pela paciência em ensinar a árdua e gratificante carreira docente e de pesquisador, por acreditar em mim e, acima de tudo, mostrar-se sempre disponível em todos os momentos em que solicitei ajuda.

À Profa. Dra. Maria Cristina Smith Menandro, Profa. Luziane Zaché Avellar, Profa. Dra. Sheilla Bicudo e Profa. Dra. Heloísa Szymanski, pelas considerações valiosas ao enriquecimento do trabalho.

À profa. Sônia Enumo, pela sabedoria, criatividade, competência e pelo discernimento em entender as necessidades de seus alunos, viabilizando propostas frutíferas e resolutivas.

Aos professores do programa, Prof. Paulo Menandro, Profa. Rosana Suemi Tokumaru, Profa. Zeidi Trindade, Profa. Heloísa Moulin, Profa. Mariane Lima, Prof. Lídio de Souza, Prof. Elizeu Bortoli, Prof. Sávio Queiroz, Prof. Agnaldo Garcia, pelos momentos de debates, discussões e aprofundamentos epistêmicos. A todos os colegas do programa, especialmente Alvany, Sílvia, Susanne, Darlindo, Virgínia, Bárbara, Michelle, Sued, Ana Emília, Margareth, Fátima, Manoel Messias, Ana Lúcia, Liliane, Geida, Elzenita, João Alves, Tarina, Deranor, João (contador), pelo acolhimento, convivência e oportunidades de aprendizado.

À secretária do PPGP, Lúcia Fajóli, pelas contribuições dispensadas ao grupo durante o processo de planejamento, execução e conclusão do MINTER/DINTER.

À UNIVASF (Universidade Federal do Vale do São Francisco), por expandir minhas simplórias pretensões profissionais, proporcionando-me a oportunidade de ingressar no serviço público e participar de um programa de capacitação *strictu sensu*.

Às relações dialógicas construídas em Vitória (ES): Giovanna, Josimária, Mariane, Priscila, Samantha, George, Bruno, Éric (Djub, Djub), Fábio, Adriano, Cacau.

Aos enfermeiros e usuários, que se dispuseram a participar do estudo, demonstrando tanto carinho, disponibilidade e preciosas contribuições.

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cuité, Paraíba, por compreender, através dos seus servidores, a proposta apresentada e abrir as portas das Estratégias Saúde da Família, a fim de suprir todas as necessidades desta pesquisa.

Às relações dialógicas estabelecidas na Paraíba (Universidade Federal de Campina Grande): Alynne Mendonça, Bernadete Gouveia, Édija Anália, Janaína Von Sohsten, Isolda Maria, Érica Acioli, Matheus Nogueira, Nathanielly Cristina, Benegelânia, Adriana Montenegro, Marclineide Nóbrega, Rosângela Negreiros, Gilvânia Smith, Gigliola Pinon, Egberto, Glenda Agra, Priscila Castro, Vanille, Nilcimelly, Júlia , Alan Dionízio, Jocelly Ferreira Zezinho, Delmar, Idiovane, Toshiuki, Ramilton, Justino, Lilian, Poliana Palmeira, Alana Dionízio, Waleska Nunes, Edjancley Teixeira, Priscyla Rocha, Gêsska de Oliveira, Nayara Medeiros, Leila Larissa, Rayssa Naftaly, Marcela Fonseca, Raquel Farias, Sabrina Dantas, Joseane da Rocha.

A todos que não se sentiram contemplados nestas poucas linhas, mas que, direta ou indiretamente, brilhantemente contribuíram para a realização desta tese de doutorado.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE SIGLAS	12
RESUMO	14
ABSTRACT	15
RESUMEN	16
1. Apresentação.....	17
2. Contextualização histórica sobre educação em saúde.....	24
3. A visada preventiva: Campanhas educativas.....	33
4. Profissionais da saúde em campo.....	40
5. Referencial teórico filosófico.....	55
6. Objetivos.....	68
7. Referencial Metodológico.....	70
7.1 - Considerações metodológicas.....	73
7.2 - Participantes da pesquisa.....	73
7.3 – Cenário da Pesquisa.....	74
7.4 – Instrumentos e procedimentos.....	76
7.5 - Análise dos dados.....	78
8. Interpretação dos Resultados.....	84
8.1 – Entrada no campo com investigação dos temas geradores.....	85
8.2 – Codificação, decodificação dos temas geradores.....	88
8.3 – Desvelamento crítico.....	89
8.4 – Discussão: análise ideográfica e nomotética.....	92
8.4.1 – Contradição intenção X realização das atividades educativas no contexto da Atenção Primária.....	92

8.4.2 – Limites e possibilidades de superação das atividades educativas realizadas na Atenção Primária.....	116
9. Considerações Finais.....	134
Referências.....	139
Apêndices.....	150
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido...	151
Apêndice B – Roteiro semi-estruturado de entrevista.....	154
Anexos.....	155
Anexo A – Ata do exame de qualificação de projeto de tese de doutorado submetido à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.....	156
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP...	157

LISTA DE QUADROS

QUADRO I	Síntese da análise fenomenológica hermenêutica dialética....	83
QUADRO II	Síntese da organização ideográfica e nomotética proposto pelo referencial metodológico da fenomenologia hermenêutica dialética.....	91

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANPEPP	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina (Base de dados)
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadorias e pensões
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DINTER	Doutorado Interinstitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAD	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento
FUNFARME	Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
GC	Grupo Controle
GE	Grupo de Estudo
GT	Grupo de trabalho
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões

IDAC	Instituto De Ação Cultural
IES	Instituição de Ensino Superior
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LILACS	Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe (Base de dados)
MES	Ministério da Educação e Saúde
MINTER	Mestrado Interinstitucional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PERIENF	Periódicos em Enfermagem (Base de dados)
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PSF	Programa Saúde da Família
PPA	Plano de Pronto Ação
PPGP	Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
PT	Partido dos Trabalhadores
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SF	Saúde da Família
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
USF	Unidades de Saúde da Família

ANDRADE, Luciana Dantas Farias de. **Educação em Saúde na Atenção Primária**: limites e possibilidades das relações dialógicas entre enfermeiros e usuários. 2012. 157 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Espírito Santo, 2012.

A estratégia geral da pesquisa consistiu em captar e analisar, à luz da fenomenologia hermenêutica-dialética, o fenômeno das relações entre enfermeiros e usuários durante as atividades de educação em saúde nas Estratégias Saúde da Família do município de Cuité, Paraíba, Brasil. Justifica-se a sua realização face à constatação de que o processo de educação em saúde, imprescindível nas Estratégias Saúde da Família, pode ser emancipatório, adotando-se relações dialógicas que valorizem o encontro entre enfermeiros e usuários como um acontecimento em múltiplos sentidos/afetações que produzem e podem (ou não) gerar transformações, capazes de desvelar os temas limitantes ou potencializadores de autonomia para a expansão de vida dos sujeitos envolvidos. Através da pesquisa qualitativa, realizada com quatro enfermeiros e quatro usuários das Estratégias Saúde da Família do município de Cuité, envolvendo a utilização de roteiro de entrevistas respeitando os aspectos éticos, foi possível constatar que os profissionais da enfermagem desconhecem as abordagens pedagógicas utilizadas em suas práticas educativas no atendimento ao indivíduo, família e coletividade conduzindo este processo educacional a um predomínio da utilização de abordagens pedagógicas não emancipatórias, contrárias à proposta do SUS de expansão de vida e autonomia do indivíduo. O que pode ser atestado desta pesquisa é que as atividades educativas são exercidas com abordagens que favorecem mais a adoção de condutas pré-estabelecidas que a autonomia, revelando uma feição educacional com relações que tendem mais à dependência do que à libertação. Dentre os modelos de educação em saúde, o modelo dialógico proposto por Paulo Freire pode ser utilizado como base filosófica para formação de futuros profissionais da enfermagem em ambiente universitário e como estratégia para capacitação dos enfermeiros que atuam na assistência ao paciente.

ANDRADE, Luciana Dantas Farias de. **Health education in the primary care: limits and possibilities of the dialogical relations between nurses and users.** 2012. 157 p. Thesis (Ph.D. in Psychology) – Centre for Human and Social Sciences, Federal University of Espírito Santo, 2012.

The general strategy of this research consisted on selecting and analyzing, in light of the hermeneutic-dialectic phenomenology, the phenomenon of the relations between nurses and users during the activities for health education in the Family Health Strategies in the city of Cuité, Paraíba, Brazil. This research is justified by the fact that the process of health education, essential in the Family Health Strategies, can be emancipating by adopting dialogical relations that value the meeting of nurses and users as an event that produces multiple senses/effects and may (or may not) generate transformations capable of uncovering issues which are limiting or augmenting the autonomy for the expansion of life of the individuals involved. Through qualitative research, conducted with four nurses and four users of the Family Health Strategies of the city of Cuité, by means of interviews respecting the ethical aspects, it was found that nursing professionals are not aware of the pedagogical approaches used in their educational practices when taking care of the individual, family and community leading this educational process to the use of non-emancipatory pedagogical approaches, which is contrary to the Public Health System (SUS) proposal for the expansion of life and autonomy of the individual. What can be concluded from this research is that educational activities are carried out with approaches that favor the training more than the autonomy, revealing an educational feature with relationships that are more prone to dependence than to freedom. Among the models of health education, the dialogical model proposed by Paulo Freire can be used as a philosophical basis for training of future nursing professionals in the university environment and as a strategy for training of nurses working in patient care.

ANDRADE, Luciana Dantas Farias de. **Educación en Salud en la Atención Primaria: límite y posibilidades de las relaciones dialógicas entre enfermeros y usuarios.** 2012. 157 h. Tesis (Doctorado en Psicología) – Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Federal del Espírito Santo. 2012.

La estrategia general de la investigación consistió en captar y analizar, bajo la óptica de la fenomenología hermenéutica-dialéctica, el fenómeno de las relaciones entre enfermeros y usuarios durante las actividades de educación en salud en las Estrategias Salud de la Familia del municipio de Cuité, Paraíba, Brasil. Su realización se justifica a causa de la constatación de que el proceso de educación en salud, imprescindible en las Estrategias de Salud de la Familia, pueda ser emancipatorio, se adoptándose relaciones dialógicas que valoren el encuentro entre enfermeros y usuarios como un acontecimiento en múltiples sentidos/afectaciones que producen y pueden (o no) generar transformaciones, capaces de desvelar los temas limitantes o potencializadores de autonomía para la expansión de vida de los sujetos envueltos. A través de la investigación cualitativa, realizada con cuatro enfermeros y cuatro usuarios de las Estrategias Salud y Familia del municipio de Cuité, envolviendo la utilización de esbozo de entrevistas respetando los aspectos éticos, fue posible constatar que los profesionales de la enfermería desconocen los abordajes pedagógicos utilizados en sus prácticas educativas en la atención al individuo, familia y colectividad conduciendo dicho proceso educacativo a un predominio de la utilización de abordajes pedagógicos no emancipatorios, contrarios a la propuesta del SUS de expansión de vida y autonomía del individuo. Lo que se puede comprobar de esta investigación es que las actividades educativas son ejercidas con abordajes que favorecen más el adestramiento que la autonomía, reflejando una facción educacativa con relaciones que tenden más a dependencia que ala libertación. Dentre los modelos de educación en salud, lo dialógico, propuesto por Paulo Freire, puede ser utilizado como base filosófica para formación de futuros profesionales de la enfermería en ambiente universitario y como estrategia para capacitación de los enfermeros que actúan en la asistencia al paciente.

Apresentação

*“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta,
que me insere na busca, não aprendo nem ensino.”*

(Paulo Freire)

1 – APRESENTAÇÃO

Durante a realização da dissertação de mestrado, pude constatar que as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas que subjazem aos planos de ensino das disciplinas de Administração Aplicadas à Enfermagem não estavam em sintonia com as Diretrizes Curriculares Nacionais para formação de recursos humanos em enfermagem (ANDRADE, 2007).

A motivação para a realização desse estudo surgiu das diversas discussões com o orientador, que fez despertar a curiosidade para questões inerentes à formação profissional, em nível de graduação, e suas repercussões no contexto do gerenciamento de recursos humanos e de serviços de enfermagem para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na perspectiva de atualização e aprimoramento acadêmico, a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) viabilizou projetos de **Dinter** - Doutorado Interinstitucional e de **Minter** - Mestrado Interinstitucional, objetivando, principalmente, estimular a formação de doutores, ou de mestres, fora dos grandes centros educacionais. Como docente de uma Instituição Federal de Ensino Superior do Nordeste brasileiro, houve a oportunidade de realizar o Dinter, mediante parceria com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (BRASIL, 2006).

Inicialmente, a proposta para o desenvolvimento de uma tese de doutorado trilharia pela complementação e aprofundamento daquilo que foi iniciado na Pós-Graduação *strictu sensu* em enfermagem (ANDRADE, 2007), contudo, em virtude do ingresso no Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Psicologia,

naturalmente se encaminhou para novos horizontes científicos, sem perder de vista as especificidades de minha profissão de origem e com a preocupação de prestar a contribuição necessária ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo.

A nova proposta de investigação está voltada ao estudo das práticas educativas¹ e das relações estabelecidas entre enfermeiros e usuários no contexto das atividades de educação em saúde² na atenção primária, cujas ações visam conduzir às atividades de prevenção, autonomia e qualidade de vida proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta surgiu com base na realidade observada durante as atividades laborais da pesquisadora, como docente, no exercício acadêmico da disciplina Estágio Supervisionado em Enfermagem I, oferecido na matriz curricular do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

A disciplina Estágio Supervisionado em Enfermagem I visa aprimorar o conteúdo teórico-prático vivenciado nos sete primeiros períodos do Curso de Bacharelado em Enfermagem, mediante o desenvolvimento de atividades assistenciais, administrativo-gerenciais, educativas e de investigação em enfermagem, especificamente nos Serviços da Rede de Atenção Primária à Saúde; dito de outra forma, trata-se do estágio profissionalizante do futuro enfermeiro no âmbito da atenção primária.

Bodstein (2002) reconhece que a Atenção Primária é composta por programas e políticas especificamente preocupadas com o primeiro nível de acesso e de contato da população com o sistema de saúde. Inclui medidas deliberadas de indução a uma maior organização ou reorganização da porta de entrada aos serviços de saúde, cujo pressuposto envolve uma alteração no modelo de assistência: predomínio das ações preventivas em detrimento das

¹ A prática educativa envolve os processos de ensino e avaliação e está determinada por fins e exigências sociais, políticas e ideológicas, sendo exercida em várias instâncias da sociedade. É caracterizada por valores, normas e particularidades da estrutura social a que está subordinada (ARAÚJO; SILVA; SILVA, 2008).

² Educação em saúde envolve desenvolver no indivíduo e coletividade a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, organizar e realizar a ação, além de avaliá-la com espírito crítico (BRASIL, 1994).

práticas curativas de média e alta complexidade e hospitalares, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A operacionalização destes princípios doutrinários e organizativos apresenta limitações que requerem propostas de reformas e transformações nos serviços de saúde de modo a ampliar atividades de educação em saúde no indivíduo, família e coletividade, a fim de expandir ações sanitárias, autocuidado, aumento da autonomia e expansão de vida³ nos diversos encontros da coletividade.

Embora se encontrem profissionais da atenção primária que exponham um discurso libertador e procurem proporcionar relações dialógicas⁴ com a comunidade, pesquisas como a de Alves (2005) indicam que, a despeito de um novo discurso no campo da educação em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda prevalecem práticas educativas verticalizadas e hegemônicas, apontando para a necessidade de transformação da relação profissional de saúde – usuário, visando à construção de modos assistenciais alternativos, capaz de acumular experiências contra-hegemônicas.

Besen, *et. al.* (2007), em estudo realizado para investigar se a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) é objeto de discussão com a população na prática educativa dos profissionais nela inseridos mostraram que a ESF não é objeto de educação no âmbito da saúde; alguns profissionais desconhecem seus fundamentos, e a maioria deles tem práticas educativas verticais e patologizantes, distanciando-se da proposta de prevenção de agravos.

Albuquerque e Stotz (2004) atestam que as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde para incorporar uma prática cotidiana de ações educativas são imensas e, quando ocorrem, são provenientes do interesse individual de cada profissional, realizando trabalhos em grupos com gestantes, idosos ou portadores de patologias, como no caso dos grupos de diabéticos e/ou hipertensos, no

³ Expansão de vida é entendida neste estudo como a maneira de conceber a vida em sua processualidade e, como tal, na intensidade do momento e suas afetações de dor e alegria, uma vez que são imanentes à existência (ANDRADE, 2009).

⁴ Considerar-se-ão as relações dialógicas propostas por Paulo Freire que as pressupõe como um encontro entre interlocutores que só tem sentido num contexto cotidiano instituído e de poder, remetendo-as a um processo relacional e dialético (SCOCUGLIA, 2005).

âmbito da Estratégia Saúde da Família. Tais atividades são conduzidas, muitas vezes, de acordo com o programa da ocasião ou a epidemia em pauta (atualmente, a dengue⁵), sem a preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com a continuidade de ações junto à comunidade, impossibilitando a autonomia e reflexão crítica dos sujeitos.

A demanda por “campanhas educativas” absorve os serviços de saúde que, diante do acúmulo de atividades profissionais necessárias à sua viabilização, acaba provocando uma insatisfação nos próprios profissionais de saúde, ênfase se dá ao enfermeiro, que se vê sem tempo para o desenvolvimento de um trabalho mais estruturador.

Para efeito de contribuição científica, vinculada à Universidade Federal do Espírito Santo, esta tese de doutorado direciona-se à linha de pesquisa *Psicologia Social e Saúde*, por envolver temas que versam sobre processos de saúde e adoecimento nas suas articulações com o contexto sociocultural. Está vinculada ainda à ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia), através do GT (Grupo de Trabalho) intitulado “*Práticas psicológicas em instituição: atenção, desconstrução e invenção*”, sob a coordenação da Profa. Dra. Elza Dutra, psicóloga e docente na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O compromisso do grupo está em produzir conhecimentos comprometidos com a transformação psicossocial, envolvendo pesquisadores, alunos e comunidade, uma vez que implica a valorização da cultura científica e popular, fundamental na transformação das atuais relações sociais, e esta proposta de estudo interessa, complementa e enriquece as discussões do GT (SZYMANSKI, *et. al.*, 2010).

A presente pesquisa ancora-se metodologicamente na fenomenologia hermenêutica dialética que propõe a interpretação do significado dos dados de pesquisa com um movimento dinâmico de compreensão – interpretação – nova

⁵ A dengue é uma arbovirose que tem causado preocupação por ser um problema de saúde pública mundial. A transmissão ocorre, principalmente, pela picada de mosquitos *Aedes Aegypti* infectados. A incidência de casos de dengue flutua de acordo com as condições climáticas e está diretamente associada ao aumento da temperatura, pluviosidade e umidade do ar, condições que favorecem o aumento do número de criadouros disponíveis e também o desenvolvimento do vetor (RIBEIRO; *et. al.*, 2006).

compreensão na forma de conflito de interpretações, indispensável para que se aproxime da estrutura simbólica do fenômeno (COLTRO, 2000).

Consoante ao exposto, ainda é possível encontrar atividades de educação em saúde, conduzidas pelos profissionais da enfermagem no âmbito da atenção primária de forma verticalizada, no sentido de garantir a mobilização dos usuários às campanhas preconizadas pelo Ministério da Saúde, independentemente das reais necessidades e condições locais.

Contrário a este posicionamento, a proposta preconizada por Paulo Freire sugere que o conteúdo mediador de novas interpretações da realidade seja proveniente dos depoimentos da comunidade, das falas dos sujeitos envolvidos, das representações que eles têm das vivências ou das experiências construídas nas relações cotidianas com os espaços comunitários mais próximos, inclusive com os acontecimentos em nível contextual maior, na medida em que se colocam como sujeitos imersos em redes de relações sociais, políticas, econômicas e culturais que demarcam e influenciam fortemente seu modo de agir e pensar (POLI, 2007).

A sustentação filosófica proposta por Paulo Freire pode subsidiar os profissionais de enfermagem a estabelecerem relações horizontalizadas com seus clientes, conduzindo à necessária discussão de seus princípios durante a formação acadêmica e nos processos de atualização e capacitação deste trabalhador da saúde, uma vez que, via de regra, não há um respaldo teórico para este fim.

Justifica-se este estudo face à constatação de que os processos de educação em saúde, imprescindíveis nas Estratégias Saúde da Família, podem ser emancipatórios, adotando-se relações que valorizem o encontro entre enfermeiros e usuários como um acontecimento em múltiplos sentidos/afetações que produzem e podem (ou não) gerar transformações, capazes de desvelar os temas limitantes ou potencializadores de autonomia para a expansão de vida dos sujeitos envolvidos (ANDRADE, 2009).

Para Andrade e Araújo (2003), a reflexão crítica sobre os limites e possibilidades de superação das ações de educação em saúde presentes nas

Estratégias Saúde da Família, contextualizada em uma sociedade baseada em relações psicossociais historicamente autoritárias e injustas, revela que a influência de crenças e concepções arraigadas tanto em profissionais de saúde quanto em usuários pode ser desconstruída e remete ao seguinte questionamento: as relações estabelecidas entre enfermeiros e usuários nas ações de educação em saúde estão produzindo a autonomia e expansão de vida do sujeito?

Considerando a importância do assunto, espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar os profissionais da saúde que atuam junto à Atenção Primária na perspectiva de atentar para relações com a comunidade que envolvam ativamente os sujeitos nas ações de autonomia e expansão de vida, propostas pelo SUS.

Contextualização histórica sobre educação em saúde

“É o homem que investe o mundo de significados.”

(Merleau-Ponty)

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A trajetória da saúde no Brasil perpassou diferentes Modelos Assistenciais⁶ que determinaram formas alternativas de compreensão e operacionalização das ações de educação em saúde. O Modelo Assistencial Sanitarista Campanhista caracterizou-se pelo combate às pestes que assolaram o Brasil, principalmente no final do século XIX, prejudicando a economia agroexportadora em vigência.

Constituíam o quadro nosológico da época a varíola, a malária, a febre amarela e a peste bubônica que atacou violentamente a população em decorrência das más condições higiênicas naquele momento histórico.

No Brasil foi realizada uma série de ações sanitárias, destacando-se o saneamento básico na cidade do Rio de Janeiro, encetado pelo então presidente Rodrigues Alves, no ano de 1902, e o combate à febre amarela, por Oswaldo Cruz, em 1903, também no Rio de Janeiro. As atividades sanitárias que foram executadas, visando ao controle das moléstias eram realizadas, na maioria das vezes, de maneira coercitiva, opondo-se ao consentimento da população; isto requeria apoio policial para a garantia da realização das medidas idealizadas nas campanhas sanitárias, daí o modelo haver ficado conhecido como Campanhista Policial (CANESQUI, 2003).

Com a industrialização, intensificou-se o processo de urbanização, e uma grande quantidade de indivíduos emigraram do campo para as cidades em busca de emprego e moradia. O cenário urbano disponibilizava empregos através das

⁶ Para Paim (2003), modelo de atenção ou modelo assistencial “... é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”.

fábricas, provocando uma grande aglomeração de pessoas que experimentavam condições extremamente insalubres de vida, requerendo medidas de organização do espaço público e de atenção à saúde.

Com vistas à manutenção da força de trabalho para a geração de “mais valia”, as indústrias investiram no Sistema Previdenciário, possibilitando aos trabalhadores acesso às práticas médicas. Após aprovação da Lei nº 4.682/23, conhecida como Lei Eloi Chaves, fundamentar-se-ia o surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) destinadas, num primeiro momento, aos ferroviários, expandindo-se, posteriormente, para outras categorias profissionais, contudo a grande maioria da população permaneceu excluída do acesso aos serviços de saúde, restando-lhes a desassistência, compra de serviços privados ou o amparo das instituições de beneficência que, até então, exerciam uma assistência prioritariamente curativa (CANESQUI, 2003).

As primeiras iniciativas na direção de programas de educação em saúde, no país, foram realizadas por Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira, no ano de 1924, na prática do primeiro “Pelotão da Saúde”, atuando em escolas estaduais do Município de São Gonçalo, Estado do Rio de Janeiro. No ano seguinte, Antônio Carneiro Leão, Diretor de Instrução Pública, adotou o mesmo modelo em escolas de ensino fundamental do Distrito Federal (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Em São Paulo, no ano de 1925, foram criados a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado, com o objetivo de promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica, gerando, pela primeira vez, o título de educador sanitário. Na mesma época, surgiu, em Pernambuco, a “Inspetoria Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência” visando às mesmas medidas profiláticas e preventivas (LIMA, 2003).

O antigo Ministério da Educação e Saúde (MES), criado em meados da década de 1930, atuava junto à comunidade na publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes. Distribuía na imprensa do país pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde e educação, editava periódicos sobre o assunto, promovia concursos de saúde e lançava mão dos recursos audiovisuais da época

para difundir os conceitos fundamentais de saúde e doença aos gestores da saúde.

Os esforços do MES se direcionavam eminentemente, na propaganda sanitária, em publicar informativos sobre educação e saúde a uma pequena parcela da população elitizada, sem considerar o grande contingente de analfabetos no país, concentrados nas baixas camadas das populações urbanas e rurais, a escassez no acesso aos serviços de saúde e, tampouco, em promover aspectos laborais do educador sanitário (SOUZA; JACOBINA, 2009).

A primeira grande transformação nas atividades de educação em saúde ocorreu em 1942 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), priorizando a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde a responsabilidade nas tarefas educativas junto a grupos de gestantes, mães, crianças, adolescentes e idosos.

Ancorado na crescente insatisfação da população desassistida pelo setor saúde surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), idealizados mediante orientação economizadora de gastos. Mendes (1993) esclarece que, na década de 1920, a assistência médica era atribuição central das CAPs, sob administração e financiamento dos empresários e trabalhadores, no entanto, no período dos IAPs, principalmente o autoritário (1930 – 1945), a preocupação era de caráter contencionista, com vistas à acumulação de capital, com financiamento tripartite, agregando-se agora a figura do Estado como contribuinte.

O Modelo Assistencial Previdenciário perdurou até a década de 1960, quando a união dos IAPs resultou no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), consolidando o modelo Médico – Assistencial Privatista, cujas principais características envolviam a extensão da cobertura previdenciária a fim de abranger a população urbana e rural; ênfase na prática médica curativa, individual e especializada, objetivando a lucratividade da saúde; e privilégio para o produtor privado (MENDES, 2001).

Em meados da década de 1970, e sob a contextualização da crise do Estado, expressa no âmbito fiscal e sob o impacto do realinhamento dos blocos

geopolíticos, resgata-se a atenção à medicina comunitária que, conforme Arantes e colaboradores (2007), foi idealizada nos Estados Unidos e surgiu com a proposta de prestação de serviços a categorias excluídas do cuidado médico.

A continuidade da crise financeira e o aumento crescente dos gastos, dentre outros acontecimentos, favoreceram a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), sob a égide da Lei nº 6.439/77. Esse sistema congregaria três entidades: Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS); Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) como novo caminho na busca de soluções para os problemas nacionais.

Nas diversas reorganizações administrativas do Ministério da Saúde, entre 1964 e 1980, deve ser assinalada a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) da Fundação SESP e, já no final da década de 1970, da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde.

Vale salientar que mais do que uma mudança terminológica, de educação sanitária para educação em saúde, tentava-se uma nova transformação conceitual. Todas estas mudanças, entretanto, não contribuíram para o principal, que seria a introdução do componente “educação” nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde. No tocante às Secretarias Municipais de Saúde, havia apenas as responsabilidades assistenciais de saúde ainda na atmosfera previdenciária curativa, individual e especializada visando à lucratividade da saúde (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Os primeiros anos da década de 1980 foram marcados pela eclosão da crise na Previdência Social que se refletiu em três vertentes principais: a crise ideológica na falência do PREV-SAÚDE, cuja proposta envolvia a universalização dos cuidados primários em território nacional; a crise financeira pela estagnação do crescimento, descontrole inflacionário, uma política econômica recessiva imposta ao país em 1981 – 1982; e a crise político-institucional.

Surgiu, então, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que propunha várias mudanças, dentre as quais, um

novo tipo de pagamento para os serviços de saúde; valorização de recursos humanos e o plano de racionalização ambulatorial que levou à proposição das Ações Integradas de Saúde (AIS) (MENDES, 2001).

As AIS visavam à integralidade das ações (preventiva e curativa); utilização de ambulatórios públicos como porta de entrada no sistema de saúde; descentralização administrativa e participação comunitária. Tais ações foram implantadas em 1983 como um programa de atenção médica que adquiriu, a partir do fim do regime autoritário, um desenho estratégico de cogestão e universalização da atenção à saúde.

Políticos da oposição, comprometidos com movimentos sociais, apoiaram experiências inovadoras como a do processo de municipalização e o movimento de secretários municipais de saúde que, aliado a muitos outros movimentos, acabaria por desencadear o processo de Reforma Sanitária Brasileira. Do ponto de vista político—institucional, passou-se para o discurso de direito universal à saúde e dever do Estado em propiciá-lo, do estabelecimento de um comando único para a saúde e da convocação de uma Conferência Nacional Constituinte.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986, foi reconhecida como um dos eventos político–sanitários mais importantes da história da saúde brasileira, dado o caráter democrático e social do conhecimento. As propostas discutidas resultaram na formatação de um projeto de Reforma Sanitária, cujo desdobramento prático influenciou dois processos iniciados em 1987: um deles proveu a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) pelo poder executivo, e o outro, no âmbito do poder legislativo, com a elaboração da nova Constituição Brasileira (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu, pela primeira vez, uma seção sobre saúde que trata de três aspectos principais, envolvendo um conceito de saúde mais abrangente, a legitimação do direito de todos às ações de saúde e o estabelecimento de um Sistema Único de Saúde (SUS), representando o

reordenamento dos serviços e ações de saúde mediante seus princípios doutrinários e organizativos (PAULA; BRAGA, 1986).

Quanto aos princípios doutrinários do SUS, referem-se à *Universalidade*, que garante a atenção de saúde a todo e qualquer cidadão; a *Equidade*, que assegura a igualdade de todos perante o sistema, bem como seu atendimento de acordo com as necessidades apresentadas e a *Integralidade*, que procura reconhecer no ser humano diversas dimensões de suas necessidades e prevê o atendimento à sua saúde no relacionamento das dimensões biopsicossocioespiritual (BRASIL, 1990).

No tocante à organização, o SUS se encontra amparado pelos seguintes princípios: *Regionalização e Hierarquização*, os quais estabelecem que os serviços de saúde devam ser organizados em padrões de complexidade tecnológica crescente e dispostos numa área geográfica delimitada; *Resolubilidade*, que prevê a capacidade dos serviços em resolver os problemas até o nível de sua competência; *Descentralização*, que parte da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto; *Participação dos Cidadãos*, que garante a inclusão da população na formulação das políticas de saúde e no controle de sua execução, através dos Conselhos de Saúde; e a *Complementaridade do setor privado*, que prevê a contratação de serviços privados, mediante a insuficiência do setor público, desde que respeitadas as normas do Direito Público (BRASIL, 1990).

Para a implantação do SUS, as unidades de saúde organizaram-se para a produção das ações, escolhendo meios e instrumentos eficazes para a intervenção nos perfis de saúde–doença da população, pois, a depender dos modelos assistenciais vigentes, decorrentes das diretrizes emanadas das políticas públicas, diferentes instrumentos podem ser utilizados para essa intervenção (EGRY; FONSECA, 2000).

Com as propostas advindas dos movimentos sociais e a implantação do SUS, as ações em saúde visam à superação do modelo biomédico, abrangência de objetivos mais amplos, com vistas não só à prevenção de agravos, mas à expansão do indivíduo para hábitos saudáveis de vida. As mudanças no campo

da saúde acarretaram transformações fundamentais nos princípios que sustentaram, durante algum tempo, a educação em saúde (OLIVEIRA, 2005).

Desde a década de 1970, a luta para que as práticas assistenciais fossem repensadas orientam a ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença que, saindo da concepção restrita do biologicismo, passa a ser concebida como resultante da interrelação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais nos três níveis de assistência: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Considera-se, nesta perspectiva, o sujeito em toda a sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural na busca da promoção da saúde, prevenção e tratamento de patologias, bem como, a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Na década de 1990 tem início a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) que foi idealizado para contribuir com a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, o PSF traz, no centro de sua proposta, a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial, a partir da Atenção Primária, cujos dispositivos de impacto sobre alguns indicadores da saúde vêm contribuindo de maneira substancial para legitimá-la, a ponto de ser considerada atualmente como o eixo do processo de reorganização dos serviços básicos (EGRY; FONSECA, 2000).

O crescimento do PSF trouxe para a centralidade dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e a limitação das práticas profissionais e de gestão no que se refere, especificamente, à mudança de paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde. Neste sentido, pode-se considerar que o Programa Saúde da Família avançou de *programa* para *estratégia*⁷, em parte devido ao acúmulo subjacente ao debate, diálogos e experiências em torno destes referenciais, que sustentam a Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Primária, negando as versões de que

⁷ Embora sinônimos, a denominação utilizada na pesquisa a partir deste enfoque será de Estratégia Saúde da Família (ESF).

esta seria mais um arranjo contemporâneo da medicina simplificada, um programa, apenas medicina familiar ou somente atenção materno-infantil (GIL, 2006).

Definem-se, como áreas estratégicas para atuação em todo território nacional, a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose; controle da hipertensão arterial; controle do *diabetes mellitus*; eliminação da desnutrição infantil; saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher; saúde do homem; saúde do idoso; saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2007).

Os alcances e os limites desta estratégia têm alimentado discussões, cujos argumentos vão desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas pelos recursos humanos no contexto das Unidades de Saúde da Família (USF).

Entendendo que as práticas de saúde e educação são exercidas, predominantemente, sob influência política e econômica, a trajetória da educação em saúde no Brasil perpassou por acontecimentos históricos e seus determinantes na população, influenciando fortemente as atividades desenvolvidas para a população.

A visada preventiva: campanhas educativas

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”

(Paulo Freire)

3 – A VISADA PREVENTIVA: CAMPANHAS EDUCATIVAS

No processo histórico da trajetória da educação em saúde no Brasil, a Atenção Primária foi gradualmente se fortalecendo até constituir-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

Gil (2006), ao analisar os conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família, com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) da Norma Operacional Básica (NOB) e de textos disponibilizados *on-line* pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), constatou que alguns autores dos artigos publicados utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou níveis de assistência.

Os dados oriundos da pesquisa de Gil (2006) convergiram com as diferentes interpretações sobre atenção primária à saúde (ou atenção básica à saúde)⁸, que se explicam pela trajetória histórica de como esses conceitos foram gerados, de como evoluíram e pela ambiguidade das definições estabelecidas em fóruns internacionais, em relação ao termo. Após a criação do SUS e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem

⁸ Diante das discussões acerca dos termos “atenção básica” e “atenção primária”, para o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, ambos têm significados muito semelhantes. No entanto, a terminologia “Atenção Primária à Saúde” representa melhor a proposta da Estratégia Saúde da Família e facilita as traduções para outros idiomas, agregando valor às publicações brasileiras. O foco será voltado ao uso do termo Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010).

sido mais frequente o uso do conceito da Atenção Primária à Saúde como referência aos serviços municipais.

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde caracteriza-se

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem tais populações (BRASIL, 2007a, p. 12 - 13).

Esta política se utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Faz parte do contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde orientando-se dos princípios de universalidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Saito (2008) esclarece que a ESF, embora tenha crescido sobremaneira no país, atravessa seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, principalmente nos grandes centros urbanos. Vislumbra-se, com isso, um paradoxo bastante pertinente: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança.

Neste contexto, as práticas de educação em saúde persuasivas, a transmissão verticalizada de conhecimentos, refletindo no autoritarismo entre o profissional de saúde educador e o usuário educando, além da negação de aspectos da subjetividade, são passíveis de questionamentos com a preocupação no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses.

Da convivência entre as práticas emergentes e hegemônicas, é possível delinear dois modelos de práticas de educação em saúde: o modelo tradicional e

o modelo dialógico. Embora se encontrem em polos extremos, é possível reconhecer modelos intermediários (ALVES, 2005).

O modelo tradicional, historicamente hegemônico, focaliza a doença e a intervenção curativa. Fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais. As estratégias utilizadas nesta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

A presunção de que há certos “modos de vida” que deveriam ser reformados para serem saudáveis é, em geral, informada por estereótipos que definem maior adequação das maneiras de viver de certos grupos sociais, em detrimento a outros. O julgamento dessa adequação se baseia, geralmente, na percepção dos profissionais da saúde quanto aos padrões de comportamento de determinados grupos (OLIVEIRA, 2005).

As campanhas de persuasão, comumente usadas para estimular mudanças individuais de comportamento e o modelo biomédico que as embasam, enunciadas por imperativos: não fume! não transe sem camisinha! use o cinto de segurança! não coma em excesso!, são influenciados por uma ideologia política “conservadora” que inclui pressupostos do tipo “a insuficiência pessoal requer correção” e “os riscos à ordem requerem controle”, entre outros (BOEHS; *et. al.*, 2007).

O processo educativo é equivocadamente entendido como instrução, transmissão de informações e seu repasse restrito à ação do profissional de saúde, habilitado para tal. Como a aprendizagem é tida como um produto, uma vez que os modelos a serem alcançados estão pré-estabelecidos, a ausência de ênfase ao processo é inevitável.

Os usuários são tomados como indivíduos carentes de conhecimentos em saúde, mantendo-se uma relação estritamente assimétrica com os profissionais de saúde, uma vez que um detém o saber técnico científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. Desta maneira, a

comunicação profissional–usuário caracteriza-se pelo caráter paternalista, na qual o primeiro explicita hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Pressupõe-se, ainda, que a partir da informação recebida, os usuários serão capazes de tomar decisões para a prevenção de agravos, bem como assumir novos hábitos e condutas.

Quanto à disseminação de informações em saúde, são realizadas por meio de campanhas e veiculadas pelos meios de comunicação em massa. Alves (2005) alerta para o efeito temporário desta estratégia em relação a mudanças de hábitos e condutas. A população não muda de comportamento em definitivo, apenas reage a um estímulo temporário. Com a supressão do estímulo, inevitavelmente o comportamento tende à extinção.

A principal crítica a este modelo de educação em saúde tem sido a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos em saúde. Ao tomar os indivíduos como objeto de práticas educativas, carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde–doença, representantes de outras formas de saber (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Considerando a importância dos determinantes psicossociais e culturais nas práticas de educação em saúde, reconhece-se a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas com a adoção de relações dialógicas sensíveis aos anseios da comunidade, inserido no discurso emergente de educação em saúde, apresentado como modelo dialógico.

Em oposição ao modelo tradicional, o modelo dialógico trabalha com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde. Neste sentido, Briceño-Léon (1996) apresenta dois princípios básicos na orientação das ações de saúde: inicialmente, é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, além das condições objetivas em que vivem; o segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe à sua imposição. O autor pondera que, somente com a participação comunitária, é possível assegurar sustentabilidade e efetividade às ações de saúde.

O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido como sujeito portador de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços. Em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.

O objetivo deste modelo não é o de transformar o profissional num mero informante para os cuidados com a saúde, mas de revolucionar saberes existentes, tanto de profissionais quanto de usuários, visando o desenvolvimento da autonomia, responsabilidade do cidadão no cuidado com a saúde pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Vislumbra-se a construção de saberes sobre o processo saúde–doença–cuidado que capacite os sujeitos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e/ou recuperar a saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

No contexto das práticas educativas em saúde, consideram-se as atividades formais, desenvolvidas em espaços convencionais dos serviços, com realização de palestras, distribuição de cartilhas e folhetos, e as atividades informais, desenvolvidas nas ações de saúde cotidianas (ALVES, 2005). Na realização de palestras, o ambiente de grupos facilita o aumento da consciência crítica devido ao seu potencial para promover a troca de ideias e experiências entre os sujeitos, valendo-se de que o diálogo criado em tal situação resulte numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção de transformações exitosas (OLIVEIRA, 2005).

Dada a relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contexto de práticas educativas. Neste sentido, Smeke e Oliveira (2001) concordam quanto à compreensão de que todo profissional de saúde é um educador em potencial, sendo condição essencial à sua prática seu próprio reconhecimento como sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários como sujeitos em busca de autonomia e expansão de vida.

Partindo do diálogo e intercâmbio de saberes técnico–científicos e populares, profissionais e usuários podem construir, de forma compartilhada, um saber sobre o processo saúde–doença. Este compromisso com a comunidade possibilita o fortalecimento da confiança nos serviços. Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado à consciência de hábitos saudáveis de vida, visto serem ocasionados pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos.

E é na meta da promoção da autonomia individual que se constitui o maior obstáculo deste método: a consequência lógica de se aceitar a autonomia como meta é a de concordar que, se as pessoas educadas optarem por agir de uma forma não saudável, então, desde que não se coloque em risco a liberdade dos outros, tal deve ser visto como resultado final aceitável de um processo educacional.

Seria exagero idealista afirmar que a assunção, por exemplo, de que fumar ameaça a vida, já signifique deixar de fumar. Mas deixar de fumar passa, em algum sentido, pela consciência do risco que se corre ao fumar. Por outro lado, a autonomia se vai fazendo à medida que novas opções são discutidas e esclarecidas, por isso que provoca ruptura, decisão e novos compromissos (FREIRE, 2011a).

Quando o indivíduo assume o mal ou os males que o cigarro pode causar, move-se no sentido de evitá-los. É o próprio indivíduo quem decide, rompe, reflete, opta, e é na prática de não fumar que a consciência do risco que se corre por fumar se concretiza materialmente. É neste sentido que o método dialógico é defendido como alternativa eficaz nas práticas educativas do contexto da Estratégia Saúde da Família.

Profissionais da saúde em campo

*“A conduta humana se parece muito com o desenho.
A perspectiva se altera quando o olho humano muda de posição.
Não depende do objeto, e sim, de quem está olhando.”*

(Vicent Van Gogh)

4 – PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM CAMPO

Ao realizar o levantamento bibliográfico na área da atenção à saúde em busca de estudos que aplicavam o termo/conceito envolvendo as relações entre profissionais da saúde e usuários no contexto das ações de educação em saúde, várias realidades foram encontradas.

As pesquisas têm apontado para situações exitosas e, também, grandes limitações na realização das atividades de educação em saúde, especificamente no contexto da atenção primária. Nos estudos em que as atividades de educação em saúde são exitosas, as relações entre profissionais da saúde e usuários são relatadas em seu aspecto dialógico, numa atmosfera horizontalizada.

Todavia, nas situações em que foi elucidado que o cliente é reduzido à condição de objeto⁹, expondo relações verticalizadas entre profissionais da saúde e usuários, as ações de educação em saúde sofreram limitações e, efetivamente, não atingiram os objetivos propostos. A revisão apresentada a seguir descreve resumidamente como os autores expõem suas experiências.

Com o objetivo de verificar a eficácia de um programa educativo sobre restrição salina, realizado pelo enfermeiro, mediante utilização da metodologia conscientizadora de Paulo Freire, Cesarino, *et. al.* (2004) realizaram um estudo exploratório com 46 pacientes, maiores de dezoito anos, escolhidos por randomização e distribuídos em dois grupos: 23 indivíduos no Grupo de Estudo (GE) e 23, no Grupo Controle (GC).

⁹ Campos entende um ser humano na “condição de objeto” quando um indivíduo, usuário do serviço de saúde, está degradado ou destituído de sua condição de sujeito (RIBEIRO, 2005).

Para avaliação de sua eficácia, foram utilizados os valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), além da concentração de sódio na urina de 24 horas, em 23 encontros realizados durante três meses no ambulatório de Hipertensão Arterial da Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP (FUNFARME).

O programa educativo propiciou maior compreensão sobre a importância do tratamento como medida preventiva de complicações, levando o GE a uma significativa restrição salina em sua dieta, sendo avaliada e constatada pela redução nos níveis de excreção de sódio e importante diminuição na aferição da PAS e PAD.

Consoante o exposto, houve a constatação de que a estratégia metodológica conscientizadora do educador Paulo Freire foi essencial para o sucesso do estudo. As atividades de educação em saúde relatadas envolveram atividades lúdicas e de impacto significativo na comunidade facilitando a aprendizagem por meio da valorização do diálogo, que desencadeou a exteriorização de sentimentos e necessidades dos envolvidos e, conseqüentemente, melhor relacionamento entre enfermeiro e portadores da hipertensão arterial sistêmica (CESARINO; *et. al.*, 2004).

Embora os autores não explicitem claramente se irão utilizar permanentemente esta estratégia no cotidiano laboral, subentende-se que sim, alertam para a necessidade de manter a educação continuada¹⁰ aos profissionais que compõem a ESF, a fim de que os pacientes hipertensos realizem constante e conscientemente a restrição salina na dieta, propiciando aquisição de hábitos saudáveis e maior expectativa de vida.

Como enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Nova Aurora-GO, Rêgo (2008) observou que os portadores de diabetes não conseguiam reduzir seus índices glicêmicos, mesmo com as orientações frequentes da equipe de saúde. A constatação serviu de base para o estudo com os objetivos de analisar um processo de educação para a saúde, junto aos

¹⁰ Educação Continuada é definida como o conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento ao funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente em sua vida profissional (SILVA; SEIFFERT, 2009).

portadores de diabetes, utilizando a aproximação entre os pressupostos teóricos de Paulo Freire e metodológicos do Arco de Maguerez adaptado por Bordenave e Pereira e avaliar os resultados de hemoglobina glicada antes e após a execução do plano educativo.

Mediante pesquisa avaliativa processual, com abordagem qualitativa, dezenove portadores de diabetes participaram da ação educativa, e dezessete, do teste de hemoglobina glicada.

Os relatos verbais dos portadores, quanto às mudanças em suas habilidades, atitudes e o alcance da autonomia e independência conquistadas por meio do domínio de conhecimentos, convergiram com diferenças estatisticamente significativas de diminuição dos níveis plasmáticos, nos resultados da hemoglobina glicada. Verifica-se que a atividade educativa dialógica foi capaz de contribuir para o despertar do potencial reflexivo, crítico e criativo do grupo, apresentando-se como importante estratégia de intervenção para o enfermeiro que trabalha na perspectiva de emancipação de seus clientes.

Damasceno (2005), refletindo sobre a situação e prática de profissionais da atenção primária durante as atividades educativas realizadas no atendimento, tanto individual quanto grupal, de portadores de *diabetes mellitus*, percebeu grandes dificuldades nas relações estabelecidas entre os diabéticos e demais profissionais da saúde. Em dezesseis anos de atuação profissional como enfermeira na atenção primária, a autora constatou que o conhecimento dos usuários quanto à doença e ao tratamento se mostra de maneira confusa e insuficiente.

Desta forma, realizou um estudo com os objetivos de identificar as condições externas e internas que interferem nas relações dialógicas entre portadores de *diabetes mellitus* e profissionais de saúde; situar os indicadores que levam o portador de *diabetes mellitus* à inaceitação das mudanças de hábitos de vida; analisar, através da intervenção participativa, as contribuições que podem ser incorporadas às estratégias de ação; detectar as mudanças de atitude do portador de *diabetes mellitus*, a partir das práticas vivenciadas na intervenção participativa.

Por meio da pesquisa participativa, Damasceno (2005) utilizou a abordagem teórica e metodológica de educação popular de Paulo Freire com os usuários que se dispuseram a participar livremente do estudo durante a realização de treze círculos de cultura. Em dois momentos, foi possível obter todas as informações necessárias.

No primeiro momento, houve o levantamento dos prontuários no arquivo do Programa de Controle da Diabetes e Hipertensão, para identificação de dados primários e secundários como complementação para outras informações. Em seguida, houve a seleção de cinquenta prontuários que convergiam com os critérios pré-estabelecidos no projeto: ser diabético adulto, tipo *diabetes mellitus II*, estar inscrito no programa há dois anos ou mais e residir no bairro onde se localiza o Centro de Saúde a fim de facilitar o deslocamento dos participantes.

No segundo momento, a pesquisadora realizou trinta visitas domiciliares que, além de fornecerem as observações do cotidiano de vida *in loco*, permitiram a realização das entrevistas coletivas com as famílias, enriquecendo o levantamento do universo vocabular e temático da amostra estudada, conduzindo para o convite feito aos portadores de *diabetes mellitus II* para participação nos círculos de cultura.

Foram realizados treze encontros, um a cada terça-feira, sempre no turno da tarde, das 14 às 16 horas, e com frequência de comparecimento entre dezessete e vinte participantes.

A experiência vivenciada durante as reuniões nos círculos de cultura demonstraram grandes dificuldades dos usuários em expressarem, através da linguagem/fala, pensamentos, sentimentos, interpretação dos temas trabalhados, apesar de os temas terem sido cuidadosamente selecionados a partir das próprias sugestões do grupo.

A autora concluiu seu estudo constatando, através de relatos verbais dos portadores de *diabetes mellitus II*, que os encontros nos círculos de cultura favoreceram o processo de conscientização, expansão do saber e tomada de decisões, através da socialização de saberes e da reflexão. No decorrer do cotidiano profissional, como enfermeira, foi possível constatar que a construção

de formas de convivência com a patologia levou um percentil significativo dos usuários a uma tomada de atitude consciente e favorável ao tratamento.

Considera, ainda, que o estudo enriqueceu sua prática laboral, adotando o mesmo posicionamento em outros grupos da Estratégia Saúde da Família onde trabalha, elucidando que é possível realizar atividades de educação em saúde emancipatórias com muito esforço, estudo e, sobretudo, interesse (DAMASCENO, 2005).

Sustentadas no referencial da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta¹¹, Erdmann, *et. al.* (2007) relataram a experiência, como acadêmicas, no cuidado em enfermagem e educação em saúde aos frequentadores do Centro Desportivo e Cultural Araguá em Florianópolis-SC, principalmente aos profissionais do *surf*. Constataram que a enfermagem tem um papel indispensável no cuidado aos atletas, além de possibilitar a ampliação de campos de atuação profissional ao enfermeiro, ainda pouco explorados.

O referencial teórico de Horta, utilizado pelas pesquisadoras durante as consultas de enfermagem e atividades de educação em saúde coletiva, foi analisado como adequado, pois possibilitou segurança, domínio de conhecimentos técnico-científicos aliados ao fazer, segundo a estrutura do processo de enfermagem, propiciando um cuidado interativo e construtivo.

Relataram, inclusive, que outro aspecto bastante interessante foi a possibilidade de compartilhar a interdisciplinaridade vivenciada na troca de experiências com os profissionais do Araguá que fundamentam suas atividades laborais na filosofia de promoção do viver mais saudável, integrado à natureza, especialmente valorizando a relação ar e água para a promoção da saúde.

As ações de educação em saúde pautadas em relacionamentos horizontalizados e em aspectos teóricos e metodológicos epistemologicamente cognoscíveis viabilizam uma atmosfera de sede por conhecimento e a real

¹¹ O modelo conceitual elaborado por Wanda de Aguiar Horta se fundamenta na Teoria da Motivação Humana de Maslow, que tem como base o conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano. O modelo teórico de Horta possui fases inter-relacionadas e organizadas que servem para o levantamento de dados necessários para que o enfermeiro possa direcionar as intervenções para a assistência ao paciente (NEVES, 2006).

possibilidade de expansão de vida dos usuários, conforme constatado nos artigos acima descritos.

Entretanto, outra realidade se abre aos pesquisadores. Besen, *et. al.* (2007) alertam para o que se observa no cotidiano dos serviços de saúde. Muitas vezes, as ações de educação em saúde são negligenciadas, os trabalhos em grupo são marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infraestrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos que se propõem efetuar tais atividades. Com isso, as relações entre profissionais de saúde e usuários ficam vulneráveis, e as mudanças, que proporcionariam expansão de vida e autonomia, permanecem negligenciadas. Os estudos relatados a seguir enfatizam ações que não lograram êxito em suas atividades de educação em saúde.

A fim de identificar a percepção das gestantes quanto à escuta e diálogo oferecido durante a assistência prestada pela equipe multidisciplinar em quatro Unidades Básicas de Saúde, localizadas na região periférica do Município de São Paulo—SP, Durães-Pereira, Novo e Armond (2007) realizaram sua pesquisa em duas unidades que ofereciam modelo tradicional de assistência e duas, com modelo Estratégia Saúde da Família (ESF).

Mediante estudo transversal com 152 participantes, os autores averiguaram que o número de gestantes que receberam orientações foi maior em uma das unidades de saúde que oferecem o modelo tradicional de assistência, concluindo que a usuária encontra escuta e diálogo durante o pré-natal tanto nas unidades de saúde consideradas tradicionais quanto nas Estratégias Saúde da Família, e enfatizam que, em ambos os modelos de atendimento, pode realizar-se um excelente trabalho de Atenção Primária à Saúde.

Para efeito de contestação, e por estar embasado em aspectos que visem à *práxis* do sujeito em sua completude, o fato de o “modelo tradicional” de assistência, responsável pela Atenção Secundária à Saúde, oferecer estatisticamente um melhor desempenho no processo de educação em saúde se apresenta, no mínimo, incoerente com os princípios e diretrizes propostos na reforma sanitária brasileira.

A implantação da Estratégia Saúde da Família ocorreu sob uma concepção abrangente dos cuidados e práticas que deveriam ser desenvolvidas. A Organização Mundial da Saúde atesta vastas evidências acerca das vantagens comparativas, em termos de efetividade e eficiência, da oferta e organização dos sistemas de saúde centrada na Atenção Primária. A Estratégia Saúde da Família deve ser vista como um importante caminho para uma maior equidade em saúde no país se, de fato, alcançar a lógica do sistema de saúde e melhorar seu desempenho perante a comunidade (BONSTEIN, 2009).

Peres, Dal Poz e Grande (2006), visando avaliar a experiência de implantação da ESF em seis municípios do Estado do Rio de Janeiro, especificando a visita domiciliar como espaço privilegiado para o diálogo e produção de saberes, contando com a participação de 78 médicos e 131 enfermeiros, concluíram que o caráter estratégico da ESF contribui significativamente para consolidar o SUS e superar desigualdades sociais.

Entretanto, os autores identificaram um conjunto expressivo de profissionais - 10,3% de médicos e 14,5% de enfermeiros - que ainda não realizam esta atividade, conduzindo para a interpretação de que o modelo biomédico ainda exerce influência nas atividades da atenção primária.

Nesta perspectiva, as visitas são comumente realizadas de maneira mecanizada pelos profissionais de saúde, e os pacientes, em sua maioria, portadores de patologias crônicas, são meros consumidores de medicamentos por vinte, trinta e até quarenta anos, o que contradiz os pressupostos defendidos pela ESF. Apoiados no reencontro entre saberes, os autores acreditam que o enfoque da complexidade, proposto por Morin, ajuda a reconhecer a *práxis* em saúde como ferramenta capaz de contribuir no enfrentamento das dificuldades vivenciadas na atenção primária (PERES; DAL POZ; GRANDE, 2006).

Na busca de novos caminhos que melhor refletissem a consulta de enfermagem como espaço para a educação em saúde no pré-natal, Rios e Vieira (2007) realizaram um estudo reflexivo pautado no novo paradigma de avaliação

qualitativa, conhecido como “avaliação emancipatória”¹², envolvendo cinco enfermeiras do ambulatório do Hospital Universitário, em São Luís do Maranhão.

Frente aos resultados encontrados, a ação educativa realizada pelas enfermeiras durante a consulta pré-natal caracteriza-se, predominantemente, como ação rotineira, pouco participativa, com predominância informativa apesar da existência do bom propósito de educar, onde questões relacionadas ao modelo assistencial, estrutural e organizacional da Instituição emergiram como obstáculos para a realização da educação em saúde como tendência libertadora, crítico-social e transformadora.

A pesquisa apontou para a necessidade de reorientação do serviço de enfermagem na atenção à gestante, criação de um ambiente físico adequado para o atendimento durante a consulta de enfermagem e a participação da gestante em grupos oferecidos na atenção primária.

Observa-se constantemente um grande incentivo ao aumento da cobertura no atendimento à gestante, em seu aspecto epidemiológico, em detrimento à qualidade desta assistência, o que não corresponde às diretrizes normativas de promoção à saúde. As autoras acreditam que se faz necessária a persistência dos profissionais de enfermagem no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria das ações educativas no pré-natal.

Tavares e Rodrigues (2002), em pesquisa realizada para identificar as necessidades educativas em saúde das pessoas idosas diabéticas, tipo 2, que frequentam a Associação dos Diabéticos de Uberaba-MG e elaborar propostas educativas de acordo com as necessidades identificadas, ressaltaram a necessidade de preparo dos profissionais da saúde, em especial do enfermeiro, na realização de atividades que direcionem para a prevenção da patologia e promoção da saúde.

¹² Avaliação Emancipatória é um processo através do qual os participantes da pesquisa compreendem a situação, objeto de estudo, mediante a consideração das interpretações e aspirações daqueles que nela atuam, para oferecer a informação de que cada um dos participantes necessita a fim de entender, interpretar e intervir de modo mais adequado. Os procedimentos a serem desenvolvidos envolvem a descrição da realidade, crítica da realidade e a criação coletiva (RIOS; VIEIRA, 2007).

Embora a proposta da Associação dos Diabéticos objetivasse “assistir ao diabético, orientá-lo, bem como sua família no que concerne aos aspectos material, moral e educacional, promovendo sua reabilitação, sempre que possível”, as atividades educativas aconteciam de maneira esporádica ou mediante solicitação do grupo e/ou da administração.

Diante da receptividade da Instituição em receber profissionais capacitados para trabalhar com educação em saúde, da demanda de participantes que buscam informações sobre sua enfermidade, do espaço físico disponibilizado para realização do estudo, os autores utilizaram a proposta metodológica de Paulo Freire em 26 diabéticos entrevistados.

A partir dos temas geradores, foi elaborada uma proposta educativa que levasse o idoso a refletir sobre a interferência do *diabetes mellitus* em sua vida, bem como as possíveis formas de enfrentamento desta enfermidade, de maneira a não modificar substancialmente seu estilo de vida. Por meio de relato verbal dos participantes, foi possível esclarecer as dúvidas e constatar a validação do trabalho realizado.

Mesmo obtendo um resultado satisfatório, do ponto de vista dos autores do estudo, houve limitações no tocante ao impacto que a atividade educativa ocasionou nos entrevistados. Questionou-se se os diabéticos diminuíram seus índices glicêmicos, mudaram sua rotina nutricional ou até conscientemente se negaram a realizar qualquer atitude favorável ao tratamento, pois o período do estudo foi muito curto para conseguir estas informações que poderão ser trabalhadas na construção de outro artigo.

A partir dos relatos de experiência educativa, no campo da saúde coletiva, de enfermeiros brasileiros publicados entre 1988 e 2003, identificados a partir dos bancos de dados LILACS e PERIENF, Pereira (2005) constatou que a produção foi assinalada especialmente por docentes, do eixo Sul/Sudeste, com a identificação do contexto dos sujeitos fragilmente caracterizada.

A partir das concepções nucleares do campo da saúde coletiva e da educação utilizaram-se, como parâmetro na seleção das publicações, trabalhos escritos por enfermeiros, docentes ou não, e a descrição de práticas educativas

voltadas para uma dada população, realizadas em unidades básicas de saúde ou em instituições sociais do território adscrito.

A responsabilidade pelo “saber fazer” ficou a cargo do docente e dos alunos de pós-graduação, enquanto o “saber operante”, na maioria das publicações, era assumido pelo aluno de graduação, de pós-graduação ou pelos profissionais da atenção primária dos serviços de saúde. Muitas publicações explicitaram as concepções de educação em saúde e os instrumentos utilizados no trabalho educativo, mas não os articularam à concepção de saúde norteadora de sua prática social.

No entanto, os saberes instrumentais que conformam a concepção de educação em saúde estão na dependência do que os múltiplos agentes do processo de trabalho educativo reconhecem como objeto das práticas sociais em saúde. Assim, Pereira (2005) assegura que se faz imprescindível empreender esforços para o aprimoramento do processo de elaboração dos relatos, identificando o contexto instaurador das necessidades educativas e os elementos teórico-metodológicos que fundamentam as práticas educativas em saúde.

Neste sentido, para que o processo de trabalho educativo em saúde instrumentalize as classes e/ou os grupos sociais no processo de transformação do objeto da saúde coletiva, ou seja, os perfis epidemiológicos, seriam necessários mais que clareza e habilidade no uso de recursos pedagógicos. Seria preciso que a enfermagem, como uma das distintas práticas sociais em saúde, dominasse a concepção de saúde e de educação que objetualiza o recorte do processo de trabalho educativo, além de entender profundamente a concepção de educação em saúde que aprimora o saber instrumental para a real transformação do sujeito (PEREIRA, 2005).

Cardim, *et. al.* (2005), a partir da observação do pequeno enfoque dado às práticas educativas em saúde durante a graduação, desenvolveram estudo exploratório, de abordagem quantiqualitativa, com os objetivos de verificar se os acadêmicos de enfermagem utilizam a educação em saúde na prática diária de cuidar durante as atividades práticas e identificar qual a abordagem pedagógica utilizada por eles ao realizarem ações educativas em saúde.

Os dados convergiram para a constatação de que a educação em saúde é uma prática que está presente na assistência dos acadêmicos de enfermagem, contudo vem sendo fundamentada na pedagogia da transmissão do conhecimento pautada na “mudança de comportamento”, através de um “enfoque preventivo”.

Embora 97,3% dos acadêmicos assegurem a utilização das ações de educação em saúde em seu cotidiano de cuidar norteado pela Matriz Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, em sua maioria, esta prática ainda se fundamenta na visão pedagógica tradicional. Os autores acreditam que este enfoque utilizado pode ser um reflexo da formação acadêmica que, apesar de estar pautada em um currículo com proposta metodológica problematizadora, ainda não viabiliza discussões profícuas sobre a realização das práticas em saúde (CARDIM; *et. al.*, 2005).

Os resultados apontaram para a necessidade de fornecer aos acadêmicos de enfermagem um maior aporte educacional que os habilite para a prática da educação em saúde na atenção primária, secundária e terciária. Os autores sugerem a criação de espaços dentro de cada disciplina ou módulo para a discussão e reflexão sobre a prática educativa em saúde visando à troca de experiências e conhecimentos entre profissionais de saúde e clientes, de maneira que ambos sejam atores do processo de conquista do direito à saúde em seu conceito ampliado, atendendo às prerrogativas do sistema de saúde brasileiro.

Partindo de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, Góes e La Cava (2009) buscaram investigar a concepção de educação em saúde que norteia a prática educativa do enfermeiro junto à família da criança hospitalizada. Foram entrevistados nove enfermeiros na unidade de pacientes internos de um Hospital Universitário Pediátrico, localizado no município do Rio de Janeiro.

A partir da análise temática dos dados, os autores constataram que a concepção de educação em saúde esteve pautada na transmissão de conhecimentos e no modelo biologicista do processo saúde–doença, cujo saber das famílias, a sua realidade social e a existência de práticas populares foram

pouco valorizadas. Os autores recomendam a formação de grupos de discussão com enfermeiros nas unidades hospitalares acerca da educação em saúde e a criação de grupos educativos com as crianças hospitalizadas e suas famílias.

Vale destacar que, em nenhum momento do artigo, houve referência significativa à atenção primária à saúde, levando a crer que o princípio organizativo do SUS de referência e contrarreferência fica muito fragilizado na atmosfera assistencial da atenção à saúde. A burocracia e o desconhecimento dos profissionais prejudicam a operacionalização dos princípios propostos pelo SUS, desencadeando na perpetuação do modelo biomédico nas instituições de saúde.

Com o objetivo de investigar em que medida as relações entre médicos e enfermeiros, membros da equipe de saúde da família, estabeleceram com usuários (individual e coletivamente) numa comunidade adscrita na Estratégia Saúde da Família, Ribeiro (2005) evidenciou que o vínculo de compromisso e corresponsabilidade esteve enredado numa trama de influências/determinações advindas do macro, meso e micro- contexto em que seus autores são múltiplos.

Especificamente para médicos e enfermeiros, estendendo-se a outros profissionais que compõem a equipe, coube experienciar as conflitualidades do jogo entre “dever” e “poder” estabelecer o vínculo no sentido estratégico requerido, até porque o modelo de atendimento em saúde vigente na realidade investigada foi o biomédico, sendo validado pela gerência e gestão, validado também pela população e pelos próprios médicos e enfermeiros, produzindo a pseudoconcreticidade do vínculo.

Enquanto a queixa/doença for prioridade no atendimento aos usuários no âmbito da atenção primária, a posição do médico se manterá hegemônica, o trabalho continuará sendo executado de forma parcelar, médicos e enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais profissionais se manterão atuando como equipe agrupamento, desenvolvendo mais procedimentos do que resultados (RIBEIRO, 2005).

O que pareceu ser vitória para o SUS, na posição de valorização das ações preventivas e educativas, propagando que o hospital não é o principal

responsável pelo atendimento em saúde, convenientemente direcionado à atenção secundária e terciária, na realidade investigada por Ribeiro (2005), o modelo biomédico foi conduzido a um processo de adaptação, possível em função da evolução da ciência, da indústria dos medicamentos e equipamentos e do modo de saber/fazer dos profissionais, paradoxalmente imobilizados dentro de antigos modelos de prestação de assistência em saúde.

Na experiência vivenciada por Silva, Dias e Rodrigues (2009), visando analisar a *práxis* educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará, Brasil, foi possível a realização de entrevistas com dezesseis enfermeiros, através da utilização de roteiro semiestruturado de entrevista e emprego da observação participante.

Diante da interpretação dos materiais provenientes do campo, os autores puderam inferir que, hegemonicamente, os processos educativos em saúde estavam pautados em uma abordagem comportamental, de cunho eminentemente preventivo, cujas estratégias e recursos favoreciam a unidirecionalidade e a não dialogicidade do processo. Apesar disso, foi identificado um movimento crítico-reflexivo entre os enfermeiros, no sentido de questionar a forma como eram estruturados e como eram desenvolvidos os processos educativos.

Ações contra-hegemônicas também foram elucidadas, como a utilização de métodos educativos pautados nas necessidades e problemas reais da comunidade, cujos objetos de abordagem foram construídos de forma horizontal, em parceria com o público interessado. Desta forma, Silva, Dias e Rodrigues (2009) evidenciaram que seu estudo apontou para uma tensão significativa entre os dois principais modelos educativos, o tradicional e o dialógico, embasando fortemente as perspectivas estudadas nesta pesquisa.

As inúmeras tentativas de transformação do modelo assistencial biomédico, hospitalocêntrico, tradicional para o de produção social da saúde, neste contexto, em nível de Atenção Primária, à ampliação das responsabilidades dos gestores, dos profissionais, dos usuários e da comunidade na condução dos serviços e humanização de práticas de atendimento em saúde.

O estabelecimento de relações satisfatórias, entre profissionais da saúde e usuários, fortalece e enriquece ações individuais e coletivas que previnem o aparecimento de patologias, principalmente as crônico-degenerativas, comumente observadas em território nacional e direcionam, de fato, às ações de autocuidado, autonomia e expansão de vida, propostas pelo SUS.

Referencial teórico filosófico

“É na inconclusão do ser que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente. Homens e mulheres se tornam educáveis na medida em que se reconhecem inacabados. Não foi a educação que fez homens e mulheres educáveis, mas a consciência de sua inconclusão é que gerou sua educabilidade.”

(Paulo Freire)

5 – REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO

Tendo como objeto de estudo as relações estabelecidas entre enfermeiros e usuários, visando avaliar até que ponto as ações de educação em saúde efetivamente ocorrem como prática eficaz ao alcance da prevenção proposto pelo SUS. Esta pesquisa defende que a enfermagem pode se utilizar da teoria de Paulo Freire para estabelecer diálogos com seus usuários.

Partindo das premissas de que qualquer intervenção em saúde implica uma ação pedagógica, de que os processos pedagógicos são indissociáveis dos relacionais e de que o contexto da Atenção Primária é dinâmico e, constantemente, permeado por tensões envolvendo os interesses da comunidade e o que é oferecido pela gestão, a escolha pela base epistemológica elaborada por Freire se justifica por ser fundamentada numa antropologia filosófica dialética que objetiva o engajamento do indivíduo na luta por transformações sociais (FEITOSA, 1999).

Considerado um dos maiores pedagogos da atualidade e respeitado mundialmente, Paulo Freire nasceu em Recife, no ano de 1921, e faleceu aos 75 anos, no dia 02 de maio de 1997, na cidade de São Paulo, vítima de infarto agudo no miocárdio, deixando como maior legado a visão de que todo educador é, também, um aprendiz (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Formado em Direito, embora sem ter exercido a profissão por opção pessoal, dedicou-se ao ideal da educação e alfabetização. Na década de 1950, já pensava a educação para adultos, não como mera reposição de conteúdos, mas sugeria uma pedagogia singular, com a associação entre a teoria, a experiência do vivenciado no cotidiano, o trabalho, a pedagogia e a política (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Suas experiências com notoriedade nacional foram realizadas em 1962, na cidade de Angicos, interior do Rio Grande do Norte, onde trezentos trabalhadores rurais se alfabetizaram em 45 dias. Embora suas ideias e práticas tenham sido objeto das mais diversas críticas, é inegável a sua contribuição em favor da educação popular (VASCONCELOS; BRITO, 2006).

Suas atividades foram interrompidas com o golpe militar de 1964, que determinou sua prisão. Viu-se obrigado a se exilar por quatorze anos, dos quais cinco foram vivenciados no Chile, entre 1964 e 1969 e, posteriormente, passou a viver como cidadão do mundo (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Na década de 1970, junto a outros brasileiros exilados, em Genebra, Suíça, criou o IDAC (Instituto de Ação Cultural), onde assessorou diversos movimentos populares, em vários locais do mundo. No retorno ao Brasil, em 1979, Paulo Freire continuou com suas atividades de escritor e debatedor, assumindo cargos em universidades e de Secretário Municipal de Educação na Prefeitura de São Paulo, entre 1989 e 1991, na gestão da então prefeita Luiza Erundina, do PT (FEITOSA, 1999).

Dentre suas principais obras, destacam-se *Educação como prática de liberdade*, *Pedagogia do oprimido*, *Cartas à Guiné Bissau*, *Vivendo e aprendendo*, *A importância do ato de ler* (VASCONCELOS; BRITO, 2006).

Para Gadotti (1996), há duas fases no pensamento freireano: o Paulo Freire latino-americano das décadas de 60–70, autor da *Pedagogia do Oprimido*, e o Paulo Freire, cidadão do mundo das décadas de 80–90, dos livros dialogados, da sua experiência pelo mundo e de sua atuação como administrador público em São Paulo.

Scocuglia (2005) defende que um equívoco muito comum na análise dos trabalhos de Paulo Freire é ignorar a clara evolução de suas concepções, que começa por um idealismo moldado por sua vinculação ao pensamento católico moderno, chegando até seu crescimento em direção à abordagem dialética da realidade, que caracteriza seus últimos escritos.

Se sua *Educação como prática da liberdade* é influenciada por concepções de Jaspers e Marcel no nível filosófico, a *Pedagogia do oprimido* já demonstra uma clara aproximação da melhor tradição radical, de Marx e Engels aos modelos revolucionários e de outras linhas de análise crítica contemporânea (SCOCUGLIA, 2005).

Neste sentido, Scocuglia atesta que o relacionamento educação–política sofre substanciais mudanças analíticas no transcorrer do discurso do educador, quando o próprio Freire declara que, inicialmente, não enxergava este tipo de relacionamento e que a *posteriori* descobriu aspectos políticos na educação.

Conforme o exposto, Scocuglia (2005) divide didaticamente sua pesquisa em três momentos históricos na obra freireana: o primeiro, correspondente aos escritos realizados entre 1959 e 1970. O segundo momento, contemplando toda a década de 1970; e, finalmente, o terceiro, compondo-se do material produzido nas décadas de 1980 e 1990.

Esta leitura “cronológica” (mas não linear) é facilitada pelo próprio Freire, que faz com que a sequência dos seus escritos siga (sem rigidez proposital) uma certa ordem organizativa, de modo que o texto seguinte retome as discussões e propostas colocadas anteriormente. O leitor atento verifica certa intencionalidade num pensamento com introdução – desenvolvimento – conclusão, sem constatar ideias fixas ou conceitos irreversíveis (SCOCUGLIA, 2005).

Vale ressaltar que os três momentos não foram tratados por Scocuglia dicotomizadamente, mas como componentes de um *corpus*: o da construção do seu pensamento político–pedagógico merecidamente respeitado e difundido.

Tal pensamento político–pedagógico repercutiu no “método Paulo Freire”, amplamente veiculado nas instituições escolares como referência a uma “concepção democrática, radical e progressista de prática educativa” (FEITOSA,

1999, p. 49). Contudo, para o próprio Freire, em entrevista concedida à Nilcéia Lemos Pelandré, em 14 de abril de 1993, ele expõe o seguinte:

Eu preferia dizer que não tenho método. O que eu tinha, quando muito jovem, há 30 ou 40 anos, não importa o tempo, era a curiosidade de um lado e o compromisso político do outro, em face dos renegados, dos negados, dos proibidos de ler a palavra, relendo o mundo. O que eu tentei fazer e continuo hoje, foi ter uma compreensão que eu chamaria de crítica ou de dialética da prática educativa, dentro da qual, necessariamente, há uma certa metodologia, um certo método, que eu prefiro dizer que é método de conhecer e não um método de ensinar (FEITOSA, 1999, p. 49).

Feitosa (1999) explica que a insistência em classificar a proposta de Paulo Freire em termos de “Método” ou “Sistema” se dá pelo fato de ela compreender uma certa sequenciação de ações, ou melhor dizendo, estrutura-se em momentos ou fases que, pela sua natureza dialética, não são estanques, mas estão interdisciplinarmente ligados entre si.

Freire (2011b) propõe a execução prática de seu método em cinco fases.

Na primeira fase, ocorre o levantamento do universo vocabular dos grupos com quem se trabalhará. Esta fase se constitui num importante momento de pesquisa e conhecimento do grupo, aproximando educador e educando numa relação mais informal e, portanto, mais carregada de sentimentos e emoções. É igualmente importante para o contato mais aproximado com a linguagem e a cultura típicas da região.

A segunda fase caracteriza-se pela escolha das palavras geradoras selecionadas do universo vocabular pesquisado. Esta escolha deverá ser feita sob os critérios: a) da riqueza fonêmica da palavra; b) das dificuldades fonéticas, numa sequência gradativa dessas dificuldades; c) do teor pragmático da palavra, ou seja, cultural, política, econômica, etc.

No tocante à terceira fase, constata-se a necessidade da criação de situações existenciais típicas do grupo com quem se vai trabalhar. Envolve situações existenciais desafiadoras, codificadas e carregadas de elementos que serão decodificados pelo grupo com a mediação do educador.

As situações existenciais são situações locais que, discutidas, abrem perspectivas para análise de problemas locais, regionais e nacionais.

Para a quarta fase, Freire (2011b) orienta a elaboração de fichas – roteiro, pois auxiliam os coordenadores de debate em seu trabalho. São fichas que deverão servir como subsídios, sem nenhuma prescrição rígida a seguir.

Finalmente, a quinta fase sugere a elaboração de fichas com a decomposição das famílias fonêmicas correspondentes aos vocábulos geradores. Esse material poderá ser confeccionado na forma de slides, *stripp-filmes* (fotograma), cartazes, etc.

A proposta de utilização dessa metodologia na alfabetização de jovens e adultos foi completamente inovadora e diferente das técnicas até então utilizadas que eram, na maioria das vezes, resultado de adaptações simplistas das cartilhas, com forte tônica infantilizante. Foi diferente, sobretudo, por possibilitar uma aprendizagem libertadora, não mecânica, mas uma aprendizagem que requer uma tomada de posição frente aos problemas que se vive cotidianamente (FEITOSA, 1999).

Desde a sua origem e aplicação nas décadas de 1950 e 1960 até a atualidade, o “Método Paulo Freire” vem suscitando controvérsias, constituindo-se em assunto polêmico para a realização de teses, simpósios, mesas-redondas, publicação de livros e artigos científicos, além de se constituir em fonte de estudo, pesquisa e, também, aplicação prática em diferentes partes do Brasil e do mundo.

Para Feitosa (1999), uma das críticas mais sólidas direcionadas ao método Paulo Freire parte da Teoria do Construtivismo. O que hoje se veicula como construtivismo nasceu na epistemologia genética de Piaget, recebendo uma redefinição com Vygotsky e seus seguidores e, especificamente no caso da língua vernácula escrita, o autor aponta influências de pesquisas desenvolvidas por Emília Ferreiro e colaboradores.

A Teoria do Construtivismo é definida como concepção pedagógica contemporânea usada inicialmente por Piaget em seus últimos 20 anos de produção científica, para designar o processo do conhecimento pelo próprio sujeito, agente do ato de conhecer. Trata-se de uma tendência genética capaz de

ultrapassar as construções mentais acabadas para satisfazer as lacunas existentes. O sujeito que conhece constrói, reconstrói, cria e recria, modifica, produz o novo conhecimento (FEITOSA, 1999).

Feitosa explica que não se trata de um método, o construtivismo converge para uma concepção de conhecimento, um conjunto de princípios. Sugere uma determinada visão do ato de conhecer. Piaget defende que todo conhecimento consiste em formular novos problemas à medida que resolvemos os precedentes. Para ele, o conhecimento é compreendido como atividade incessante.

Em consonância com a teoria piagetiana, Freire concebe homens e mulheres como produtores de cultura e sujeitos produtores do conhecimento, elementos que demonstram a cientificidade dos pressupostos freireanos. Todavia, a teoria construtivista defende a concepção de que o texto é a unidade básica no ensino da língua materna, contrapondo-se às palavras geradoras defendidas por Freire.

A teoria construtivista explica que, se o objetivo é que o aluno aprenda a produzir e a interpretar textos, não é possível tomar como unidade básica de ensino nem a letra, nem a sílaba, nem a palavra, nem a frase que, descontextualizadas, pouco tem a ver com a competência discursiva, que é a questão central. Dentro desta perspectiva, a unidade básica só pode ser o texto, embora isso não signifique que não se enfoquem palavras ou frases nas situações didáticas específicas que o exijam (FEITOSA, 1999).

Nesse sentido, chega-se ao ponto em que o Método Paulo Freire, na forma como foi concebido e aplicado em diferentes experiências, diverge da concepção construtivista em relação, principalmente, à alfabetização de adultos. Tal divergência não tem o caráter de oposição, uma vez que, quando Paulo Freire concebeu seu método de alfabetização de forma silábica, ele desconhecia os estudos na área da psicogênese da língua escrita.

Sobre este assunto, Feitosa (1999) expõe o que Freire diz em entrevista concedida a Nilcéia Lemos Pelandré:

(...) Hoje a gente tem esses conhecimentos em função dos estudos sociolinguísticos, que não havia na época. A gente só tem

que refazer ou melhorar a questão da palavra, a questão da não sintonia necessária entre a palavra falada e a palavra escrita e os estudos recentes. Na época eu não dispunha das grandes fontes indispensáveis ao conhecimento do processo de alfabetização que temos hoje. Eu tinha referência, apenas, de Piaget. Mas eu não lia, não conhecia Vygotsky. Eu conheço essa gente hoje, não os conhecia há 30, 40 anos. (...). Então, quando se fazem certas críticas sobre mim, dizem, por exemplo, que um dos meus equívocos teria sido o de partir de palavras. Foi uma pouca explicitação de minha parte, porque no fundo eu partia de discursos. Não importa que eu tivesse me fixado no que a gente chamou de palavras geradoras, porque as palavras geradoras estavam dentro do discurso. Segundo, é que eu propunha codificações, ou cujo debate precedia sempre a decodificação da palavra, aquela palavra saía inúmeras vezes num discurso decodificador que é a leitura da codificação. Então, no fundo, a alfabetização estava se dando na base da compreensão da sentença, na base da compreensão de um juízo inteiro e não da palavra descontextualizada, como se ela fosse uma totalidade absoluta, o que não é (FEITOSA, 1999, p. 77).

Esse pluralismo de Freire mostra a sua flexibilidade e abertura, a sua disposição em ouvir o outro dialogando com ele, ampliando a visão de mundo. Essa pode ter sido uma de suas principais qualidades e que garantiram a ele a capacidade de saber compreender homens e mulheres, não numa relação paternalista, mas essencialmente numa visão libertadora.

Como não é o objetivo desta pesquisa aprofundar a questão dos aspectos psicogenéticos da língua escrita ou do estudo do desenvolvimento cognitivo do sujeito e a relação pensamento linguagem, o importante é reconhecer que, dialeticamente, o próprio Freire afirmou a incompletude de seu método e a necessidade de atualização constante.

Embora Feitosa (1999) defenda que o método Paulo Freire tenha revolucionado uma época e que se encontra desatualizado, no tocante à metodologia de ensino e aprendizagem da língua vernácula, mais especificamente na apreensão da leitura e escrita, a pesquisadora reconhece que Freire mantém-se atual no tocante à politicidade da prática educativa, na relação dialógica entre educador e educando, na importância dos conhecimentos prévios trazidos pelo educando, na crítica à educação bancária e no respeito à diversidade cultural.

Neste sentido, este trabalho defende o ponto de vista de que a enfermagem pode buscar, sob o pensamento freireano, a sustentação filosófica para o estabelecimento das relações dialógicas com sua clientela.

Isso considerado pode mudar o eixo de formação dos futuros profissionais, bom como os processos de atualização daqueles que já se encontram em atividade laboral que, via de regra, não têm o respaldo teórico de sustentação para a operacionalidade dessas necessárias relações dialógicas.

No processo de formação acadêmica do futuro enfermeiro, as disciplinas da matriz curricular que mais se aproximam da temática das relações estabelecidas entre profissionais e usuários envolvem a Antropologia Filosófica, Introdução à Psicologia, Filosofia, Ética em Enfermagem. Humanização e Práticas do Cuidado em Enfermagem (ALMEIDA; CHAVES, 2009).

Em estudo realizado por Almeida e Chaves (2009), objetivando investigar a presença de conteúdos que tratem das relações entre profissionais da enfermagem e clientela na assistência em saúde, nos planos de curso das disciplinas que compõem a matriz curricular de treze cursos de graduação em enfermagem da cidade de São Paulo, revelou-se que os planos apresentados pelas instituições investigadas mostraram uma tendência ambígua na maneira de tratar a temática.

Os autores constataram que a maioria das disciplinas da matriz curricular das treze instituições em ensino acrescentava conteúdos que enfatizavam aspectos relacionais discutidos em sala de aula, entretanto 97% dessas instituições não apresentaram consistência teórica com inclusão aleatória de conteúdos teóricos oriundos das ciências humanas, utilizando termos imprecisos e descontextualizados da prática de enfermagem.

No tocante à capacitação dos profissionais, a necessidade de atualização e as constantes mudanças tecnológicas impõem que se reflita sobre novas estratégias educativas que contemplem a atuação do enfermeiro no âmbito da assistência, seja na atenção primária, seja na secundária ou terciária.

Neste ínterim, a capacitação profissional envolve atividades de educação permanente¹³, educação continuada¹⁴ e educação em serviço¹⁵ que possam atender às necessidades das instituições de saúde e dos profissionais, visando à melhoria da assistência oferecida ao cliente que, geralmente, apresentam propostas que envolvem o crescimento profissional e pessoal do cidadão mediante acréscimo de conhecimentos, aprimoramento de habilidades e promoção de mudanças de atitudes (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

Apesar da distinção entre os termos “educação permanente”, “educação continuada” e “educação em serviço”, a que mais se aproxima da proposta pedagógica emancipatória é a educação em serviço, por preocupar-se com as relações mantidas entre os membros que trabalham numa mesma instituição, a fim de refletir um ambiente saudável de trabalho ao usuário do serviço.

Por não haver claramente um direcionamento epistemológico e metodológico nos processos de ensino em enfermagem, os educadores responsáveis pela formação acadêmica dos futuros enfermeiros e aqueles que capacitam os profissionais atuantes nesta área da saúde devem instigar o pensamento crítico e reflexivo próprio do sujeito ontológico.

Nesta perspectiva, o alcance desta postura autônoma, crítica e reflexiva somente é possível por meio do diálogo. Com a visão do processo educativo numa tendência libertadora, o profissional de saúde, ênfase ao enfermeiro, é capaz de estimular o falar da comunidade fazendo com que seus integrantes possam interferir, dialogar e se sintam capazes de transformar o ambiente em que vivem (FREIRE, 1996).

A dialogicidade, para Freire (2011b), está ancorada no tripé educador – educando – objeto do conhecimento. O diálogo entre essas três “categorias

¹³ A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser pontencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

¹⁴ Educação continuada é entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações por meio de metodologias formais (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

¹⁵ Educação em serviço caracteriza-se como um processo educativo a ser aplicado nas relações humanas do trabalho, no intuito de desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, assim como seu aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

gnosiológicas” começa antes da situação pedagógica propriamente dita. A pesquisa das condições de vida dos educandos é um instrumento que aproxima educador–educando–objeto do conhecimento numa relação de justaposição, entendendo-se essa justaposição como atitude democrática, conscientizadora, libertadora, daí... dialógica.

Ao criticar veementemente o monólogo existente nos círculos educacionais da educação bancária¹⁶, Freire (2011b) introduz o conceito do diálogo, fundamentando-o filosoficamente, quando diz que educandos e educadores, cointencionados à realidade, encontram-se numa tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvendá-la, criticamente e, assim, criticamente conhecê-la, mas também no de recriar este conhecimento.

Então, o autor define o diálogo como o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar. Para Freire (2011b), o diálogo é condição básica para o conhecimento. O ato de conhecer, segundo ele, dá-se num processo social e o diálogo é, justamente, uma mediação deste processo.

Para Scocuglia (2005), o diálogo, admitido de início como possibilidade de mediação “interclasses”, é rechaçado como tal e entendido como ação entre os iguais e os diferentes, mas contra os antagônicos nos conflitos sociais. Neste sentido, Vasquez (2000) aponta que a grande tarefa humanista e histórica dos oprimidos é a de libertarem-se a si próprios e aos seus opressores.

Os opressores, que oprimem, exploram e violam devido ao poder que detêm, não podem encontrar nesse mesmo poder a força para libertar os oprimidos ou a si próprios. Só o poder que dimana da fraqueza dos oprimidos será suficientemente e, dialeticamente, forte para libertar a ambos (VASQUEZ, 2000).

¹⁶ Para Freire (1987), a educação bancária é aquela que coloca o professor como elemento central da prática educativa e imprescindível para a transmissão de conteúdos ao mesmo tempo que reduz o aluno à condição de homem inacabado, apenas um executor de prescrições. Este tipo de educação é vista pelo autor como forte instrumento de discriminação social, pois envolve uma forma específica de reproduzir a marginalidade social mediante a marginalidade cultural.

Todos os aspectos teórico-filosóficos defendidos por Freire se incorporam à pedagogia da educação em saúde, realizada pelos profissionais desta área no contexto das instituições que oferecem serviços nos níveis primário, secundário e terciário de assistência à comunidade. No momento em que os profissionais, ênfase ao enfermeiro, reconhecem a vocação ontológica do ser-sujeito histórico, temporal, criativo e cultural, faz usufruto profícuo da educação para a transformação e autonomia dos seus clientes (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Em Freire (2011a), a autonomia ganha um sentido sociopolítico-pedagógico quando conceitua autonomia como a condição sócio-histórica de um povo ou pessoa que tenha se libertado, se emancipado das opressões que restringem ou anulam sua liberdade de determinação.

Conquistar a própria autonomia implica libertação das estruturas opressoras. A libertação a que não chegarão pelo acaso, mas pela *práxis* de sua busca, pelo conhecimento e reconhecimento da necessidade de lutar por ela (FREIRE, 2011a).

Todo sujeito social tem potencial para ampliar sua compreensão acerca do processo de viver, de ser saudável, de adoecer e de morrer dos seres humanos, inclusive o seu próprio. Inserido em um contexto social, possui uma experiência de vida e de trabalho, uma visão de mundo com a qual interage na realidade. Pode buscar, mediante a problematização e reflexão de situações concretas vividas, respostas aos desafios que se apresentam (SILVEIRA; *et. al.*, 2005).

Freire (2011d, p. 48), assim se refere ao sujeito social:

O sujeito social que atua numa realidade, a qual mudando, permanece para mudar novamente, precisa saber que, como homem, somente pode entender ou explicar a si mesmo como um ser em relação com esta realidade; que seu fazer nesta realidade se dá com outros homens, tão condicionados como ele pela realidade dialeticamente permanente e mutável e que, finalmente, precisa conhecer a realidade na qual atua com outros homens. Esse conhecimento, sem dúvida, não pode reduzir-se em nível da pura opinião (*doxa*) sobre a realidade. Faz-se necessário que a área da simples *doxa* alcance o *logos* (saber) e, assim, canalize para a percepção do *ontos* (essência da realidade). Este movimento da pura *doxa* ao *logos* não se faz, contudo, com um esforço estritamente intelectualista, mas na indivisibilidade da reflexão e ação da *práxis* humana.

Não há libertação que se faça com homens e mulheres passivos; é necessário conscientização e intervenção no mundo. A autonomia, além da liberdade de pensar por si e da capacidade de guiar-se por princípios que concordem com a própria razão, envolve a capacidade de realizar, o que exige um homem consciente e ativo; por esta razão, o homem passivo é contrário ao homem autônomo.

Nesta perspectiva, o arcabouço teórico-filosófico de Paulo Freire pode influenciar fortemente na atuação dos profissionais da saúde perante as relações que mantêm com seus usuários de maneira a determinar o processo saúde-doença do indivíduo, família e comunidade pela qualidade da assistência que é prestada.

A prática da enfermagem reveste-se de forte componente educativo. Neste sentido, um aprendizado para a autonomia e expansão de vida do sujeito direciona-se para a noção de falta, vazio, desconforto de saber-se incompleto, pois esta postura desemboca na busca pela completude, na busca pelo outro (profissional de saúde, professor, gestor, colegas), como parceiros para a experiência compartilhada do aprender sobre si, sobre o outro, sobre o mundo (SOARES; VERÍSSIMO, 2010).

Isto implica repensar atitudes, mudar, renovar, repensar o real para transformá-lo a partir do movimento, do tempo, da historicidade. Esse desejo de mudança, principalmente no contexto da Atenção Primária, requer atividades educativas pautadas em um agir ético, em uma transformação possível da postura profissional do enfermeiro como educador, que depende diretamente do compromisso e do envolvimento entre educandos e educadores (SILVEIRA; *et. al.*, 2005).

Objetivos

“O fato de que o homem é capaz de agir significa que se pode esperar dele o inesperado, que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável.”

(Hannah Arendt)

6 - OBJETIVOS

Este estudo tem, como objetivo geral,

. analisar os limites e possibilidades da ocorrência das relações dialógicas estabelecidas entre enfermeiros e usuários no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

E, como objetivos específicos,

- observar as relações estabelecidas entre o profissional da enfermagem e usuários, durante as atividades de educação em saúde;
- compreender as contradições existentes nas relações estabelecidas entre enfermeiros e usuários, em suas atividades cotidianas de educação em saúde;
- caracterizar como se dão, cotidiana e concretamente, as ações de educação em saúde.

Referencial Metodológico

*“Os caminhos do pensamento do sentido sempre se transformam,
ora de acordo com o lugar onde começa a caminhada,
ora consoante o trecho percorrido pela caminhada,
ora conforme o horizonte que, no caminhar,
vai se abrindo no que é digno de ser questionado.”*

(Martin Heidegger)

7 - REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este trabalho se ancorou no prisma teórico-metodológico da fenomenologia hermenêutico-dialética por entender que, do ponto de vista do pensamento, esta faz a síntese dos processos compreensivos e críticos (MINAYO, 2007).

Tendo surgido como método para fundamentar tanto as ciências quanto a própria filosofia, a fenomenologia torna-se movimento filosófico, fornecendo as concepções básicas subjacentes ao método (GARNICA, 1997).

Dessa forma, a fenomenologia é considerada um movimento cujo objetivo precípua é a investigação rigorosa e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e preconceitos (GARNICA, 1997).

Hermenêutica foi originalmente um termo derivado da teologia, designando uma metodologia de interpretação de textos bíblicos, passando posteriormente a designar um esforço de interpretação de textos complexos. Contemporaneamente, costuma designar, na filosofia, a reflexão de símbolos e, para fins metodológicos, é entendida como a exploração ou modelo de pesquisa cujo foco está na consciência e na experiência (HOLANDA, 2006).

A hermenêutica se fundamenta em dois importantes princípios: a) a experiência cultural, que traz os resultados dos consensos que se convertem em estruturas, vivências, significados compartilhados e símbolos; b) por outro lado, nem tudo na vida social é transparente e inteligível e nem a linguagem é uma estrutura completa da vida social. Daí a importância em se apoiar em análises de contexto e *práxis* (MINAYO, 2007, p. 167).

Neste aspecto, a dialética é desenvolvida por meio de termos que articulam os ideais de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social (MINAYO, 2002).

Assim, para a autora, na combinação de oposições complementares, o método dialético tem como pressuposto o método hermenêutico, ainda quando as duas concepções tenham sido desenvolvidas por movimentos filosóficos diferentes.

A fenomenologia hermenêutica-dialética busca compreender o fenômeno situado em um determinado contexto, cercado pelas coisas do mundo, entre tantas com as quais se defronta buscando entender este fenômeno, colocando-o em suspensão (GARNICA, 1997). Com o fenômeno em suspensão e tendo tematizado¹⁷ o que dele se procura compreender, interpretar e buscar a sua essência ou estrutura, que se manifesta nas descrições ou depoimentos dos sujeitos, como caminho capaz de realizar a compreensão e a crítica dos processos sociais.

A estratégia geral da pesquisa consistiu em captar e analisar, à luz da fenomenologia hermenêutico-dialética, o fenômeno das relações entre enfermeiros e usuários durante as atividades de educação em saúde nas Estratégias Saúde da Família do município de Cuité, Paraíba, Brasil.

A opção por este método converge com o entendimento de que a ESF se apresenta em processo de transformação das políticas públicas de saúde brasileira, que ocorreu a partir da década de 1970.

Embora apresente conquistas sociais ratificadas na Constituição de 1988 e implantação do SUS, vê-se passando por contrariedades, divergências, insuficiências, conseqüentes à sua inserção social, política e econômica pautadas, ainda, em princípios da doutrina neoliberal.

Neste sentido, a fenomenologia hermenêutico-dialética mostrou-se eficaz na árdua e realizadora jornada de negação, reflexão, interpretação, compreensão e descrição do fenômeno, permitindo emergir um conhecimento salutar sobre a

¹⁷ Tematizar quer dizer pôr de forma estabelecida, localizada, um assunto ou tópico sobre o qual se vai discursar, dissertar ou falar seriamente (GARNICA, 1997).

concreticidade das relações envolvendo enfermeiros e usuários no fazer educativo da ESF.

7.1 - Considerações metodológicas

O estudo foi do tipo exploratório-descritivo, desenvolvido a partir da abordagem qualitativa, pois permitiu a observância da palavra (falada, escrita, simbólica) que expressa os comportamentos humanos e permite a análise dos significados das experiências e relações humanas (MINAYO, 2007).

O estudo exploratório, por sua vez, viabilizou a análise preliminar do fenômeno e permitiu uma definição precisa do problema da pesquisa. Por sua vez, o estudo descritivo foi capaz de descrever os fatos e fenômenos da realidade estudada, estando de acordo com as perspectivas teóricas da fenomenologia hermenêutico-dialética, adotado para a compreensão das relações estabelecidas entre enfermeiros e usuários durante os processos de educação em saúde no âmbito da Atenção Primária (TRIVIÑOS, 2001).

7.2 – Participantes da Pesquisa

O estudo envolveu a participação de quatro enfermeiros e quatro usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, Paraíba, observando-se os preceitos éticos da Resolução 196/96 (Apêndice A) do Conselho Nacional de Saúde, que norteia a pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo o anonimato dos sujeitos e a livre decisão de desistência em qualquer uma das etapas da pesquisa (BRASIL, 1996).

Em decorrência da realização de estágios teórico-práticos da Universidade em quatro Estratégias Saúde da Família, os enfermeiros convidados foram os mesmos que acompanhavam o desempenho de acadêmicos em sua unidade. No tocante à escolha dos usuários, foram realizadas seis entrevistas aleatórias, entretanto, apenas quatro entrevistados atendiam aos requisitos de territorialização¹⁸ e, efetivamente, recorriam às atividades terapêuticas oferecidas pela Unidade de Saúde adscrita.

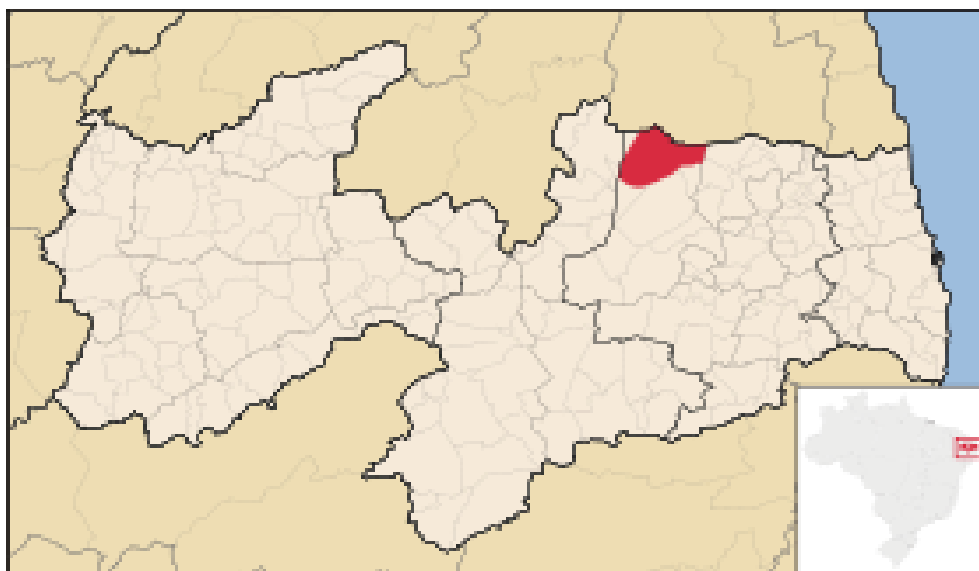
¹⁸ Roselline, *et. al.* (2008) explicam que a territorialização constitui-se base para planejamento em saúde por envolver a descentralização das ações de saúde. Sua definição ancora-se em duas vertentes: uma delas visa ao reconhecimento do território como área física, considerando as

Convencionou-se utilizar a inicial maiúscula “E”, para as entrevistas realizadas com enfermeiros, seguido da sequência numérica com que foi entrevistado e linha correspondente à transcrição de sua fala. O mesmo processo foi utilizado aos depoimentos oriundos das entrevistas realizadas com os usuários, associado à letra “U”.

Como se está diante de uma representatividade de participantes pequena, a identificação do enfermeiro e usuário à Estratégia Saúde da Família em que está adscrito fatalmente levaria à identificação de seus membros representantes, por esta razão, resguarda-se o direito de não direcionar os sujeitos desta pesquisa ao posto de saúde, a fim de validar os preceitos éticos da Resolução 196/96.

7.3 - Cenário da Pesquisa

A pesquisa se realizou em Cuité, interior do estado da Paraíba, município que tem este nome pelo uso que os índios cuités, da grande tribo dos cariris, faziam do fruto da cuitezeira utilizado na fabricação artesanal de cuias, gamelas e cochos. No dialeto indígena "Cui" quer dizer vasilha e "eté" grande, real, ilustre. Esses índios foram aldeados, em 1696, pelo padre João de Barros (HISTÓRICO, 2011).



Município de Cuité, interior do Estado da Paraíba, Brasil.
Fonte: Histórico, 2011

barreiras geográficas; complementada pela outra vertente, que converge para as relações humanas dentro desta barreira geográfica.



Cuitezeira.
Fonte: Histórico, 2011

Localizado na mesorregião da Borborema, agreste paraibano e agreste potiguar, o território polarizado por Cuité fica, aproximadamente, a 207 km de distância da capital do estado, João Pessoa, Paraíba e, aproximadamente, 114,2 km de Campina Grande, importante polo industrial e tecnológico do interior do estado (HISTÓRICO, 2011).

A mesorregião da Borborema é formada por 31 municípios que constituem uma área de 8.161 km², envolvendo quatro microrregiões dos Estados da Paraíba e do Rio Grande do Norte: o *Curimataú Ocidental*, compreendendo Algodão de Jandaíra, Arara, Barra de Santa Rosa, **Cuité**, Damião, Nova Floresta, Olivedos, Pocinhos, Remígio e Sossego; no *Curimataú Oriental*, destacam-se Cacimba de Dentro, Casserengue, Dona Inês, Riachão, Solânea e Tacima; *Seridó Oriental* abrange os municípios de Baraúna, Cubati, Frei Martinho, Nova Palmeira, Pedra Lavrada, Picuí, Seridó e Tenório; enquanto o *Trairi do Rio Grande do Norte* abarca Campo Redondo, Coronel Ezequiel, Jaçanã, Japi, Lages Pintadas, Santa Cruz e São Bento do Trairí (PIMENTA, *et. al.*, 2008).

O cenário consistiu nas Estratégias Saúde da Família, representando a Atenção Primária do município. Com uma área de 735,334 km, ocupada por uma população de 20.197 hab. (HISTÓRICO, 2011), Cuité oferece nove Unidades Básicas de Saúde, atendendo às famílias da zona rural e urbana com equipes

multidisciplinares, acrescidas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF¹⁹ (SIAB, 2011).

Após os trâmites da aprovação do comitê de ética (Anexo B), necessários à viabilização de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta de dados empíricos iniciou-se em fevereiro de 2011, estendendo-se entre os meses de março, abril e maio do mesmo ano.

O critério de escolha foi discutido entre os representantes da Secretaria Municipal de Saúde do município e profissionais enfermeiros das respectivas Estratégias Saúde da Família, decidindo-se que as Unidades escolhidas seriam as mesmas que oferecem estágios curriculares teórico-práticos aos acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Cuité.

A escolha pelas unidades que estabelecem parceria com a Instituição de Ensino Superior (IES) facilitou o encaminhamento das necessidades acadêmicas da pesquisa, envolvendo acesso às informações, aos sujeitos, ao cotidiano das unidades e melhores estratégias de compreensão do fenômeno estudado.

7.4 – Instrumentos e procedimentos

A organização metodológica de coleta de material empírico respeitou os passos do itinerário de pesquisa proposto por Paulo Freire, citado em Heidemann (2006) e adaptado às necessidades deste estudo, sendo realizada em três etapas: **a) Entrada no campo com investigação dos temas geradores; b) Codificação, decodificação dos temas geradores e c) Desvelamento crítico.** Estes momentos serão descritos no capítulo referente à interpretação dos resultados.

Para auxiliar no desenvolvimento da investigação, foi utilizada a observação participante como complemento na compreensão das situações e fenômenos que foram vivenciados, convergindo para os atendimentos, reuniões coletivas com a comunidade, reuniões entre os membros da equipe

¹⁹ O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) foi criado em 2006, visando ampliar a abrangência e escopo das ações da Atenção Primária. Deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento a fim de atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das Estratégias Saúde da Família (BRASIL, 2007b).

multidisciplinar, reuniões entre enfermeiros, reuniões entre os profissionais de saúde e os usuários, até porque a pesquisadora se inseria no cenário ora como estudante da Pós-Graduação, ora como docente da IES.

A observação participante permitiu o acesso não somente ao indivíduo, como a tudo que o circunda: seu universo cultural e linguístico, suas condições concretas de vida e trabalho, entre outros fatores. Esta modalidade de pesquisa pode ser definida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Neste contexto, o observador encontra-se face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe as informações. Assim, o observador é parte da atmosfera de observação em que modifica e, ao mesmo tempo, é modificado (MINAYO, 2002).

Para Martins (1996), por se tratar de uma metodologia elaborada principalmente no contexto da antropologia, a observação participante objetiva estabelecer uma adequada participação dos pesquisadores dentro dos grupos observados de modo a reduzir a apreensão recíproca.

Os pesquisadores são levados a compartilhar os papéis e os hábitos dos grupos observados para estarem em condições de observar fatos, situações e comportamentos que não ocorreriam ou seriam alterados na presença de estranhos.

O autor continua explicando que, através da imersão no cotidiano de uma outra cultura, o pesquisador poderia chegar a realmente compreendê-la, ou seja, a convivência do pesquisador com a pessoa ou grupo estudado cria condições privilegiadas para que o processo de observação seja conduzido e possibilite o acesso a uma compreensão que, de outro modo, não seria alcançável.

Admite-se, nesta perspectiva, que a experiência direta do observador com a vida cotidiana do outro, seja ele indivíduo ou grupo, é capaz de revelar, na sua significação mais profunda, ações, atitudes, episódios, etc. que, de um ponto de vista exterior, poderiam ser obscurecidas ou até mesmo opacas. (MARTINS, 1996).

Neste jogo dialético de transformações entre os sujeitos da realidade estudada, o diário de campo se fez em dispositivo essencial de anotações de

todas as inquietações, impressões, afetações, contradições, enfim, todas as situações vivenciadas durante a realização do estudo.

Lima, Mito e Dal Prá (2007) chamam a atenção para que não se negligencie a documentação no contexto do exercício acadêmico e profissional, considerando a sua relevância para o processo de conhecimento e sistematização da realidade, do planejamento e da sua importância ao alicerçar a produção de conhecimento.

Além da observação participante e do diário de campo, foi utilizado um roteiro semiestruturado de entrevistas aos profissionais da enfermagem e usuários (Apêndice B). A partir das respostas obtidas, foi possível elucidarem-se os limites e possibilidades de superação nas relações estabelecidas entre os participantes na Atenção Primária do município de Cuité, Paraíba, Brasil.

A entrevista valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo. Essa técnica parte de certos questionamentos básicos, dando ao informante a liberdade para seguir a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador. As perguntas previamente elaboradas no roteiro semiestruturado constituem parte da entrevista e não nasceram *a priori*, mas foram resultado da teoria que alimenta a ação do investigador e de toda informação de que ele já dispõe sobre o fenômeno que interessa estudar (TRIVIÑOS, 2001).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas logo a seguir, sendo dada ao entrevistado a garantia do anonimato, conforme preconiza a Resolução 196/96 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (Apêndice A). Ao entrevistado também foi assegurado o direito de desistir em qualquer das etapas da pesquisa.

7.5 - Análise dos dados

Para análise e interpretação dos dados oriundos do campo, utilizou-se a técnica de análise hermenêutico-dialética proposta por Minayo (2007, 2002) para pesquisas qualitativas. A interpretação hermenêutica se move como categoria

filosófica fundante de significados, símbolos, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento. A dialética, por sua vez, converge para ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação.

Ao mostrar-se como a hermenêutica realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade na qual ocorre, ressalta-se que suas limitações podem ser fortemente compensadas pelas propostas do método dialético. A dialética, por sua vez, ao sublinhar a dissensão, a mudança e os macroprocessos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico, que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade (MINAYO, 2002).

Esta técnica defende que a essência do que se procura nas manifestações do fenômeno nunca é totalmente apreendida, mas a trajetória da busca possibilita compreensões. O pesquisador busca apreender aspectos do fenômeno por meio do que dele dizem outros sujeitos com os quais vive, interrogando-os de modo a focar seu fenômeno (MINAYO, 2002).

O material empírico proveniente das entrevistas realizadas com enfermeiros e usuários no campo foi transcrito na íntegra, foi feita uma releitura do material, separando os depoimentos referente às relações estabelecidas entre enfermeiros e usuários e às atividades de educação em saúde, como início da fase de classificação.

Situado o fenômeno, recolhidas as descrições oriundas da observação participante, diário de campo e entrevistas, inicia-se o momento das análises ideográfica e nomotética. Garnica (1997) explica que a análise ideográfica é assim chamada porque busca tornar visível a ideologia presente na descrição ingênua dos sujeitos podendo, para isso, lançar mão de ideogramas ou símbolos expressando as ideias.

Neste momento, o pesquisador procura por unidades de significado, o que faz após várias leituras de cada uma das descrições. As unidades de significado são recortes julgados significativos pelo pesquisador, dentre os vários pontos aos quais as descrições podem levá-lo.

Considerando o momento de análise ideográfica, foi possível fazer emergirem dez posicionamentos ideológicos das descrições dos enfermeiros, a saber,

1. Êxito na realização das ações educativas por parte do enfermeiro;
2. Assistindo o usuário como sujeito;
3. Troca de experiências entre enfermeiro e usuários;
4. Enfermeiro sente reconhecimento do usuário pelo trabalho realizado;
5. População despreparada para prevenção na visão do enfermeiro;
6. População procura posto para barganhar benefícios;
7. Dificuldades do enfermeiro em manter o compromisso mensal dos usuários com as atividades educativas coletivas;
8. Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na ESF;
9. Preocupação do enfermeiro em garantir uma boa informação;
10. Enfermeiro limitado à prática curativista na Atenção Primária.

Nas descrições oriundas dos usuários, foi possível elucidar dez posicionamentos ideológicos:

1. Reconhecimento do trabalho realizado pelo enfermeiro;
2. Êxito na realização das atividades educativas;
3. Noções preventivas apresentadas pelos usuários;
4. Dificuldades encontradas no serviço ofertado pelo enfermeiro;
5. Reconhecimento do trabalho realizado pela equipe que compõe a ESF;
6. Conhecimento dos membros que compõem a equipe da ESF;
7. Dificuldades encontradas no serviço ofertado pela ESF;
8. Facilidades encontradas no serviço ofertado pela ESF;
9. Ações educativas horizontalizadas;
10. Ações educativas verticalizadas.

A leitura exaustiva das descrições, entenda-se, a observação participante, diário de campo e transcrição das entrevistas, prolongou-se numa relação

interrogativa e, ancorado nos posicionamentos ideológicos, Garnica (1997) recomendou a articulação das compreensões da seleção dos posicionamentos ideológicos, a fim de agrupá-los em unidades de significado. Esses agrupamentos formam uma síntese dos julgamentos consistentes dados nas descrições ingênuas dos sujeitos.

Neste caso, foi possível agrupar, para os posicionamentos ideológicos dos enfermeiros, as seguintes unidades de significado:

1. Atuação do enfermeiro nas atividades da ESF reconhecidas pelo usuário;
2. Contradição compromisso X negligência dos usuários às ações preventivas propostas pelo enfermeiro;
3. Contradição assistência hospitalocêntrica X assistência preventiva oferecida ao usuário da Atenção Primária.

E, no que concerne aos usuários:

1. Reconhecimento da atuação profissional realizada pelo enfermeiro;
2. Limites e possibilidades de superação nas relações estabelecidas entre usuários e enfermeiros;
3. Limites e possibilidades de superação do serviço ofertado pela equipe da ESF;
4. Limites e possibilidades de superação nas atividades educativas realizadas pela ESF.

Garnica (1997) explica ainda que é a partir destes agrupamentos que o pesquisador passa à sua segunda fase de análise, a nomotética, quando a investigação dos indivíduos, feita pelo estudo e seleção dos posicionamentos ideológicos e posterior formação das unidades de significado, é ultrapassada pela esfera do geral.

Esta etapa é feita com base na análise das divergências e convergências expressas pelas unidades de significado, estando ainda vinculada a

interpretações que o pesquisador faz para obter cada uma dessas convergências ou divergências, levando à formação das categorias de análise. Minayo (2002) explica que, nesta fase, novos grupos são formados e, num processo contínuo de convergências e interpretações, sempre explicitadas, novas categorias podem ir se formando.

Consoante ao exposto, foi possível elevar, em nível nomotético, para os enfermeiros, a categoria **Contradição Intenção X realização das atividades educativas no contexto da Atenção Primária**. Já o caráter nomotético das descrições oriundas dos usuários envolveu os **Limites e possibilidades de superação das atividades educativas realizadas na Atenção Primária**.

Toda a trajetória realizada, respeitando o arcabouço teórico metodológico de Minayo (2007, 2002) e Garnica (1997), se encontra sintetizada no quadro a seguir:

QUADRO I – Síntese da análise fenomenológica hermenêutica dialética.

	Análise Ideográfica		Análise Nomotética
	Posicionamento Ideológico	Unidades de significado	Categorias
EN-FER-MEIRO	1. Êxito na realização das atividades educativas por parte do enfermeiro	1. Atuação do enfermeiro nas atividades da ESF reconhecidas pelo usuário; 2. Contradição compromisso X negligência dos usuários às ações preventivas propostas pelo enfermeiro. 3. Contradição assistência hospitalocêntrica X assistência preventiva oferecida ao usuário da Atenção Primária	Contradição intenção X realização das atividades educativas no contexto da Atenção Primária
	2. Assistindo o usuário como sujeito		
	3. Troca de experiências entre enfermeiro e usuários		
	4. Enfermeiro sente reconhecimento do usuário pelo trabalho realizado		
	5. População despreparada para prevenção na visão do enfermeiro		
	6. População procura posto para barganhar benefícios		
	7. Dificuldades do enfermeiro em manter o compromisso mensal dos usuários com as atividades educativas coletivas		
	8. Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na ESF		
	9. Preocupação do enfermeiro em garantir uma boa informação		
	10. Enfermeiro limitado à prática curativista na Atenção Primária		
USUÁRIOS	1. Reconhecimento do trabalho realizado pelo enfermeiro	1. Reconhecimento da atuação profissional realizada pelo enfermeiro 2. Limites e possibilidades de superação nas relações estabelecidas entre usuários e enfermeiros. 3. Limites e possibilidades de superação do serviço ofertado pela equipe da ESF. 4. Limites e possibilidades de superação nas atividades educativas realizadas pela ESF	Limites e possibilidades de superação das atividades educativas realizadas na Atenção Primária.
	2. Êxito na realização das atividades educativas		
	3. Noções preventivas apresentadas pelos usuários		
	4. Dificuldades encontradas no serviço ofertado pelo enfermeiro.		
	5. Reconhecimento do trabalho realizado pela equipe que compõe a ESF		
	6. Conhecimento dos membros que compõem a equipe da ESF		
	7. Dificuldades encontradas no serviço ofertado pela ESF.		
	8. Facilidades encontradas no serviço ofertado pela ESF.		
	9. Ações educativas horizontalizadas.		
	10. Ações educativas verticalizadas		

Interpretação dos Resultados

*“O homem cresce sobre si mesmo, é um novelo de experiências.
E cada nova experiência é uma experiência que nasce
sobre o fundo das anteriores e a reinterpreta”.*

(Reale; Antiseri).

8 – INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Reconhecendo a contribuição da proposta epistemológica do educador brasileiro Paulo Freire, a análise proveniente das informações da observação participante, diário de campo e roteiro semiestruturado de entrevista, foi realizada, utilizando-se os passos do itinerário de pesquisa proposto pelo autor, citado por Heidemann (2006) e adaptado às necessidades deste estudo, cujas etapas de trabalho consistiram em: **a) Entrada no campo com investigação dos temas geradores; b) Codificação, decodificação das unidades de significado e c) Desvelamento crítico**²⁰.

8.1 – Entrada no campo com investigação dos Temas Geradores

Na etapa da **Investigação dos temas geradores**, buscaram-se os temas vividos pelos enfermeiros e usuários antes, durante e após as atividades de educação em saúde, diga-se individual e/ou coletiva, realizadas tanto por profissionais da enfermagem como por usuários no contexto dos atendimentos, reuniões coletivas com a comunidade, reuniões com agentes comunitários de saúde, reuniões de equipe, palestras educativas, diálogos entre sujeitos e atividades de sala de espera.

Durante o período de coleta de material empírico, vivenciou-se apenas uma reunião coletiva voltada para atividades de educação em saúde influenciada pelo Ministério da Saúde com temática específica da dengue, dado o início das chuvas

²⁰ Faz-se importante enfatizar que os passos do itinerário de pesquisa proposto por Paulo Freire não foram sucedidos como estanques ou isolados, mas relacionados intimamente, uma vez que estão imbricados e, por vezes, processam-se mutuamente.

sazonais em que o mosquito se prolifera rapidamente, desencadeando problemas de saúde pública.

Os encontros com os usuários para realização das entrevistas aconteceram na sala de espera enquanto eles aguardavam o atendimento com profissional da saúde, seja dentista, enfermeiro ou médico. Com os enfermeiros, as entrevistas foram realizadas mediante agendamento prévio e de acordo com a disponibilidade de ambas as partes envolvidas.

Não foi possível acompanhar reuniões coletivas envolvendo a equipe multidisciplinar, nem reuniões entre enfermeiros e agentes comunitários de saúde, embora tais encontros tenham acontecido no decorrer da programação das atividades da Estratégia Saúde da Família. Tais encontros não convergiram com os horários disponíveis da pesquisadora.

As consultas de enfermagem, os procedimentos técnicos da sala de curativos e as atividades de sala de espera realizadas durante a atuação docente da pesquisadora também foram fundamentais para subsidiar as anotações de diário de campo necessário ao tema estudado.

Diante da preocupação em atender às prerrogativas dos preceitos éticos do Ministério da Saúde, toda a equipe multidisciplinar das Estratégias Saúde da Família tinha pleno conhecimento de que a pesquisadora também era docente, de maneira que, no momento em que atuava como docente, também exercia o olhar de pesquisadora, sem ônus para a unidade e para as atividades laborais exigidas pela academia, sendo este fato profícuo para o desenvolvimento deste estudo.

Na medida em que os problemas foram levantados através da investigação temática, quando os sujeitos começaram a expor suas situações concretas, suas contradições e dicotomias em que estão vivendo em seu aqui e agora, foi possível a investigação das situações limite²¹.

A investigação das situações limite com os usuários foi viabilizada diante da escolha aleatória pelo participante, quando a pesquisadora iniciava conversas informais na sala de espera até que fosse realizado o convite para participação voluntária na presente pesquisa.

²¹ Vasconcelos e Brito (2006) reconhecem “situações limite”, em Paulo Freire, como barreiras que o ser humano encontra em sua caminhada, diante das quais pode assumir várias atitudes, como se submeter a elas ou, então, vê-las como obstáculos que devem ser superados.

Perante o contato prévio da pesquisadora com os enfermeiros, atendendo à necessidade de oferta de estágios práticos aos acadêmicos do curso de Bacharelado em Enfermagem da Instituição de Ensino Superior no município, foi possível viabilizar com mais facilidade o acesso às entrevistas individuais com cada enfermeiro, num ambiente informal e agradável, em busca de suas situações limite.

A investigação dos temas geradores, contidos no “universo temático mínimo”, possibilitou a apreensão e inserção a partir dos homens numa forma crítica de pensamento sobre o seu mundo (HEIDEMANN, 2006).

O que se pretendeu investigar não foram os homens, mas o seu pensamento-linguagem referido à realidade, a sua visão de mundo, em que se encontram envolvidos seus “temas geradores”. A constatação do tema gerador é algo a que se chega através não só da própria experiência existencial, mas também de uma reflexão crítica sobre as relações homens-mundo e homens-homens.

Neste sentido, foi possível evidenciar, do material empírico proveniente das entrevistas com os usuários, os seguintes temas geradores: *Dificuldades encontradas no serviço ofertado e ações educativas verticalizadas*; da pesquisa realizada com os enfermeiros, tem-se como temas geradores: *dificuldades encontradas no relacionamento entre enfermeiro e gestão, dificuldades nas relações entre o enfermeiro e demais membros da equipe e interesse dos usuários pelos benefícios oferecidos pelo governo*.

Diante dos temas geradores, que eram elucidados pelos sujeitos durante a realização das entrevistas, e à medida que os temas eram detectados pela pesquisadora, eram apontados, discutidos e aprofundados no decorrer da conversa. Alguns entrevistados verbalizavam sem medo todas as dificuldades e sua real opinião sobre aquele tema destacado, entretanto outros sujeitos ficavam envergonhados, desconversavam, valiam-se de eufemismos, tentando mascarar as situações limite realmente vivenciadas.

Neste momento, passou-se à segunda etapa do itinerário de pesquisa, denominada codificação e decodificação dos temas geradores.

8.2 – Codificação, decodificação do temas geradores

Esta segunda fase, **codificação, decodificação dos temas geradores**, foi obtida por meio do contato direto com a pesquisadora. Os temas geradores eram identificados durante as entrevistas, problematizados e contextualizados, junto aos entrevistados, visando substituir seu posicionamento politicamente correto em uma visão mais crítica/ social do assunto discutido.

Levantados os temas geradores, no âmbito dos usuários – *Dificuldades encontradas no serviço ofertado e ações educativas verticalizadas* –, os usuários eram convidados a discutir sua compreensão, o que eles entendiam sobre o posto de saúde, qual o trabalho realizado por cada membro da equipe, o que era uma atividade educativa.

No encontro realizado com os enfermeiros, foi possível elucidar os temas geradores: *dificuldades encontradas no relacionamento entre enfermeiro e gestão, dificuldades nas relações entre o enfermeiro e demais membros da equipe e interesse dos usuários pelos benefícios oferecidos pelo governo*. Da mesma forma que aconteceu com os usuários, os enfermeiros foram convidados a expressar sua compreensão sobre a atuação do prefeito, do secretário de saúde, a atribuição de cada membro da equipe, o entendimento sobre uma prática educativa e o que significavam cada benefício oferecido pelas políticas públicas governamentais.

Foi ocorrendo simultaneamente a decodificação dos temas codificados, num movimento dialético em que os participantes puderam refletir, questionar sobre as situações vivenciadas, aquelas que não aceitaram, que não tinham percepção da realidade vivida. Foi o momento de retirar as máscaras, os véus dos temas geradores, problematizando-os, questionando-os, ultrapassando o senso comum internalizado e até cristalizado e avançar no conhecimento do que é necessário para ser e viver saudável e como ter acesso aos bens que levam, facilitam ou promovem esta situação.

A **codificação** representou uma situação existencial, um exercício de ir e vir, do abstrato ao concreto, vivido pelos participantes que, enquanto viviam, ou não a admiravam ou, se admiravam, não realizavam o desvelamento da

realidade, seus limites e possibilidades, representando o momento da compreensão do “senso comum” dos participantes (FREIRE, 2011b).

A **decodificação** concebeu a análise da situação vivida, um momento dialético em que os sujeitos passaram a admirar, refletir sobre sua ação. Nesta fase, refizeram seu poder reflexivo e se reconheceram como seres capazes de transformar o mundo. Evidenciou-se a necessidade, partindo de verbalizações dos próprios usuários e enfermeiros, de ações mais concretas para a superação das situações limite.

Acho que no fazer seria mesmo... tentar, sei lá... educar mais os profissionais... ou cobrar menos papelada... para o enfermeiro... quando eu digo isso para algumas pessoas, principalmente para os gestores, eles acham que a gente está querendo cobrar dinheiro deles (E 01 – L. 55 – 58)

Eu gostaria de ver um atendimento mais acentuado porque tudo vai para o hospital, se é um caso mais grave, vai para Campina Grande. Eu já falei até para o secretário da saúde que nós temos que ter um atendimento ao público mais qualificado (U 04 – L. 32 – 34).

Num primeiro momento, os sujeitos descreveram os elementos codificados como parte do todo, entretanto foi no silêncio da apreensão do objeto codificado que se evidenciou o processo de decodificação. A decodificação da situação existencial provocou uma passagem do concreto para a abstração, que implicou uma ida das partes ao todo e uma volta destes às partes, num reconhecimento do sujeito no objeto, situação existencial concreta e do objeto como situação em que está o sujeito.

Como não houve a oportunidade de participar de muitas atividades de educação coletiva entre os enfermeiros e usuários, os temas geradores foram sendo decodificados no momento das entrevistas que eram estabelecidas com a pesquisadora permitindo que aspectos constrangedores, difíceis de serem trabalhados e “politicamente corretos” pudessem ser questionados e refletidos.

8.3 – Desvelamento crítico

A etapa do **desvelamento crítico ou problematização (redução temática)** representou a tomada de consciência da situação existencial

compartilhada, ou seja, foi quando emergiram os limites e as possibilidades de superação do 'inédito viável'²². Nesta fase, ocorreu o processo de ação-reflexão-ação que capacitou os envolvidos no processo de aprendizagem, evidenciando-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando a 'situações limite' e superação das contradições.

Em todas as entrevistas, foi possível constatar momentos reflexivos durante as conversas mantidas com a pesquisadora. Neste sentido, esta fase do itinerário de pesquisa teve início com a detecção das unidades de significado, convergindo para a análise nomotética proposta pela fenomenologia hermenêutica dialética, expostas no quadro II.

²² Freire (2011d) salienta que o 'inédito viável' (aquilo que não pode ser apreendido no nível da 'consciência real' ou efetiva) se concretiza na 'ação editanda', cuja viabilidade antes não era percebida. Há uma relação entre 'inédito viável' e a 'consciência real' e entre a 'ação editanda' e a 'consciência máxima possível'.

QUADRO II – Síntese da organização ideográfica e nomotética proposto pelo referencial metodológico da fenomenologia hermenêutica dialética.

ENFERMEIROS - Contradição intenção X realização das atividades educativas no contexto da Atenção Primária	
Atuação do enfermeiro nas atividades da ESF reconhecidas pelo usuário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Êxito na realização das atividades educativas por parte do enfermeiro. 2. Assistindo o usuário como sujeito. 3. Troca de experiências entre enfermeiro e usuários. 4. Enfermeiro sente reconhecimento do cliente pelo trabalho realizado
Contradição compromisso X negligência dos usuários às ações preventivas propostas pelo enfermeiro	<ol style="list-style-type: none"> 1. População despreparada para prevenção na visão do enfermeiro 2. População procura posto para barganhar benefícios 3. Dificuldades do enfermeiro em manter o compromisso mensal dos usuários com as atividades educativas coletivas.
Contradição assistência hospitalocêntrica X assistência preventiva oferecida ao usuário da Atenção Primária.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na ESF 2. Preocupação do enfermeiro em garantir uma boa informação. 3. Enfermeiro limitado à prática curativista na Atenção Primária
USUÁRIOS - Limites e possibilidades de superação das atividades educativas realizadas na Atenção Primária	
Reconhecimento da atuação profissional realizada pelo enfermeiro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhecimento do trabalho realizado pelo enfermeiro 2. Êxito na realização das atividades educativas
Limites e possibilidades de superação nas relações estabelecidas entre usuários e enfermeiros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Noções preventivas apresentadas pelos usuários 2. Reconhecimento do trabalho realizado pelo enfermeiro; 3. Dificuldades encontradas no serviço ofertado pelo enfermeiro.
Limites e possibilidades de superação do serviço ofertado pela equipe da ESF	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhecimento do trabalho realizado pela equipe que compõe a ESF. 2. Conhecimento dos membros que compõem a equipe da ESF 3. Dificuldades encontradas no serviço ofertado pela ESF 4. Facilidades encontradas no serviço ofertado pela ESF
Limites e possibilidades de superação nas atividades educativas realizadas pela ESF	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações educativas horizontalizadas 2. Ações educativas verticalizadas

A discussão dos resultados oriundos da observação participante, diário de campo e transcrição das entrevistas respeitou o quadro acima, envolvendo a análise ideográfica e nomotética da metodologia hermenêutica dialética.

8.4 – Discussão: Análise Ideográfica e Nomotética

8.4.1 - Contradição intenção X realização das atividades educativas no contexto da Atenção Primária

Frente aos objetivos da Estratégia Saúde da Família, o conhecer a comunidade, conhecer as pessoas e seus problemas, ter uma visão mais holística do processo saúde-doença, deixa os enfermeiros mais bem posicionados quanto a disporem de instrumental relevante para estabelecimento de vínculos e manter *feedback* com a comunidade assistida.

Sendo responsável pelas consultas e procedimentos de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, cabe ainda ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem e de seu processo de educação permanente (BRASIL, 2007a).

Ao enfermeiro também se designa a participação no processo de planejamento, organização, coordenação e avaliação das atividades de educação em saúde, envolvendo indivíduo, família e comunidade da área de atuação da unidade de saúde, conforme anexo I, item VI da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2007a).

Neste sentido, os depoimentos dos enfermeiros apontam **êxito na realização das atividades educativas** oferecidas à coletividade e reconhecidas pelos usuários:

Um caso exitoso de educação em saúde é o grupo de gestantes, elas sempre fazem o que a gente ensina. Claro que não é 100%, nunca vai ser, mas a maioria é bem consciente. Quando você vai fazer a visita domiciliar no puerpério, você vê que elas estão fazendo aquilo que você explicou durante todo o pré-natal. Acho que... pelo fato de quererem tanto a maternidade, elas aceitam bem. (E 01 - L. 36 – 42).

Houve uma atividade educativa que foi realizada com os estudantes de nutrição. Vimos uma participação muito alta dos pacientes, então foi possível orientarmos e interagirmos com o pessoal. Esta palestra foi a melhor que eu pude fazer em dois anos, pois foram significativas as respostas da comunidade. Houve a ajuda de toda a equipe, a parceria com a Universidade, a participação e o reconhecimento da comunidade. (E 02 – L 81 – 88).

Aqui nunca tinha palestras porque a comunidade não aceitava. Quando você começa, o pessoal já está correndo lá para fora. Só vem se tiver um brinde, um lanche, alguma coisa. Mesmo assim, comecei a fazer as palestras sobre dengue, câncer de colo de útero, câncer de mama, IST/AIDS... ainda é muito difícil, mas estou aqui, sempre tentando fornecer todas as informações que eles precisam (E 03 – L. 16 – 20).

Outra experiência foi quando falamos em sexualidade e IST na terceira idade. Eu nunca imaginei falar em Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e sexualidade na terceira idade. Pesquisamos na literatura especializada, conseguimos os números de casos de idosos com AIDS no Brasil e no mundo e levamos todas as informações para o grupo. Então, dentro destas palestras mensais, nós estamos preocupados em levar temas atuais, mas algo que nos ajude a promover a qualidade de vida na terceira idade. O que mais mexeu com a equipe é que eles pareciam adolescentes ouvindo sobre o assunto, prestando atenção, querendo se informar, porque eles costumam cochilar durante as reuniões, pelo cansaço, pelo cotidiano, a própria característica fisiológica do idoso promove estes cochilos, entretanto, durante esta palestra específica, eles estavam muito curiosos, interessados em aprender, fazendo perguntas, todos ativos, vivos, foi muito bom! (E 04 – L. 102 – 113).

Diante de situações concretas de atendimento individual na consulta de enfermagem, educação em saúde ao indivíduo, família e coletividade, capacitação dos profissionais sob sua supervisão, Alencar (2006) esclarece que as atividades educativas realizadas por este trabalhador da saúde têm como fundamento a concepção de educação de acordo com sua experiência pessoal e laboral e, muitas vezes, desconhece a tendência pedagógica subjacente à sua prática educativa.

Nos depoimentos dos entrevistados, no tocante às atividades de educação em saúde na coletividade, em nenhum momento houve a consulta aos grupos interessados, o tipo de conhecimento que queriam que fosse debatido nas reuniões. O que se apresenta são atividades planejadas por alguns membros da equipe e oferecidas ao público alvo da melhor maneira possível.

Para Alencar (2006), a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Deve haver uma interseção entre os dois campos, tanto em níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária da Saúde, quanto na atualização contínua de conhecimentos pelos próprios profissionais da saúde. Desta forma, estes profissionais específicos utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e aprender.

Consoante ao exposto, faz-se pertinente a aplicação da classificação das abordagens do processo ensino–aprendizagem propostas pela professora doutora Maria da Graça Nicoletti Mizukami²³ (1986).

Procurando obter respostas para a questão “o que fundamenta a ação docente?”, a autora realizou um estudo exploratório do comportamento de ensino em situação de sala de aula de professores de ensino fundamental e ensino médio de escolas públicas da cidade de São Carlos – SP. A mesma defendeu o pressuposto de que, em situações brasileiras, provavelmente tenham sido cinco as abordagens que mais possam ter influenciado os professores: abordagem tradicional, abordagem comportamentalista, abordagem humanista, abordagem cognitivista e abordagem sócio-cultural.

Dentre os enfermeiros entrevistados, foi possível identificar certo desconhecimento da tendência pedagógica utilizada em suas práticas educativas no âmbito da saúde. Da classificação proposta por Mizukami (1986), foi possível identificar, nas falas dos entrevistados, a utilização das abordagens comportamentalista ou behaviorista, humanista e tradicional.

²³ Maria da Graça Nicoletti Mizukami é pedagoga e atua como professor adjunto III na Universidade Presbiteriana Mackenzie (Programa de Pós-graduação em Educação, Arte e História da Cultura) e como professor colaborador na Universidade Federal de São Carlos – SP. Possui vasta experiência na área de Educação, com ênfase em formação de docentes, atuando principalmente nos seguintes temas: base de conhecimento para o ensino, desenvolvimento profissional da docência, aprendizagem profissional da docência, práticas pedagógicas e casos de ensino (MIZUKAMI, 2012).

Na abordagem comportamentalista, ou behaviorista, o professor é um planejador e sua função consiste em arranjar situações que possibilitem a ocorrência de uma resposta capaz de reforçar, no aluno, um comportamento desejado, sendo, portanto, via experimentação planejada, tendo a forma de transmissão/aquisição de conhecimentos e da formação de comportamentos éticos, habilidades consideradas básicas na ótica comportamentalista (MIZUKAMI, 1986).

Ao explicitar *“você vê que elas estão fazendo aquilo que você explicou durante todo o pré-natal”*, o enfermeiro E 01 expressa, em sua prática educativa, forte tendência à abordagem comportamentalista, pois a característica principal da avaliação é a constatação de que o aluno aprendeu e atingiu os objetivos propostos.

Neste aspecto, o comportamento é moldado a partir da estimulação externa, portanto o indivíduo não participa das decisões que são tomadas por um grupo do qual ele não faz parte. A educação, neste contexto, deverá transmitir conhecimentos, assim como comportamentos éticos, práticas sociais, habilidades consideradas básicas para a manipulação e controle ao mundo/ambiente.

A cultura passa a ser representada pelos usos e costumes dominantes, pelos comportamentos que se mantêm através dos tempos porque são reforçados na medida em que servem ao poder. Neste sentido, o indivíduo tem seu papel neste planejamento sociocultural que é ser passivo e respondente ao que dele é esperado.

A utilização desta abordagem pedagógica no âmbito da Estratégia Saúde da Família leva a crer que esta forma sistemática e manipulativa de controle não conduz à liberdade do homem, à sua expansão de vida; na verdade, conduz os cidadãos à sentença de que aquilo que não é programado, não é desejável, valorizando os imperativos de *“Não fume! Não transe sem camisinha!, etc”*, contrários à proposta emancipatória defendida nos princípios doutrinários do SUS.

Outra vertente educativa descrita por Mizukami (1986) é a abordagem humanista, cuja prática educativa enfatiza as relações interpessoais e o comportamento experimental. A autora prossegue afirmando que o ensino centrado no aluno e a experiência pessoal são os fundamentos sobre os quais o

conhecimento é construído. A proposta pedagógica representada por Carl Rogers enfatiza as relações interpessoais e o crescimento que dela resulta, pois defende que, ao experimentar, o homem conhece.

No depoimento de E 02, identifica-se claramente a adoção da abordagem humanista por se colocar meramente como facilitador do processo ensino-aprendizagem e extrema valorização de clima favorável ao desenvolvimento das pessoas: *“Houve a ajuda de toda a equipe, a parceria com a universidade, a participação e o reconhecimento da comunidade”*.

A proposta rogeriana é identificada como representativa da psicologia humanista, defendendo que o ensino centrado no aluno é derivado da teoria, também rogeriana, sobre personalidade e conduta. Esta abordagem dá ênfase às relações interpessoais, e ao crescimento que delas resulta, centrado no desenvolvimento da personalidade do indivíduo em seus processos de construção e organização pessoal da realidade, e em sua capacidade de atuar como uma pessoa integrada.

O professor, em si, não transmite conteúdos; presta assistência, sendo um facilitador da aprendizagem. A atividade pedagógica é considerada um processo natural que se realiza através da interação com o meio. O conteúdo da educação deveria consistir em experiências que o aluno reconstrói. Nesta perspectiva, o professor não ensina; cria condições para que os alunos aprendam.

Rogers não trata especificamente dos aspectos socioculturais, enfatizando que a única autoridade necessária aos indivíduos é a de estabelecer qualidade de relacionamento interpessoal. Para o autor, os indivíduos que são submetidos às condições desse tipo de relacionamento tornam-se mais autorresponsáveis e apresentam progressos em direção à autorrealização, tornando-se igualmente mais flexíveis e adaptáveis, criativamente.

No momento em que Rogers não aceita, num projeto de planificação social, o controle e a manipulação das pessoas, sua teoria conduz à noção de valores que não se baseia na propriedade, no consumo, mas no ser. Contrário a esta perspectiva, nas sociedades capitalistas as lutas de classes tendem a assumir formas políticas cada vez mais complexas, uma vez que as leis do mercado dominam a sociedade. Todos os valores humanos autênticos vão sendo

destruídos pelo dinheiro, tudo vira mercadoria, tudo pode ser comercializado, todas as coisas podem ser vendidas ou compradas por um determinado preço, inclusive a força de trabalho do ser humano (KONDER, 2005).

Neste sentido, enquanto a sociedade capitalista direciona a atuação dos profissionais de saúde a uma racionalização utilitária, um espírito competitivo estimulado pelo mercado que agrava as relações entre os homens e cria situações de solidão, desenvolve frustrações, espalha muita agressividade e insegurança, contrário ao que o SUS tem como base filosófica. As diretrizes que valorizam o ser humano legitima a saúde como um processo dinâmico e complexo com especial atenção à produção do cuidado, principalmente em dois aspectos: processo de trabalho e integralidade²⁴.

Embora se encontrem profissionais da saúde que fazem uso de abordagens pedagógicas humanistas no município de Cuité, a postura utilizada não direciona para a autonomia e expansão de vida dos usuários. A abordagem humanista tende a substituir o diretivismo no ensino pelo não diretivismo, as relações verticais são substituídas por relações EU – TU e nunca EU – ISTO e as avaliações com padrões pré-fixados, pela autoavaliação dos alunos.

A libertação não chegará ao acaso, mas pela *práxis* da sua busca. Para realizar a humanização que “supõe a eliminação da opressão desumanizadora, é absolutamente necessário transcender as situações limite nas quais os homens são reduzidos ao estado de coisas” (MIZUKAMI, 1986, p. 88).

Quando os temas são ocultos pelas situações limite, situações que não são percebidas claramente, as respostas dos homens, sob forma de uma ação histórica, não poderão ser cumpridas, quer de maneira autêntica, quer crítica. Os homens, sozinhos, são incapazes de transcender essas situações-limite para verificar o que existe além delas. Quando o ser humano percebe estas situações limite como a fronteira entre ser e ser mais humano, então começa a trabalhar de maneira cada vez mais crítica para alcançar o possível ainda não experimentado.

²⁴ A produção do cuidado é compreendida como parte integrante da transformação do processo de trabalho em saúde, auxilia a estruturação das ações que abrangem as questões micropolíticas do trabalho, está mais atenta às necessidades em saúde no que diz respeito a vertentes locais, subjetivas e relacionais. Busca a integralidade da atenção, ou seja, o envolvimento responsável e o compromisso de todas as partes implicadas nesse processo de cuidar, quais sejam, profissionais, usuários, gestores e prestadores de serviços (MERHY, 2002).

A abordagem pedagógica tradicional também respalda os processos de ensino e avaliação da prática pedagógica no cenário investigado. Para Mizukami (1986), esta abordagem funciona quando o professor se coloca como elemento central de todo processo educativo, do qual tenta controlar, via excesso de verbalismo e outros artifícios didáticos, todas as ações pedagógicas escolhidas.

A abordagem tradicional é uma concepção e uma prática educativa que persistiram no tempo, em suas diferentes formas, e que passaram a fornecer um quadro referencial para todas as demais abordagens que a ela se seguiram. Em situações mais extremadas de utilização da abordagem tradicional, as relações sociais entre professores e alunos são quase que suprimidas, e estes últimos, como consequência, permanecem intelectual e afetivamente dependentes do primeiro.

Analisando o depoimento dos enfermeiros E 03 e E 04, foi possível identificar que as relações estabelecidas entre enfermeiro e cliente mantêm-se verticalizadas. No momento em que E 03 atesta *“comecei a fazer as palestras sobre dengue, câncer de colo de útero, câncer de mama, IST/AIDS... ainda é muito difícil, mas estou aqui, sempre tentando fornecer todas as informações que eles precisam”* e E 04 diz *“Pesquisamos na literatura especializada, conseguimos os números de casos de idosos com AIDS no Brasil e no mundo e levamos todas as informações para o grupo”*, expressam que o papel do instrutor está intimamente relacionado à transmissão e fornecimento de conteúdos predefinidos. E, ao instruído, espera-se a reprodução automática dessas informações.

Nesta proposta, o homem é considerado como inserido num mundo que irá conhecer através de informações que lhe serão fornecidas e que se decidiu serem as mais importantes e úteis para ele. É reconhecido como um receptor passivo até que, repleto das informações necessárias, pode repeti-las a outros que ainda não as possuem, assim como pode ser eficiente em sua profissão, quando de posse dessas informações e conteúdos.

Quer se considere o ensino verbalista predominante historicamente na Idade Média e Renascença, quer se considere o ensino defendido nos séculos XVIII e XIX baseado numa psicologia sensual-empirista, a ênfase é sempre dada ao externo.

A utilização da abordagem tradicional, no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de Cuité, conduz a população a uma visão individualista do processo educacional no âmbito da saúde, uma vez que direciona os usuários à ideologia do poder dominante defendido pelos gestores locais e operacionalizado pelos profissionais da saúde.

Este cenário contradiz os pressupostos defendidos pelo SUS, uma vez que inibe qualquer tipo de reivindicações, reflexões, questionamentos oriundos da comunidade, uma vez que há a necessidade de se imporem padrões de comportamento previamente elaborados, consequentemente conduz aos interesses dos grupos dominantes.

Ainda com base nos depoimentos dos enfermeiros, pôde-se constatar a preocupação do profissional em **assistir o usuário como sujeito**.

Eu sou apaixonada por educação em saúde porque não se pode trabalhar a saúde, hoje, sem falar em educação. A questão de tratar o outro como a gente gostaria de ser tratada é se voltar para esta educação que quer levar a informação da melhor forma para garantir o direito desse usuário ser escutado, ser percebido, ter direito à informação, levar o que é melhor dos profissionais da saúde para a comunidade (E 04 – L. 138 – 143).

Eu trabalho no sistema, mas me coloco do outro lado, eu também sou usuária do sistema, então quando eu trato aquela pessoa da maneira como eu gostaria de ser tratada, seja na educação em saúde, seja no atendimento, seja no procedimento, eu estou fazendo saúde, é o que a gente deve fazer aqui (E 04 – L 144 – 47)

Ao enfatizar a empatia, oportunidade dada ao indivíduo de se colocar no lugar do outro, o enfermeiro E 04 acredita que proporciona a assistência integral necessária ao seu cliente. Em sua fala, percebe-se claramente a constante necessidade de associar as ações de educação em saúde com fornecimento de informações na garantia de valorizar o caráter ontológico do ser.

Para que uma prática educativa se concretize, faz-se necessária a adoção de concepções pedagógicas de cunho transformador, emancipador, libertador, multicultural, subjetiva e voltada às necessidades locais. Entendendo que a educação em saúde tem sido um poderoso instrumento de dominação e

afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde, a proposta de educação problematizadora defendida por Paulo Freire (2011e) pode ser um recurso a auxiliar na incorporação de novas práticas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, *locus* para reorientação do modelo assistencial.

Embora os enfermeiros relatem que as ações de educação em saúde estejam direcionadas às necessidades da comunidade, Chiesa e Verissimo (2001, p. 34) alertam que, mesmo caracterizada como atividades participativas em grupo, “sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais”.

Para Stedile (2000, p. 84), é extremamente importante criar ambientes de “aprendizagem que privilegiem a problematização e a dúvida” para facilitar e aumentar “a percepção quanto à complexidade dos problemas de saúde, suas variáveis” incluindo seus determinantes.

A tentativa de enfatizar a empatia não conseguiu fazer emergir o suposto método dialógico utilizado pelo enfermeiro entrevistado, pois sua prática educativa direciona-se mais ao método tradicional, privilegiando mais os interesses da classe dominante.

No cenário investigado, os enfermeiros expressam a satisfação com as atividades de educação em saúde por possibilitar a **troca de experiências**.

Une o útil ao agradável: a necessidade de se trabalhar as ações de educação em saúde, que não é uma obrigação, mas uma estratégia para enfrentar as dificuldades, e a interação usuário – equipe, uma vez que a gente se junta para trocar informações, trocar conhecimentos, trocar experiências e perceber que o usuário é uma pessoa... a questão da empatia mesmo, de se colocar no lugar do outro, daquele grupo para que, assim, se possa fazer esta troca de experiências (E 04 – L. 24 – 25).

Até uma conversa que a gente tem com alguém que quer esclarecer uma dúvida, a gente já passa a orientar diferente. Até muda nossa prática. Quando eu percebo que orientei algo e ele entendeu de uma forma que, às vezes, deveria estar entendendo de outra maneira. Mas até que eu escute o usuário falar, ele vai produzir em mim um outro pensamento

para modificar e melhorar minha assistência, melhorar aquilo que eu já vinha fazendo (E 04 – L. 48 – 53).

Para os enfermeiros entrevistados, fica claro que as atividades de educação em saúde, no âmbito da Atenção Primária, vão desde diálogos desenvolvidos por alguns profissionais em momentos de reuniões coletivas ou esclarecimentos pontuais com indivíduos, desencadeando sempre a valorização do conhecimento, à transmissão de informações, em que o enfermeiro deve sempre tomar a postura de detentor do saber e condutor principal do processo ensino-aprendizagem.

Entretanto, Freire (2011b) orienta que a postura dialógica só acontece com aqueles a quem educamos quando nosso corpo também assume postura de estar aberto para o outro e para o mundo. Para o autor, esta seria uma das condições básicas para que o diálogo se torne possível, exista.

Diante da constante necessidade dos enfermeiros em conduzir as atividades de educação em saúde, o processo dialógico vê-se comprometido, pois a mensagem corporal passada pelo profissional é de detentor e condutor do saber.

Mesmo com a atmosfera de valorização do homem e sua interação com o mundo, realçando um ser humano sujeito da educação, colaborador, criador do conhecimento, situado no tempo e no espaço, objetivando proporcionar uma real participação do cidadão, os enfermeiros apresentam um processo permeado por imperativos.

Ao acreditar que “*até muda nossa prática*”, E 04 revela, em seu depoimento, que essa mudança não é assim, tão simples, uma vez que sua tendência é a de convencimento e perpetuação daquilo que já está sendo feito ao usuário, por atestar que, no final, é para *melhorar aquilo que já vinha fazendo*.

Apesar de se adotar o discurso sobre a mudança, ainda predomina o conjunto de concepções, ideias, representações e teorias que orientam a assistência para a estabilização, legitimação ou manutenção do *status quo*.

Silva e Barros (2003) acreditam que a transformação é uma categoria que tem uma dimensão crítica da realidade no sentido de negação da ordem existente porque aponta para sua ruptura. Apresenta, portanto, uma perspectiva

revolucionária do conjunto estruturado de valores e representações unificado pela esperança de realização de algo que ainda não foi experimentado, o que não se ressalta nos depoimentos dos enfermeiros.

Continuando a análise das entrevistas realizadas com os profissionais da enfermagem, **este trabalhador sente o reconhecimento do usuário do serviço de saúde por seu trabalho realizado.**

É muito bom sentir o reconhecimento da comunidade. Sentir o carinho e a gratidão por aquilo que você faz (E 03 – L. 50).

Primeiro é quando você realiza o que gosta de fazer e, depois, é quando as pessoas reconhecem e gostam do que você faz (E 04 – L. 22 – 23).

O grupo de idosos é um grupo que a gente tem acompanhado desde que chegamos aqui há quase sete anos e é um grupo que nos sensibiliza a cada encontro. A gente acha que está fazendo o máximo, quando na realidade, ainda há muito a fazer. É um grupo que eu me inspiro muito, que reconhece meu esforço e me traz muita alegria (E 04 – L. 54 – 63).

Por questões de afinidade, os enfermeiros mantêm vínculos com alguns membros da comunidade que proporcionam este *feedback* favorável às suas atividades laborais. O reconhecimento pelo trabalho desenvolvido tem sido o fator motivacional para que estes profissionais continuem atuando mesmo em meio a condições adversas de trabalho.

Durante o período de coleta de material empírico, foi possível observar que as atividades dos enfermeiros na educação em saúde estão presentes em, principalmente, três realidades: durante o acolhimento, na consulta de enfermagem e nos grupos específicos (grupo de gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos).

O acolhimento é descrito por Alencar (2006) como a recepção do usuário no Centro de Saúde em um horário sistematizado pelas equipes e, apesar de ser conceituado como prática que perpassa toda ação profissional no serviço, no contexto investigado, esta atividade é plenamente contemplada com a contribuição dos acadêmicos dos cursos da área da saúde da Universidade,

principalmente Nutrição e Enfermagem, dado o escasso tempo destinado a esta etapa da assistência.

A consulta de enfermagem pressupõe o domínio pelos enfermeiros das habilidades de comunicação, observação e técnicas propedêuticas. Entre os enfermeiros entrevistados, foi considerada uma atividade importante no tocante às atividades educativas, uma vez que o usuário se sente mais à vontade para expressar aquilo que o intriga (SANTOS; *et. al.*, 2008).

Os grupos específicos são descritos pelos entrevistados como uma das principais maneiras de realização das atividades de educação em saúde no âmbito da Atenção Primária. O psicólogo Pichon Rivière (1907 – 1977) elaborou a teoria do grupo operativo, baseado em seus estudos em psicanálise e dinâmicas de grupos. Conceituou que “Grupo Operativo” se refere ao grupo centralizado na tarefa, com o propósito de troca de conhecimentos (grupo de aprendizagem) e/ou cura (grupos terapêuticos) (FORTUNA; *et. al.*, 2005).

É um conceito que se adequa ao que se espera das atividades educativas realizadas na coletividade dos serviços de saúde, grupos de aprendizagem e terapêuticos, uma vez que os grupos operativos se dão visando ao abandono de formas estereotipadas de ver o mundo, para transformação de aspectos ideológicos e conceituais que se perpetua com o tempo (FORTUNA; *et. al.*, 2005).

Para Alencar (2006), a atuação da equipe de profissionais da saúde nos grupos operativos, respeitando a peculiaridade entre as especialidades, proporciona a interação necessária entre colegas de trabalho em que cada um complementa a atuação do outro na dinâmica da coletividade, viabilizando melhor a compreensão e discussão do conteúdo teórico escolhido, principalmente nas ações preventivas da Atenção Primária.

Nos depoimentos a seguir, os enfermeiros alertam para a **grande dificuldade em trabalhar com aspectos preventivos no contexto do cenário investigado**, uma vez que, na visão deles, os usuários não têm conhecimento dos objetivos e propósitos da Atenção Primária.

Acho que a população não está preparada para uma saúde preventiva. Eles querem chegar, receber o atendimento pelo profissional da saúde e receber a medicação (...). Eles não escutam muito, não aceitam muito a educação, a palestra, a

conversa. Eles querem medicação e exames, é o que eles acham que resolve (E 01 – L. 07 – 09 / 13 – 14).

Tento orientar para tirar a medicação, pois antes de saberem o que têm, já querem se medicar e, na maioria das vezes, não é necessário (E 02 – L. 63 – 65).

O pessoal só quer saber da parte curativa mesmo, quase 70% a 80% das ações são de atividades curativas. O programa prega atividades preventivas, mas a comunidade só se preocupa com as atividades curativas (E 03 – L. 19 – 23).

Essa postura da comunidade, criticada pelos enfermeiros, reflete a valorização do modelo assistencial privatista, que se consolidou no Brasil antes do SUS, influenciado pelo modelo hospitalocêntrico, curativista, oriundo dos Estados Unidos (MERHY; FRANCO, 2006).

Ao longo da primeira metade do século XX, houve um processo significativo de reforma do ensino e reorganização do processo de trabalho médico, no que concerne especificamente à clínica médica, motivado pelo relatório elaborado pelo médico americano Abrahan Flexner²⁵.

Desde então, formou-se uma referência para o mundo sobre o que deveria ser o processo de trabalho em saúde, ou seja, o relatório defendia uma competente intervenção sobre o corpo independentemente dos aspectos socioambientais existentes. O discurso da excelência da clínica criou uma áurea de proteção ao modelo que se gestava, sem deixar transparecer seu reducionismo e empobrecimento em relação à compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde (MERHY; FRANCO, 2006).

Esse processo foi desenhando um modelo tecnoassistencial para a saúde baseado na alta concentração de recursos tecnológicos para a intervenção sobre o corpo doente, e isto levou a que os sistemas de saúde dessem prioridade ao equipamento hospitalar, formando modelos hospitalocêntricos.

Desta forma, no momento em que os enfermeiros apontam para uma forte defesa da comunidade à atuação profissional hospitalocêntrica, está reproduzindo uma ideologia instituída no país até meados da década de 1980, na transição do

²⁵ Flexner coordenou um processo de avaliação das escolas médicas americanas que resultou na elaboração do relatório “*Medical education in the United States and Canadian: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*” (MERHY; FRANCO, 2006).

modelo assistencial privatista para um sistema único de saúde que valoriza a universalidade, equidade e integralidade.

Num campo de visão de intervenção sobre os problemas de saúde subdimensionados, para os enfermeiros, a capacidade resolutiva dos sistemas de saúde da atualidade fica reduzida, principalmente quando os **usuários só se interessam pelas práticas preventivas oferecidas na ESF quando há risco de perda dos benefícios oferecidos pelo governo.**

Os depoimentos dos enfermeiros esclarecem que as benesses do governo são materializadas, principalmente, em programas nacionais de auxílio financeiro às famílias de baixa renda.

... a comunidade só vai ao posto de saúde por obrigação porque 'eu preciso fazer o pré-natal senão não recebo o benefício', 'eu preciso fazer a vacina, senão eu não recebo tal coisa'. Então, eles vão pensando no que podem perder em termos de medicamentos, alimentos ou dinheiro. Nas ações de pré-natal, por exemplo, elas vão perder dinheiro (E 01 – L. 19 – 22).

Eles ainda estão voltados para medicação, doenças e... os benefícios do governo: 'só vou ao posto quando estou muito doente, só vou ao posto quando tem que pesar para ganhar o leite, só vou para o posto para não perder o bolsa família, só faço o pré-natal para ganhar o benefício' (E 02 – L. 18 – 20).

Com o bolsa família e os inúmeros benefícios que o governo dá, agora eles só vêm para o posto para ganhar alguma coisa (E 03 – L. 40 – 41).

Dentre os programas oferecidos, o Bolsa Família refere-se à transferência direta de renda com condicionantes²⁶, que beneficia famílias em situações de pobreza e de extrema pobreza. Embora com críticas ao assistencialismo que representa, o Ministério da Saúde assegura estudos que apontem a contribuição do programa na redução das desigualdades sociais e pobreza de 12% em 2003 para 4,8% em 2008 (BRASIL, 2011).

²⁶ Os condicionantes envolvem mulheres e crianças menores de sete anos visando o cumprimento do calendário vacinal, seguimento do calendário de consultas de pré-natal na gestante e da assistência puerperal e realização da vigilância nutricional de crianças menores de sete anos (BRASIL, 2011).

No que concerne às falas dos enfermeiros, notou-se o encaminhamento da população a uma adaptação normalizadora em detrimento à participação nas transformações sociais. Convergindo com as necessidades socioeconômicas capitalistas, foi possível acompanhar, através do diário de campo, gestantes residentes na zona urbana sendo acompanhadas na zona rural visando benefícios financeiros do governo (NOTAS DE CAMPO 13 abr 2011).

Com o objetivo de enfrentar o problema da pobreza, o Bolsa Família atua em dois momentos: no curto prazo, pretende oferecer alívio aos problemas imediatos e urgentes da pobreza, como a fome e a desintegração do ambiente familiar; já em longo prazo, objetiva combater a transferência da pobreza, induzindo a melhoria do *status* educacional e da saúde de seus beneficiários por meio das condicionalidades, promovendo melhores oportunidades de qualificação e consequente inserção futura no mercado de trabalho (WEISSHEIMER, 2006).

Neste sentido, pode parecer um paradoxo, mas a principal meta do programa é que seus beneficiários deixem de sê-lo. No entanto, o que se depreende no cotidiano das atividades laborais no âmbito da Atenção Primária é uma expressiva melhora no sistema de proteção social, em que um número significativo de famílias pobres passou a ser beneficiadas sem a preocupação de mudar o status educacional ou mesmo o *status* social, uma vez que perderia o respaldo financeiro mensal do programa (NOTA DE CAMPO 21 abr 2011).

Com a chegada da Universidade a uma cidade de, aproximadamente vinte mil habitantes, muitos empregos e subempregos foram disponibilizados, como exemplo, os serviços de babá, cabeleireiro, manicure, diarista, empregada doméstica, pedreiro, servente, etc. O que mais chama a atenção é que as pessoas oriundas de outras cidades reclamam que não há trabalhadores disponíveis para exercerem a função, principalmente, de diarista ou empregada doméstica, uma vez que ganham a mesma quantia oferecida no serviço prestado em benefícios do governo sem precisar sair de casa, corroborando com a descrição de que o assistencialismo direciona mais para a acomodação do que para a independência. (NOTA DE CAMPO 06 abr 2011).

De acordo com o economista Guilherme Delgado, o Brasil não está caminhando na direção da melhoria da distribuição de renda social como um todo,

mesmo considerando o crescimento da renda e do consumo das classes baixas e, também, que a sua distribuição melhorou estatisticamente, mas não teria sido causado diretamente pelo Bolsa Família.

Para o economista, a melhoria tem correspondência no consumo popular das classes mais baixas, o que não significa que melhorou a distribuição de renda, porque os excedentes brutos das empresas têm aumentado concomitantemente nesse período. É como se estivessem fazendo uma política de migalhas para os pobres e de caviar para os ricos, ou seja, os pobres ficam melhores e os ricos, cada vez mais ricos (WEISSHEIMER, 2006).

Os depoimentos que seguem demonstram as **dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para manter o compromisso mensal dos seus clientes com as atividades educativas** oferecidas pela unidade de saúde.

Uma dificuldade que nós temos é fazer com que o grupo que participa, ou seja, a comunidade, acredite no trabalho que a gente está realizando. Mostrar que nossas ações são necessárias para a vida deles e mostrar que o aprendizado estará acontecendo aos poucos, mensalmente (E 04 – L. 24 – 27).

Fazer com que a gente tenha o respaldo suficiente para que haja a participação mensal dos usuários no grupo é, realmente, um grande desafio. Hoje fazemos grupos com idosos e gestantes, e garantir que estes grupos permaneçam é uma grande dificuldade (E 04 – L. 27 – 30).

Apesar do aumento e do acesso às informações, os clientes dos serviços de saúde ainda continuam muito impotentes nas relações que estabelecem com os profissionais da área da saúde. Isto se justifica, uma vez que, na maior parte do tempo, a prática dos profissionais não tem sido de fortalecimento desta relação; ao contrário, ela tem consistido em ministrar, especialmente para indivíduos, coletividades, grupos de pacientes, prescrições comportamentais enunciadas por imperativos: “não fume, não transe sem camisinha, use cinto de segurança, não coma em excesso”. A própria liberdade das pessoas está cerceada por imperativos de origens institucionais e culturais, visando sempre à manutenção da saúde e ordem social (BOEHS; *et. al.*, 2007).

Contrário à afirmativa de que é melhor se trabalharem processos de educação em saúde no nível da individualidade, Alencar (2006) afirma que trabalhar com grupos na enfermagem vem se constituindo uma prática cada vez mais frequente e valorizada, tanto no âmbito da Atenção Primária, quanto na Secundária e Terciária. O autor acredita que, em grupo, é viável aprofundar discussões, ampliar conhecimentos e melhor conduzir as ações de educação em saúde de modo a levar as pessoas a superarem suas dificuldades, obtendo maior autonomia e expansão de vida, podendo viver mais harmonicamente com sua condição de saúde, além de promover um viver mais consciente.

O acesso aos usuários de forma individual, familiar ou na coletividade, concedida pela Estratégia Saúde da Família, apresenta-se como uma oportunidade de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde. O profissional de saúde, como educador, é aquele que se exercita continuamente no processo de busca da sistematização teórico – prática (ALENCAR, 2006).

Embora haja o compromisso dos enfermeiros em proporcionar, da melhor maneira possível, um contingente de atrativos que **garantam o compromisso mensal destes usuários às atividades mensais realizadas na unidade, inúmeras variáveis colaboram para o insucesso** deste propósito.

Não só pelo usufruto de imperativos, mas o enfermeiro deve assumir uma série de responsabilidades que limitam seu tempo e sua energia à elaboração, estudo, planejamento e execução de atividades educativas compatíveis com abordagens pedagógicas problematizadoras.

E, em termos de burocracia, tudo é o enfermeiro. Alguém escreve o nome do paciente no papel, e o médico apenas coloca o diagnóstico, e tudo é você que tem que fazer. É muita coisa, é muita cobrança para o enfermeiro, tudo é o enfermeiro, no final do mês é o enfermeiro que deve entregar toda a papelada. Se o médico e o dentista fizeram isso, por que não fizeram, por que deixaram de fazer... (E 01 – L. 64 – 69).

E as atividades burocráticas que, infelizmente, a gente não sabe como solucionar porque só aumentam. É só aparecendo mais coisas, mais coisas e mais coisas. A vinda do auxílio da

informática para facilitar o serviço até hoje não chegou (E 03 – L. 24 – 27).

É muita burocracia no final do mês. A mesma informação deve ser colocada em várias fichas. E aumentando cada vez mais... (E 04 – L. 150 – 151).

Dentre as dificuldades relatadas pelos profissionais, quanto à preocupação com aspectos burocráticos, houve unanimidade. Mesmo com todo aparato tecnológico disponível no mercado mundial, as unidades de saúde de grande parte do país não dispõem deste tipo de benefício aos profissionais, restando-lhes o usufruto de tecnologias duras arcaicas e nem um pouco sustentáveis, predominantemente com auxílio de papéis e canetas.

Vale salientar que a mesma informação deve ser preenchida em, no mínimo, dois formulários diferentes. Numa média de quatro formulários principais necessários para atualizar mensalmente o SIAB²⁷ (SSA2, SIS PRÉ-NATAL, HIPERDIA, consolidado da Ficha D entregue pelos agentes comunitários de saúde), todos previamente entregues pela Secretaria Municipal de Saúde, a serem devidamente preenchidos pelos profissionais da saúde da unidade, embora, no cotidiano das atividades do contexto investigado, esta tarefa fique restrita ao enfermeiro e auxiliar de consultório dentário (NOTA DE CAMPO 01 mar. 2012).

Outro aspecto também debatido entre os depoimentos foi a **dificuldade com as atividades de educação em saúde na coletividade**, validado pelos depoimentos abaixo:

Falta tempo para preparar as palestras que a gente não tem em decorrência das exigências burocráticas da ESF (E 01 – L. 81 – 82).

... a gente tenta fazer educação em saúde com vários grupos aqui na unidade, mas tem mais dificuldade porque tem uma área que atendemos zona rural (E 02 – L. 06 – 07).

²⁷ O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – foi implantado em 1998, e trata-se de um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais da saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família. O SIAB tem o objetivo de acompanhar os dados sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, ou seja, oferece informações sobre a situação de saúde em que as famílias se encontram sendo um dos principais instrumentos nacionais de avaliação e acompanhamento da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 1998; SIAB, 2011).

Com os hipertensos, a gente marca no dia da consulta, faz sala de espera, também nos organizamos para ir às escolas. A dificuldade maior é na zona rural porque o acesso é difícil, tem uma microárea que, para chegar lá, demora uns quarenta minutos, e a estrada é de barro, horrível; quando chove, o acesso fica muito difícil até para a gente (E 02 – L. 16 – 20).

Mas, quando fazemos, tem gente que vem, pois você nota que eles gostam, mas a maioria acha que não serve de nada, acha que é só conversa. É tanto que, quando a gente termina, o pessoal vem querer se consultar individualmente, porque acham que essas orientações que nós damos, damos na consulta, pois tanto a gente dá essas orientações/educações na consulta como também nas palestras com todo mundo, com trocas de experiência. A gente até escuta depois: “Foi muito bom, muito bom”, mas marcamos um novo encontro, e ninguém vem. Eles inventam uma desculpa (E 02 – L. 20 – 27).

A gente não tem espaço adequado para fazer as reuniões e ações educativas. Tudo deve acontecer na sala de espera mesmo. E, quando tem atendimento médico, tudo fica ainda mais difícil. É muita gente, sem ter como acomodar as pessoas; então, para haver uma ação educativa com o pessoal em pé, a gente dando a palestra, eles preocupados com a sua vez na fila de atendimento médico, incomodados com o barulho, fica muito difícil (E 03 – L. 05 – 11).

E, uma coisa que, quando cheguei aqui, conversei com os agentes de saúde, é a questão de fazer palestras. Aqui nunca tinha palestras porque a comunidade não aceitava. Quando você começa a falar, o pessoal já sai correndo lá para fora. Só participam se tiver um brinde, um lanche, alguma coisa (E 03 – L. 15 – 19).

As dificuldades são várias. Fazer com que todos pensem igualmente, façam o trabalho igualmente. Na verdade, as atividades de educação em saúde, dentro da ESF, está mais voltada para o enfermeiro. É tanto que o profissional enfermeiro suscita o desejo de realizar estas atividades dentro das ESF, isso é muito nosso, a atividade só acontece porque nós buscamos (E 04 – L. 05 – 11).

Outro problema é fazer com que outros parceiros, no caso, o gestor, se envolva, também, principalmente na questão financeira, de recursos. As atividades educativas da unidade vêm acontecendo porque nos juntamos e cada um ofereceu apoio financeiro ou contribuiu de sua forma para que a

atividade acontecesse porque quando procuramos a instância maior, a gente percebe dificuldades maiores que vão inviabilizar o curso das ações. Então, a gente acaba voltando para a própria equipe para conseguir recursos para que a gente não vá buscar fora porque sabe que vai receber um não, ou até recebe um sim, mas é aquela dificuldade para retornar e procurar a pessoa responsável pela ajuda, ter certeza de que ela irá ajudar e, às vezes, acontece de nos organizarmos para fazer uma atividade e, no momento da ajuda ... faltou, nos deixou na mão. E, assim, fica muito sobrecarregado para a gente (E 04 – L. 12 – 23).

Projeta-se, neste ponto, uma questão desafiadora: ao tentar exercer as atividades preconizadas pela Atenção Primária, visando à produção de um trabalho na esfera preventiva, como auxiliar na criação de outras necessidades que não aquelas marcadamente atendidas no modelo flexneriano? Como atender às necessidades dos profissionais para que mobilizem aqueles usuários que acham que as atividades educativas na coletividade sejam só *conversa*? E os que não valorizam, os que não se organizam e reivindicam?

As informações ratificam, através dos depoimentos dos enfermeiros, que precisam de uma base, uma ampliação na sua formação, apoio em todos os sentidos no saber/fazer social já que, além de compreender os mundos dos usuários, terão de estar instrumentalizados para um fazer com que inclua as dimensões na esfera do cuidado vivo em ato, isto é, do domínio das tecnologias leve, leve-dura e dura.

Infelizmente, o que se depreende é que há dois principais aspectos limitantes envolvendo o processo ensino-aprendizagem entre profissionais da enfermagem e usuários do serviço: no primeiro, aspectos laborais têm contribuído para justificar certas condutas ou até a falta de atividades educativas coletivas na unidade de saúde, como a burocracia mensal a ser entregue na Secretaria Municipal de Saúde; o outro aspecto está ligado às tecnologias relacionais.

Para Merhy e Franco (2006), um importante componente dos processos de trabalho em saúde e sua micropolítica são as tecnologias, tradicionalmente associadas com as máquinas e instrumental duro de intervenção sobre os problemas de saúde.

Esse debate assume uma perspectiva diferenciada a partir de Gonçalves (1994), que as define como “tecnologias materiais” (máquinas e instrumentos) e “tecnologias não materiais” (conhecimento técnico). Aqui se realiza uma primeira ruptura com a ideia de um modelo produtivo “duro”, pois o conhecimento, ao ser considerado como tecnologia, traz para o processo produtivo a dimensão do trabalhador como sujeito cognoscente, dotado de capacidade própria a partir do conhecimento do qual se constitui a atividade produtiva (MERHY; FRANCO, 2006).

Os autores continuam explicando que, além das máquinas, equipamentos e do conhecimento técnico, há algo nuclear no trabalho em saúde que são as relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários que conformam uma certa tecnologia no modo de agir para a produção de cuidado. A ideia das relações como parte constitutiva do processo de trabalho, traz uma dimensão humana para a composição dos atos de saúde, humanizando o sujeito trabalhador.

A partir daí, Merhy (1997) sugere uma tipologia para designar as tecnologias de trabalho, quais sejam, aquelas centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de “tecnologias duras”, do conhecimento técnico, “tecnologias leve-duras”, e das relações, “tecnologias leves”.

No processo de produção do cuidado, as três tecnologias se fazem presentes, mas ocorre uma hegemonia das tecnologias duras, imposta pelo modelo médico hegemônico, contra a hegemonia das tecnologias leves, sugerida por modos de produção da saúde que propõem centralidade no usuário e suas necessidades, e formas de abordagem terapêuticas mais relacionais.

Assim, no contexto pesquisado, vê-se que existe esta preocupação com as tecnologias relacionais e a constante necessidade de formação de vínculos com a comunidade. A questão salarial, do contrato de trabalho, e o vislumbre de uma segurança profissional para o futuro equilibram a atuação do enfermeiro, permitindo condições satisfatórias no atendimento ao cliente, embora ainda limitadas aos aspectos ideológicos favorecedores do controle da classe dominante.

O olhar sobre os limites e possibilidades das relações entre enfermeiros e usuários também evidenciou uma grande **preocupação do enfermeiro em**

garantir uma boa informação para sua clientela. Os depoimentos a seguir comprovam a afirmação:

A educação em saúde é um direito a que, muitas vezes, nem todo mundo dá valor. Mas é um direito que o usuário do serviço tem de receber informações (E 02 – L. 95 – 96).

Perceber que o usuário deve procurar se informar, deve melhorar sua qualidade de vida e não só quando procura o serviço para receber uma orientação, para se prevenir de algo que, às vezes, no nosso dia-a-dia parece tão comum, mas que pode ser sério porque quando a gente não cuida, não previne, não trata ... seja de uma planta, de qualquer coisa ... de uma amizade ... ela se acaba, morre. Daí a importância em garantir uma boa informação ao usuário (E 04 – L. 133 – 137).

No Brasil, a educação em saúde instituiu-se como prática no âmbito da saúde pública, e só mais tarde como área de estudo e pesquisa. Duas modalidades de práticas merecem destaque: a primeira envolve a aprendizagem sobre prevenção e tratamento de patologias, enquanto a segunda, caracterizada a partir da década de 1970, pela Organização Mundial da Saúde-OMS, como promoção da saúde, leva em conta os processos de produção social dos diferentes estados de saúde (MARICONDI; CHIESA, 2010).

Nesta segunda modalidade, o conceito de promoção da saúde aplica-se a toda a população focada nas pessoas sob risco de adoecer e apoia-se em um conceito ampliado e positivo de saúde ao integrar aspectos individuais (físicos, mentais e emocionais), sociais e ambientais (comprometimento com a igualdade social e a preservação da natureza).

Maricondi e Chiesa (2010) defendem que a educação em saúde tem potencial para transformar-se em um veículo através do qual o ideário da promoção da saúde poderá ser operacionalizado na Atenção Primária. Embora seja a reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, usufruindo de metodologias participativas inspiradas na educação libertadora, tal prática ainda se limita ao ideário das pesquisas científicas.

Os fragmentos evidenciados a seguir demonstram **enfermeiros limitados à prática assistencial curativista** na Atenção Primária:

Tentamos fazer uma vez por mês, mas, como não tem medicação aqui, pois eles saem daqui com a receita e devem se dirigir à farmácia, que fica próximo ao hospital, é uma dificuldade fazer educação em saúde. Se a medicação fosse fornecida no posto facilitaria muito, pois faríamos a palestra, consultávamos e disponibilizávamos a medicação (E 02 – L. 32 – 36).

Pois é, às vezes, a gente até caminha para o curativismo. Ficamos reféns do gestor e da comunidade. É como se nadássemos contra a maré e, depois de tanta luta, de tanta luta, morremos na praia e fazemos como eles querem: consultas, exames, medicamentos... (E 03 – L. 63 – 65).

O curativismo é um dos elementos abordados no relatório flexneriano que trata da necessidade de restabelecer a saúde mediante a ausência de doença, enfatizando o diagnóstico e a terapêutica como essenciais no processo de trabalho em saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Dentre os elementos, destacamos, no relatório flexneriano, o curativismo, o mecanicismo e a noção de unicausalidade. O curativismo tende a conduzir as práticas sanitárias à identificação da queixa ou problema apresentado na esperança da recuperação do estado de saúde com privilégio da atenção ambulatorial e da assistência de média e alta complexidade (SEBASTIAN; MAIA, 2005).

Para Merhy e Franco (2003), o estímulo à especialização, grandes avanços tecnológicos, exercendo certo fascínio entre trabalhadores de saúde e usuários, estratégias de *marketing* que, além de conduzirem à necessidade da incorporação dos equipamentos no mercado, influenciavam o processo decisório pelo alto consumo de recursos de diagnose e terapia, levaram à consolidação deste modelo assistencial que ainda exerce influência.

Todas estas atividades impactaram fortemente o processo de produção da saúde, pois as tecnologias relacionais tendiam a entrar em desuso em favor das tecnologias que usufruem de máquinas e instrumentais. Três efeitos são sentidos a partir desta questão: primeiro quanto à estruturação do processo de trabalho em saúde centrado em equipamentos e conhecimentos especializados; o segundo alerta para uma baixa eficácia na resolubilidade dos serviços de saúde, pois a simplificação dos problemas de saúde, como problemas centrados no corpo, leva

a projetos terapêuticos reducionistas e parciais, ficando sempre déficit de questões a serem resolvidas, relacionadas aos problemas de saúde dos usuários no sentido amplo do termo; o terceiro efeito direciona-se aos custos da saúde majorados de forma extraordinária, na medida em que os recursos utilizados são de alto valor aquisitivo agregado e utilizados de maneira exacerbada à real necessidade do usuário.

Na mesma diretriz, a indústria química encurta os períodos em que se apresentam ao mercado novas gerações de medicamentos e cria um verdadeiro fetiche em relação aos mesmos, ou seja, forma-se uma imagem de que os recursos tecnológicos (máquinas e equipamentos) incorporados ao projeto terapêutico estão na associação direta da qualidade da assistência e perspectiva quanto ao cuidado desenvolvido em relação à pessoa. E, no mesmo caminho do avanço tecnológico, a indústria farmacêutica ocupou um lugar destacado na majoração dos custos assistenciais (MERHY; FRANCO, 2003).

E, do ponto de vista do processo de acumulação de capital na saúde, a indução ao alto consumo de procedimentos é fundamental, como destacado pelos enfermeiros em seus depoimentos, pois o modelo tecnoassistencial se caracteriza por uma ação cotidiana em que o principal compromisso do ato de dar assistência à saúde é com a produção de consultas e exames associados à crescente medicalização da sociedade.

Mesmo assim, tem-se a perspectiva de uma importante expansão de vida no âmbito da Atenção Primária, dado o caráter dinâmico que o próprio ambiente proporciona. Quando o ambiente conduz ao vínculo entre as pessoas, seus universos confrontam-se, desafiam-se, dialogam. Surgem dúvidas, angústias, incertezas, diferenças que até podem parecer intransponíveis, mas, dado o caráter transformador que agregam, podem conduzir para movimentos sociais significativos como foi a reforma sanitária brasileira e a consolidação do SUS como modelo assistencial ainda vigente na sociedade.

Enquanto observava os enfermeiros, a grande maioria apresenta o chamado “perfil” para o trabalho em saúde coletiva: conhecem os fundamentos da ESF e SUS, tiveram outras experiências em outras ESF, gostam do trabalho em saúde coletiva, mantêm boas relações com os usuários, demonstravam interesse

genuíno pelo bem-estar e recuperação da saúde das pessoas (NOTAS DE CAMPO 17 fev 2011).

Contudo, a soma destes perfis não faz emergir a equipe, o trabalhar num coletivo, num projeto do grupo, ou não facilita a ruptura do modelo biomédico, que ainda se estrutura hierarquizado e justaposto. Considera-se que uma mola propulsora de mudança poderia ser a definição de um **líder** escolhido pela equipe, que tenha o suporte específico da Secretaria de Saúde para a criação e funcionamento do trabalho em equipe e o aval interno e externo das pessoas e da gerência, para então efetuar rupturas no modelo biomédico produtivista instituído, ratificado pelos próprios enfermeiros entrevistados.

8.4.2 – Limites e possibilidades de superação das atividades educativas realizadas na Atenção Primária

Neste momento da pesquisa, pode surgir a curiosidade a respeito do atendimento prestado pelo profissional da enfermagem no âmbito da Estratégia Saúde da Família, agora sob a ótica dos usuários do serviço, principalmente porque o que fora ventilado entre os enfermeiros conduziram a uma assistência à saúde pautada no modelo biomédico na defesa de que os próprios usuários atestam a sua prática como ideal na prestação de cuidados ao ser humano.

Sob esta perspectiva, **o reconhecimento dos usuários pelo trabalho realizado pelo profissional da enfermagem**, no que concerne às ações educativas, é o esperado:

O atendimento é muito bom. A enfermeira é ótima, ensina muitas coisas, e eu já estou com ela há muito tempo (U 02 – L. 11 – 13).

Eu vejo o interesse por parte da equipe... eu não posso dizer que é uma equipe porque eu vejo mais o interesse por parte de um de seus representantes (gesto referindo-se à enfermeira), mas eu sempre vejo a divulgação de palestras educativas, divulgação de eventos que vão acontecer, o posto bem equipado com materiais de divulgação. Eu sempre vejo isso (U 03 – L. 09 – 14).

Na unidade, quando eu vou fazer a consulta, no caso, o pré-natal, eu sempre gosto mais quando acontece com a

enfermeira porque acho que a atenção dela é maior que a da própria médica. Eu sempre gosto mais do atendimento dela porque a gente aprende mais, ela tem mais paciência (U 03 – L. 21 – 24).

Convergindo com a ideia de que os enfermeiros atuam em suas práticas educativas conforme o modelo biomédico, depoimentos de usuários que atestam êxito em tais propostas conduzem a uma reflexão acerca do conceito de educação construído nesta comunidade.

Educação, neste estudo, é entendida como sendo uma forma de intervenção no mundo, baseado na obra de Freire (2011b) que pressupõe a educação como um veículo para a crítica, a reflexão e a mudança. Os depoimentos dos usuários denotam um processo educativo baseado no fornecimento de informações numa atmosfera amigável que contradiz ao que é preconizado nas abordagens pedagógicas emancipatórias.

Outro aspecto a ser considerado envolve a responsabilidade do enfermeiro nas ações de educação em saúde apontado pelo usuário U 03. A Política Nacional de Atenção Primária recomenda, em seu anexo I, que toda equipe deva ser responsável pelas atividades de educação em saúde na coletividade.

Entretanto, baseado no fragmento do depoimento de U 03 “*eu não posso dizer que é uma equipe porque eu vejo mais o interesse por parte de um de seus representantes (gesto referindo-se à enfermeira)*”, também no fragmento do enfermeiro E 04 depreende-se “*Na verdade, as atividades de educação em saúde, dentro da ESF, estão mais voltadas para o enfermeiro*” e, no que foi observado pelo pesquisador durante a coleta de material empírico, constata-se que as atividades coletivas de educação em saúde, no âmbito da Atenção Primária no município de Cuité-PB, encontram-se fortemente planejadas e dirigidas pelo profissional da enfermagem.

Neste aspecto, no contexto estudado, as atividades de educação em saúde na coletividade, quando acontecem, são planejadas pelos enfermeiros enquanto a colaboração do médico, dentista, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista,

educador físico ou fisioterapeuta²⁸ acontece no momento da atividade educativa (NOTAS DE CAMPO 17 mar 2011).

Vale salientar que existe uma boa colaboração dos agentes comunitários de saúde e, algumas vezes, de estudantes da Universidade. Isso leva a crer que os processos de mudança são bem limitados e, no cotidiano das práticas laborais, cada profissional fica responsável por suas atribuições específicas (NOTAS DE CAMPO 17 mar 2011).

Analisando o contexto das Unidades Básicas de Saúde no município de Cuité-PB, os usuários descrevem **situações exitosas de educação em saúde na coletividade**, independentemente dos profissionais envolvidos:

As atividades educativas? Tem. Orientação ginecológica, sobre vitaminas. Tem sobre o cuidado que deve ter com a pressão, com muitas coisas. Muitas atividades, fazem caminhadas, café da manhã, eu gosto (U 01 – L. 02 – 04).

Existem as atividades educativas, mas eu vou de vez em quando porque tenho outras coisas para fazer e acaba sendo no mesmo horário (U 02 – L. 07).

Ultimamente não tenho participado, mas sei que sempre tem (U 03 – L. 05).

Diante das atividades atribuídas aos profissionais que compõem a Atenção Primária, os usuários atestam que as atividades educativas oferecidas aos indivíduos, família e comunidade, acontecem. A possibilidade de alternativas de transformação e mudanças estruturais no modelo de assistência existe. Entendendo transformação como uma categoria que tem uma dimensão crítica da realidade, no sentido de negação da ordem existente, uma vez que aponta para sua ruptura, o cenário investigado viabiliza possibilidades de ações transformadoras, embora seus personagens ainda estejam pautados em modelos historicamente sedimentados.

Há, portanto, uma perspectiva revolucionária do conjunto estruturado de valores e representações unificado pela esperança de realização de algo que

²⁸ O NASF que atua no município de Cuité conta com a participação de um psicólogo, um educador físico, um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, um médico ginecologista (NOTAS DE CAMPO 17 mar 2011).

ainda não foi experimentado. No entanto, as alterações produzidas na aparência dos serviços de saúde apenas atualizam o modelo tradicional, ou seja, mantêm a sua essência.

O próprio contexto da saúde no Estado era de transformação em decorrência de ajustes administrativos do novo gestor representado pelo Governador Ricardo Coutinho (2011 – 2015), sendo possível acompanhar mudanças significativas no quadro de recursos humanos da Atenção Primária, Secundária e Terciária, devido a demissões em massa de médicos insatisfeitos com as novas reformas salariais para a categoria, além de reivindicarem melhores condições de trabalho nas instituições públicas de saúde da capital e interior do Estado da Paraíba (LUNA, 2011).

Durante o desenvolvimento das atividades acadêmicas em campo, foi possível acompanhar as longas esperas dos usuários por atendimento médico, cancelamento de consultas, cancelamento de exames, enfim, uma piora expressiva na prestação de serviços, embora com a expectativa de melhora no contexto insalubre dado as constantes reuniões entre o governo do Estado e gestores da Saúde no município de Cuité e adjacentes, em prol da resolução do problema.

No contexto das greves dos médicos na Paraíba, nacionalmente divulgado pelas principais emissoras de televisão, as reivindicações da comunidade foram pouco exploradas, resumidas a alguns representantes comunitários nos debates entre os gestores e revoltas pontuais de familiares, inconformados com a perda de seus entes queridos (LUNA, 2011).

O que pôde ser vivenciado com os usuários do município e do estado da Paraíba pode ser associado ao caso de um camponês nordestino, exemplificado por Freire (2011c, p. 71) “que trata as feridas infectas de seu gado, rezando sobre os rastros que este vai deixando no chão”. Ao afirmar a impossibilidade de diálogo entre opressores e oprimidos, entre os que negam a “pronúncia da palavra” dos outros e os negados deste direito, depreendido pelos depoimentos:

*Estou satisfeita com a saúde... no postinho e no hospital.
Tudo muito bom, graças a Deus! (U. 01 – L. 42 – 43).*

Não tenho do que reclamar. O serviço de saúde é muito bom. (U. 02 – L. 23 – 24).

Mesmo com alguns problemas, ainda assim, os profissionais da saúde atendem bem, tanto nos postos de saúde quanto no hospital (U. 03 – L. 61 – 62).

O sistema de saúde geral do município de Cuité é considerado um dos melhores da região. Eu procuro muito os hospitais, a unidade de saúde do bairro; ontem mesmo (domingo) senti uma dor forte nas pernas, fui ao hospital e, hoje, estou curado (U 04 – L. 01 – 04).

A *palavra inautêntica*, produto desta relação opressor/oprimido, caracteriza-se pela dicotomia entre palavra e ação, cujos efeitos principais são o verbalismo e o ativismo: o primeiro transforma a reflexão em *palavreiria*, e o segundo sacrifica a reflexão em nome de uma ação que nega a práxis transformadora da realidade da opressão.

Essa dicotomia, visualizada na relação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, gera formas opressivas e inautênticas de existir, de pensar e se relacionar. Sendo assim, a primeira condição para reverter esta situação é a conquista do direito de “dizer a palavra” pelos oprimidos, dando lugar a emergência do sujeito-social, num processo de criação e recriação historicamente determinado, ainda um pouco distante da realidade daqueles que precisam do sistema de saúde público em território nacional (FREIRE, 2011c).

Analisando os depoimentos dos usuários, foi possível constatar **noções preventivas**, conforme depoimentos:

Eu sempre faço a prevenção ginecológica aqui no posto, uma vez por ano como é recomendado que a gente faça (U 01 – L. 36 – 38).

O citológico eu sempre faço normalmente, uma vez por ano. Já tive câncer de mama e aí é que eu preciso me cuidar mais ainda. Vou para João Pessoa na próxima semana passar pela médica, mas só para acompanhamento porque, graças a Deus, o câncer já está sob controle (U 02 – L. 01 – 06).

No cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família, as usuárias remetem que sempre fazem o exame colpocitológico²⁹, conforme recomendação. O enfermeiro está diretamente envolvido em todas as atividades de prevenção do câncer cervicouterino, sendo relevante seu papel quando se enfatiza que o maior número de coletas colpocitológicas, em nível de Atenção Primária, é realizado por enfermeiros (EDUARDO; *et. al.*, 2007).

Embora alguns autores afirmem que a prevenção do câncer cervicouterino seja considerado por muitas mulheres como um procedimento invasivo, que suscita medo, vergonha, ansiedade, desconforto, repulsa à própria genitália, gerando prolongados adiamentos na procura pelo serviço de saúde, as usuárias que frequentam as Unidades de Saúde da Família no município de Cuité, Paraíba, Brasil, enfatizam que realizam voluntariamente o procedimento, conforme as orientações preconizadas, demonstrando satisfação no atendimento (BRENNAN; *et. al.*, 2001; CARVALHO; FUREGATO, 2001).

Mesmo numa atmosfera de postura técnica e ética durante a realização do exame colpocitológico, preservando a privacidade da cliente, posicionando-a de maneira confortável, compreendendo e participando do procedimento ao qual está sendo atendida, as usuárias enfatizam que a realização do exame responde às metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, embora não se elucide o aspecto educativo na prevenção do carcinoma cervicouterino (NOTAS DE CAMPO, 22 mar. 2011).

Em nenhum momento da entrevista, as usuárias exaltaram a necessidade da prevenção ou detecção precoce do câncer cervicouterino ou câncer de mama, salvo a cliente U 02. Enfatiza-se sempre a necessidade de realização anual do exame conforme o agente comunitário ou profissionais da saúde orientam (NOTAS DE CAMPO 24, mai 2011).

Tal fato demonstra que a avaliação de programas e serviços de saúde têm possibilitado o desenvolvimento de estudos com diferentes enfoques: cobertura, acesso, efetividade, eficiência, satisfação do usuário, qualidade técnico-científica,

²⁹ Os programas de rastreamento ou *screening* sistemático da população feminina, por meio do exame colpocitológico do colo do útero, também conhecido como exame Papanicolaou, exame citológico, exame de lâmina, têm sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce desse tipo de carcinoma (ALBUQUERQUE; *et. al.*, 2009).

contudo as relações não cumprem o papel educativo desejado de maneira a comprometer a qualidade da assistência prestada, pois o cliente preocupa-se em realizar o procedimento sem discutir ou solicitar quaisquer esclarecimentos sobre ele (NOTAS DE CAMPO 24 mai 2011).

Como resultado desta postura, produz-se uma despolitização do conceito de saúde, uma avalanche de culpabilização dirigida para o sujeito doente, além de uma submissão, por parte da população, aos preceitos cientificamente normatizados como as intervenções de especialistas, fármacos, dietas e prescrições de conduta (ANDRADE; ARAÚJO, 2003).

Ainda com base na transcrição dos depoimentos dos usuários dos estabelecimentos assistenciais de saúde, foi possível detectar as **dificuldades enfrentadas na prestação de serviços oferecidos pelo enfermeiro** no âmbito da Atenção Primária no município de Cuité, Paraíba, Brasil.

Às vezes ela (a enfermeira) não pode atender porque está com os papéis dela (referindo-se ao preenchimento burocrático mensal que o enfermeiro é responsável) (U 01 – L. 45).

Só não gosto muito quando tem muita gente para atender porque demora muito ser atendida pela enfermeira (U 02 – L. 67).

Dificuldade sempre tem, né? Não deixa de ter; por exemplo, às vezes, a gente vem vacinar a criança e a enfermeira está na Secretaria de Saúde e fica difícil porque é só com ela (U 04 – L. 75 – 77).

No âmbito da ESF, os procedimentos realizados na unidade de saúde ficam centralizados em um profissional. O enfermeiro acaba assumindo, além do acolhimento e consulta de enfermagem, procedimentos como a imunização, curativos, verificação de pressão arterial, administração de medicações orais e endovenosas na ausência e/ou falta de capacitação do técnico em enfermagem.

Em duas Estratégias Saúde da Família o enfermeiro estava sozinho, sem o auxílio do técnico de enfermagem, aguardando processo seletivo para contratação de novos funcionários. Neste contexto, a sobrecarga de atividades

laborais deste profissional estava prejudicando a qualidade do atendimento prestado à comunidade (NOTAS DE CAMPO 18 Mai 2011).

Na perspectiva do processo de educação em saúde, presente nas atividades laborais do enfermeiro ao indivíduo, família e comunidade, necessário se faz aprender a notar a presença do outro, respeitando seu saber, na busca constante da sua complementação. Pelo relato dos usuários, o enfermeiro até que tenta se mostrar acessível, tenta promover o crescimento pessoal, dando oportunidade de diálogo. No entanto, o conhecimento de que estes educadores em saúde dispõem sobre a realidade da comunidade onde atuam, a visão de mundo dos moradores e as expectativas de cada sujeito estão sendo negligenciadas a fim de atender às exigências burocráticas da gestão e urgências nas intervenções terapêuticas do posto de saúde que poderiam ser assumidas pelo técnico de enfermagem (DAMASCENO, 2005).

Uma abordagem participativa de educação em saúde exige uma reorientação de atitudes e práticas que conduzam à produção do conhecimento e redimensionamento de novas formas de organização do contexto da Atenção Primária. Exige, também, práticas dialógicas, bem como o exercício da participação livre e crítica contra a passividade (DAMASCENO, 2005).

Ao refletir para o fato de que só há saber em certa relação com o próprio saber e que só há aprender em certa relação com o aprender, isso significa dizer que não se pode definir o saber, o aprender, sem definir, ao mesmo tempo, certa relação com o saber, com o aprender (e também com o tipo de saber ou de aprender). Deduz-se, ainda, que não se pode ter acesso a um saber ou, mais genericamente, aprender, se, ao mesmo tempo, não entrar nas relações que supõem (e desenvolvem) este saber, este aprender (FREIRE, 2011b).

Que saber e que aprender estão sendo trabalhados no âmbito da Atenção Primária? No contexto investigado, o saber e o aprender mantém relações verticalizadas e com normas de condutas pré-estabelecidas, quando deveriam atender ao que sugere o Artigo 14 da Resolução 03/2001³⁰: utilização de

³⁰ A Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Enfermagem definindo princípios, fundamentos, condições e procedimentos na formação de enfermeiros para aplicação em âmbito nacional, respeitando as especificidades locais. Estabelece quatro pilares do conhecimento: **aprender a conhecer**, isto é, adquirir os anseios da dúvida, questionamento, reflexão, compreensão;

estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer como atributos indispensáveis à formação e atuação do enfermeiro.

Ao elucidar algumas dificuldades vivenciadas no cotidiano estudado por esta pesquisa, vale salientar que este cliente também expressa **reconhecimento pelo trabalho realizado por toda equipe da ESF**.

O encontro acontece todos os meses com os agentes comunitários de saúde. No dia do peso, ele vai me avisar no dia anterior, avisa as mulheres a realizar o citológico. Não tenho do que reclamar (U 02 – L. 20 – 23).

Não tenho do que me queixar da atuação da equipe de saúde no posto (U 02 – L. 24 – 25).

As atividades que acontecem no posto, como o próprio nome já diz, são da Atenção Primária, são atividades que têm a visão de promover a saúde. Tanto atende os pacientes quando eles estão com afecções não muito graves, tanto para prevenir estas afecções (U 03 – L. 01 – 04).

Ao reconhecer o trabalho desempenhado pela equipe saúde da família, os usuários revelam que se sentem tratados de maneira diferenciada. Mesmo que os enfermeiros atestem que a comunidade não esteja preparada para atendimento preventivo, o fragmento do cliente U 03 “*como o próprio nome já diz, são da Atenção Primária, são atividades que têm a visão de promover a saúde. Tanto atende os pacientes quando eles estão com afecções não muito graves, tanto para prevenir estas afecções*” demonstra direcionamento adequado ao que se espera dos aspectos resolutivos da Atenção Primária.

Mesmo que seja um cliente específico, o seu depoimento já direciona uma postura diferenciada de outros usuários que possam entender a Atenção Primária como atendimento curativo em respeito ao que já foi discutido, envolvendo o modelo biomédico predominante. O que se quer evidenciar é que os usuários

aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; **aprender a viver juntos**, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; **aprender a ser**, via essencial que integra os precedentes (CONSELHO..., 2001).

apontam a predominância de vínculos³¹ entre eles e os profissionais que compõem a equipe.

Diante da possibilidade de vínculos e de corresponsabilidade entre os personagens da ESF, do que foi extraído nos depoimentos dos entrevistados para esta defesa de tese, os vínculos são mantidos por meio de afinidades entre os sujeitos e a corresponsabilidade é extremamente sutil, limitando-se à reflexão dos problemas sociais entre os principais representantes e líderes da comunidade, profissionais da saúde e gestores locais (NOTAS DE CAMPO, 23 fev. 2011).

Campos (1997) apresenta, pelo menos, dois eixos argumentativos sobre vínculo: o primeiro trata da relação profissional X cliente e o segundo se refere a uma dada responsabilização profissional.

Com relação ao primeiro eixo argumentativo, Campos (1997, p. 244) se refere ao conceito de transferência e contra-referência, baseado em Freud, indicando que nas relações entre profissionais e clientes elas sempre estariam ocorrendo. Transferência seria o modo como um sujeito significa e representa – sempre se utilizando, em alguma medida, do recurso do deslocamento – o outro com o qual se relaciona. A transferência gera a contra-referência.

Campos (1997, p. 136) coloca que o vínculo só se produz quando há relação entre sujeitos, jamais nas circunstâncias em que o cliente foi reduzido à condição de “coisa”. Como sujeitos, estarão habilitados a lidar com os constrangimentos do contexto, para, a partir desses limites impostos pela realidade, construir algo de que se orgulhem.

No ritmo das atividades da Atenção Primária em Saúde, existe o **conhecimento dos usuários pelos membros da equipe que compõem a ESF**, demonstrando a presença da equipe na unidade e o aspecto relacional estabelecido com a comunidade.

Conheço muito bem os profissionais aqui do posto. O dentista é novo, não lembro o nome dele, mas tem a médica XXX, a enfermeira YYY, os auxiliares e os agentes de saúde e também tem ZZZ (a recepcionista), que marca as consultas. Gosto de todos (U 01 – L. 62 – 69).

³¹ Vínculo, em Ribeiro (2005), provém do latim “*vinculum*” que significa união do tipo ligadura, atadura, de características duradouras e “*vinco*” (sentido de dobra) referindo-se à ligação entre partes unidas, porém claramente delimitadas entre si.

Conheço a enfermeira, a médica, a recepcionista que sempre me avisa aqui, os agentes comunitários de saúde, a menina da vacina (auxiliar de enfermagem) (U 02 – L. 16 – 19).

Os membros que eu conheço: a enfermeira, a recepcionista e a médica. A recepcionista sempre informa as consultas de pré-natal ou se havia algum problema que me impossibilitava de ir. A enfermeira sempre viabiliza o contato e com a médica é a ausculta do bebê. A consulta com a médica é mais fechada e, com a enfermeira, é mais aberta, acontece o diálogo (U 03 – L. 26 – 30).

Na Psicologia Social, em Pichon-Rivière (2000), o vínculo é um conceito instrumental, pois caracteriza uma estrutura visível, manejável operacionalmente e passível de investigação. Mesmo que se estabeleça entre duas pessoas, será, nesta perspectiva, um vínculo social. O autor acredita que, através da relação estabelecida com uma pessoa, repete-se uma história de vínculos determinados em um tempo e em espaços determinados.

Para melhor explicação, o autor esclarece que o conceito de vínculo, como uma estrutura de relações especiais, se forma a partir de um tipo particular de relações. Inclui um sujeito e um objeto (ou outro sujeito), a relação do sujeito ante o objeto e a relação do objeto ante ao sujeito, cumprindo os dois uma determinada função de objeto, estabelecendo uma relação particular entre eles.

Tal estrutura funciona de forma dinâmica, em contínuo movimento e é acionada ou movida por motivações psicológicas. No vínculo, os componentes se alternam, sendo primeiramente interno, depois externo; volta a ser interno e externo, configurando uma espiral dialética permanente.

A maneira particular de um sujeito estabelecer vínculos se expressa na conduta e, portanto, pode ser observada. Conduta, para Pichon-Rivière (2000, p. 46), é a expressão de um vínculo em termos daquilo que se vê.

As relações atuais dos sujeitos sofrem influência dos condicionamentos históricos dos vínculos, os quais compõem uma pauta de condutas inconscientes, tanto em relação a vínculos, como aos papéis que o sujeito desempenha frente a outros. Símbolos e significados, construídos na história de uma pessoa, determinam a reação particular frente a um acontecimento que está influenciando um objeto (ou pessoa). Ou as características da estrutura de relações, que

configuram o vínculo pessoal, são variáveis e têm significados particulares para cada sujeito, dado que cada sujeito difere dos demais em sua personalidade e aparelho psíquico envolvido (RIBEIRO, 2005).

Sendo assim, os participantes do estudo, enfermeiros e usuários do serviço, como seres humanos, seres da *práxis*, demonstraram estabelecimento de vínculos saudáveis de maneira a agregar a capacidade de que dispõem de transformar o mundo, processo esse em que se modificam também os vínculos que são estabelecidos ao longo da história. Para Freire (2011e), significa impregnar o mundo com sua presença criadora, deixando nele as marcas de seu trabalho.

Na presença de vínculos saudáveis estabelecidos entre os entrevistados, a comunidade não hesitou em expor as **dificuldades enfrentadas no serviço ofertado**, conforme fragmentos elencados:

Uma coisa que achava bom e que acabou foram esses medicamentos que, agora, eles dão na farmácia municipal. Antes eles davam tudo bem certinho, você já saía com o medicamento, hoje não tem mais (U 01 – L. 79 – 80).

A agente comunitária de saúde nunca passou na minha casa. Passou uma vez quando eu fui pedir para solicitar exames, então a enfermeira perguntou quem era a ACS e eu não soube responder. Após a consulta de enfermagem, a enfermeira identificou a ACS e, depois disso, ela passou uma vez para atender ao pedido da enfermeira e não passou mais (U 03 – L. 41 – 45).

São os médicos, porque eles passam o remédio e nem explicam direito para a gente, e ainda tem que ir lá na farmácia, atrás do hospital, pegar o remédio, uma dificuldade (U 04 – L. 65 – 67).

Para Pichon-Rivière (2000), a situação de vínculo sempre inclui o papel representado, podendo ser transitório, ser exercido numa determinada situação com uma função definida e de um modo particular por cada pessoa. Um sujeito pode assumir o papel (ou papéis) de forma consciente e voluntária ou inconscientemente, quando representa aquilo que lhe é atribuído por outros, sem ressignificá-lo.

Papel e *status* são conceitos estreitamente relacionados. Frente ao papel (elemento qualitativo) ao ser considerado seu nível e seu prestígio, configura-se o *status* (elemento quantitativo). Os integrantes de um grupo são considerados como estruturas que funcionam em um determinado nível com determinadas características. O nível é o *status*, e as características são dadas pelo papel (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Isso significa dizer que, no contexto estudado, algumas relações são estabelecidas valendo-se do papel e *status* representado na sociedade. O setor farmacêutico do município, subsidiado por políticas públicas, organiza o arsenal medicamentoso, atendendo aos princípios de responsabilidade com a validade e frequência com que os medicamentos são consumidos, além de evitar furtos entre os profissionais da saúde, funcionários e usuários. Tal fato justifica a necessidade de se retirar a farmácia básica das dependências das ESF, uma vez que não havia a figura do farmacêutico responsável por este setor (NOTAS DE CAMPO, 24 fev. 2011).

Em referência à relação estabelecida entre o agente comunitário de saúde e o usuário U 03, Pichon-Rivière alerta para que a ligação dos fenômenos com a noção de tempo-espaço deva ser reforçada. Para o autor, tudo está em movimento, e a estrutura em transformação varia num tempo, configurando-se uma tridimensionalidade: fenômeno-espaço-tempo.

Sendo o vínculo uma estrutura, dentro dessa estrutura ocorre a comunicação, que será boa se os seus integrantes assumirem os papéis a ele atribuídos. Caso esta condição não se concretize produz-se o mal entendido e, conseqüentemente, comprometimento da comunicação.

Quando um dos dois não acusa o impacto do outro, quer dizer, não assume o papel que lhe é atribuído ou, principalmente, não informa a sua responsabilidade, produz-se a indiferença e, nesse caso, a comunicação se interrompe (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 117).

O que aconteceu entre o usuário U 03 e o respectivo agente comunitário de saúde leva a crer que este profissional não estava desempenhando o seu papel. Entendendo as visitas domiciliares como atribuição específica deste trabalhador,

houve falhas no processo não realizado e a falta de vínculos entre os sujeitos desta microárea específica.

No tocante aos vínculos estabelecidos entre o profissional da medicina e a clientela da Atenção Primária, existe uma particularidade que deve ser colocada em discussão. O que se observa é que a ESF ainda não se mostra atrativa para esta categoria, uma vez que sua formação acadêmica direciona-se às especialidades e atuação veiculadas pelas residências médicas, justificando a rotatividade destes profissionais na Atenção Primária e dificuldades em formar vínculos com a comunidade, salvo exceções evidentemente (NOTAS DE CAMPO, 09 fev. 2011).

Durante as entrevistas realizadas com os usuários, foi possível observar as **facilidades encontradas no serviço ofertado pela Estratégia Saúde da Família** conforme depoimentos.

A gente não precisa sair da cidade para ir a Campina Grande ter um atendimento médico. Aqui mesmo temos médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, hospital, exames; isso é bom para o povo de Cuité–PB (U 01 – L. 19 – 21).

Os serviços ofertados no posto e que são muito bons são os médicos, vacinas, trago os netos para as vacinas, o citológico, muito bom (U 02 – L. 14 – 15).

Nós residimos há 110 km de Campina Grande e, após a inauguração dos postos de saúde, houve a descentralização da atenção à saúde. Os atendimentos são todos feitos aqui no município (U 03 – L. 51 – 53).

O sistema de saúde geral do município de Cuité é considerado um dos melhores da região. Eu procuro muito os hospitais, a unidade de saúde do bairro; ontem mesmo (domingo) senti uma dor forte nas pernas, fui ao hospital e, hoje, estou curado (U 04 – L. 01 – 04).

Bertoncini (2000) identificou, através de pesquisa efetuada junto a profissionais da equipe saúde da família, mudanças significativas no contexto do trabalho e nas ações de saúde em função da implementação da Estratégia Saúde da Família. O autor assegura que as equipes relataram, como diferenciais em seu trabalho, a possibilidade de trabalhar na profissão com que se identificam,

atuarem de forma comprometida com a comunidade e baseada em estabelecimento de vínculos e corresponsabilidade. Tais subsídios têm sido apontados pelos usuários demonstrando aspectos favoráveis do desenvolvimento das propostas do SUS e operacionalização da ESF no interior da Paraíba.

Nesta perspectiva, todo controle institucional do trabalho dos profissionais se daria através do acompanhamento do atendimento clínico, organizado sob a égide do vínculo, já que os resultados do trabalho de cada um seriam facilmente identificáveis pela gerência e pela clientela. Para Campos (1997) o vínculo inserido na prática clínica é o que permite combinar autonomia e responsabilidade profissional, é o que promove desalienação.

O acolhimento ao usuário e a capacidade de estabelecer vínculos formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança e a produção do cuidado e da cura, visando à recuperação ou aos ganhos de autonomia dos usuários - individuais ou coletivos -, bem como da promoção e defesa da sua vida (MERHY; FRANCO, 2003).

Em qualquer encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, e trabalhador em saúde, portador de um dado conjunto de saberes específicos e práticas, sempre se configura um espaço relacional. Neste espaço, ocorre fala, escuta, interpretação e “disputas permanentes de intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde” (MERHY, 1997, p. 76). O usuário (...) “sempre procura obter nesse encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a ‘sinceridade’, a ‘responsabilização’ e a confiança na intervenção, como uma possível solução” (MERHY, 1997, p. 76, 77).

Considerando a autonomia dos trabalhadores e a aplicação das tecnologias leves, há muito que os profissionais de saúde e gestores do processo de trabalho podem fazer no sentido de modificar o atual modelo ‘médico centrado’ para um modelo de assistência ‘usuário centrado’, previsto na ESF e tendo uma boa aceitação da comunidade de Cuité-PB para isso.

Embora o enfermeiro nem sempre explicita claramente as abordagens pedagógicas que subsidiam suas atividades educativas, sua atuação pedagógica sempre acaba por denunciá-la. Um fenômeno facilmente identificado nas

atividades de ensino, com base na análise dos depoimentos dos usuários, foi a **necessidade de fornecimento de informações à comunidade numa atmosfera amigável entre enfermeiros e usuários**. Os fragmentos dos depoimentos a seguir manifestam o fenômeno no cenário investigado:

Gosto da atenção da enfermeira em me ensinar. Ensina bem direitinho, tem paciência (U 01 – L. 40 – 41).

Eu sou tão bem atendida pela enfermeira, cada vez que eu venho vou aprendendo mais alguma coisa (U 02 – L. 78 – 79).

As atividades são realizadas em forma de diálogo mesmo, acho que, pelo fato da enfermeira saber que eu sou da Universidade, a relação de diálogo é muito mais satisfatória. Conversa muito comigo, qualquer procedimento que será realizado ela sempre explica, quando vai passar qualquer exame, ela sempre diz por que vai pedir o exame. É muito importante este posicionamento (U 03 – L. 15 – 20).

Sempre tem aquela preocupação em fornecer todas as informações de saúde para a gente. O trabalho é muito bom (U 04 – L. 56 – 57).

Gostaria de lembrar que, na passagem pelos depoimentos oriundos das transcrições das entrevistas com os enfermeiros, houve a detecção de, predominantemente, três abordagens pedagógicas baseado na classificação de Mizukami: abordagem comportamentalista, humanista e tradicional. Embora a abordagem humanista direcione a atuação docente a uma atmosfera mais salutar do que a abordagem tradicional, falta-lhe o caráter da formação crítica que perpetue a reflexão, a mudança e a transformação.

À primeira impressão, supõe-se que os enfermeiros fazem uso de vertentes problematizadoras emancipatórias em suas atividades educativas pela atmosfera de diálogo e relações horizontalizadas estabelecidas entre enfermeiro e cliente, entretanto revelou-se prevalente nos depoimentos dos usuários que a verdadeira preocupação dos profissionais está em instruir e ensinar os conteúdos e informações, visando à formação de reações estereotipadas, característica das abordagens pedagógicas não emancipatórias

Para considerar uma atuação pautada na pedagogia problematizadora, libertadora ou conscientizadora, assim denominadas por Freire (2011e), deve-se estimular o desenvolvimento da consciência crítica do educando e do próprio educador. Uma pedagogia alicerçada nesta abordagem procura provocar nos alunos um sentimento de busca por novas soluções para problemas de seu cotidiano pessoal e profissional, estimulando a exploração do mundo que os rodeia e, ao mesmo tempo, abandonando as respostas prontas fornecidas pelo conhecimento hegemônico, produzido pela classe social ou profissional que nem sempre é a sua.

Desta forma, a tentativa louvável dos enfermeiros em promover ações educativas dialógicas, emancipatórias e problematizadoras foi frustrada no momento em que a **preocupação maior ficou com a variedade e quantidade de noções/conceitos/informações que são oferecidos à população** comparados a uma atuação que enfatize a formação do pensamento, conforme os recortes nos depoimentos a seguir:

A orientação é que tem uma palestra para aquelas pessoas mais doentes, e eu acredito que está agradando, e outra para as menos doentes. Mas é que houve o comentário “A gente orienta, orienta, mas o pessoal não faz o que é dito, o que a doutora ensina”. Principalmente as palestras, porque quando tem o citológico, ela faz aquela reunião, as doenças que podem ser adquiridas, o que deve ser feito como prevenção. É muito bom! (U 01 – L. 20 – 25).

Está agradando, mas sempre elas dizem que orienta, orienta, e a gente não faz o que elas dizem. Pois é, mas nem elas fazem mesmo... é muito difícil deixar o açúcar, o sal. Pelo menos, depois do câncer, fiquei mais preocupada com a saúde (U 02 – L. 90 – 93).

Mesmo sabendo que tem as palestras para as gestantes, eu nunca participo, sempre vou apenas para a consulta de pré-natal (U 03 – L. 30 – 31).

Eu sempre estou participando das palestras, das caminhadas e tal, mas tem alguns momentos que eles querem que a gente deixe de fazer tudo: não pode fumar um cigarrinho, não pode beber, não pode comer sal, nem muito açúcar... eu sei que é para o nosso bem, mas é muito difícil (U 04 – L. 35 – 38).

Pinto (2005) assevera que, ao privilegiar o repasse de conteúdos teóricos para os alunos, os professores oportunizam uma participação superficial dos alunos no processo de ensino, e essa participação, basicamente, resume-se à memorização de conteúdos programáticos sem quaisquer críticas à sua destinação, características semelhantes ao que foi depreendido das transcrições dos enfermeiros e usuários no município de Cuité.

O processo de aprendizagem via memorização, ao qual estão submetidos os usuários entrevistados, apresenta como resultado a passividade, a falta de atitude crítica, o desinteresse para transformar a realidade e, principalmente, a relação dogmática com as fontes de informação que valoriza o saber isolado de seu contexto determinante. Disso resulta a reprodução, quase mecânica, dos conhecimentos repassados ao longo do processo de ensino.

Neste sentido, a postura adotada pelos clientes de não se manterem envolvidos nas atividades de educação em saúde organizadas, planejadas e oferecidas à comunidade, deve-se ao fato de que o próprio público alvo não é convidado a participar do processo e, portanto, não se sentem atraídos a adentrar na corresponsabilidade assegurada pela legislação.

Considerações Finais

“Não existe estrada real para a ciência, e só têm probabilidade de chegar a seus cimos luminosos aqueles que não temem enfrentar a canseira para galgá-los por veredas escarpadas.”

(Karl Marx).

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação em um programa de Pós-Graduação em Psicologia e a oportunidade de exercer a interdisciplinaridade envolvendo a psicologia e a enfermagem, conduziu a experiências potencializadoras, situações interdependentes e interatuantes, perpassadas por contrariedades e conflitualidades que permitiram a visualização das relações estabelecidas entre enfermeiros e usuários através do olhar do pesquisador como docente, como profissional da enfermagem atuante na Estratégia Saúde da Família e como investigador.

De acordo com os depoimentos dos usuários, pode-se constatar a formação de vínculos com os profissionais, revelando relações que convergem para o que preconiza a proposta doutrinária do SUS e da Estratégia Saúde da Família, marcadas predominantemente pelo estreitamento de laços afetivos conduzindo a relações dialógicas. Contudo, a análise das falas dos profissionais revela uma atuação profissional contrária ao conceito ampliado de saúde, à dinâmica proposta de transformação, reflexões e mudanças no âmbito da saúde.

Mesmo que não tenha sido possível elucidar atividades que conduzam à autonomia e expansão de vida dos sujeitos entrevistados, a formação de vínculos com a comunidade e o modelo de atenção à saúde universalista apresentam potencial significativo para viabilizar a passagem para uma assistência à saúde que conduza à crítica e autonomia. Permite concluir que o SUS e o trabalho na ESF têm fomentado os enfermeiros a buscarem outros referenciais, além dos biológicos, como a detecção da utilização das abordagens pedagógicas

comportamentalistas e humanistas em suas práticas educativas em detrimento à escolha pela abordagem tradicional.

Mesmo sob vários aspectos limitadores, o SUS continua sendo o melhor modelo a ser operacionalizado e, à medida que suas diretrizes vão sendo executadas, a tendência leva a um aperfeiçoamento e a uma superação das dificuldades e limitações, desde que seus atores trilhem pelo caminho da crítica, e a formulação do “novo” venha realmente a substituir o “velho” na perspectiva de ascensão a um nível qualitativo superior.

Constata-se, neste sentido, que a intenção dos enfermeiros em oferecer práticas educativas libertadoras e transformadoras não acontece por serem influenciados ideologicamente conduzindo uma atuação no âmbito da educação em saúde que privilegia os interesses da classe dominante, muitas vezes contrário às necessidades coletivas.

Mesmo assim, a possibilidade de envolvimento deste profissional da saúde em aspectos culturais dos seus clientes como estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida cotidiana das pessoas adscritas em sua microárea tem se destacado como aspecto profícuo na Atenção Primária por elucidar o tipo de assistência que é prestada à comunidade: se negligente, intercessora, acolhedora e/ou resolutiva em termos de resolubilidade do “problema de saúde” apresentado.

A autonomia dada ao profissional da enfermagem, no âmbito da Atenção Primária, também tem garantido aspectos potencializadores nas relações estabelecidas com os usuários, principalmente no planejamento das atividades de educação em saúde voltadas ao indivíduo, à família e à comunidade, além de contar com a colaboração interdisciplinar dos demais profissionais da saúde.

Dentre as atividades limitadoras realizadas pelos profissionais da enfermagem, está a incompatibilidade entre o atendimento recomendado pelo Ministério da Saúde e a demanda sempre excedente da comunidade, além da falta do técnico em enfermagem em duas Estratégias Saúde da Família pesquisadas.

Aspectos como imunização, curativos, verificação de pressão arterial sistêmica, retirada de pontos, nebulização e administração de medicações orais e injetáveis devem ser assumidas pelo técnico de enfermagem, no entanto duas

unidades de saúde não disponibilizavam o profissional e, quando o mesmo estava presente, não se sentia seguro para aplicar determinadas vacinas ou realizar determinados procedimentos à comunidade.

O fato de sobrecarregar ainda mais o profissional da enfermagem reflete a dificuldade de prestar uma assistência de qualidade, em planejar ações de educação em saúde na coletividade aos programas propostos pelo Ministério da Saúde como planejamento familiar, pré-natal, puericultura, hiperdia, tuberculose e hanseníase, além de não contar com a contribuição ativa de outros membros da equipe.

Esse fato tende a fazer com que os processos de educação em saúde, na perspectiva problematizadora, de promoção à saúde, sejam relegados a questões de segunda ordem ratificadas, inclusive, pelos próprios usuários dos serviços. Contrário a este posicionamento, a proposta freireana orienta que educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa proporcionar e priorizar atividades preventivas e promocionais de maneira a valorizar práticas que contemplem o indivíduo, família e comunidade.

O que foi depreendido pelos depoimentos dos enfermeiros e usuários atesta a necessidade de transformação nas relações entre profissionais e usuários visando a construção de uma prática assistencial alternativa, capaz de acumular experiências contra hegemônicas através da participação ativa da comunidade, profissionais de saúde e gestores nos Conselhos Municipais de Saúde, por exemplo, a fim de discutirem coletivamente soluções para os problemas cotidianos.

De fato, o que pode ser atestado desta pesquisa é que as atividades educativas são exercidas com abordagens que favorecem mais o adestramento que a autonomia, revelando uma feição educacional com relações que tendem mais à dependência do que à libertação.

Dentre os modelos de educação em saúde, o modelo dialógico proposto por Paulo Freire pode ser utilizado como base filosófica para formação de futuros profissionais da enfermagem em ambiente universitário, bem como estratégia profícua à capacitação dos enfermeiros que atuam na assistência ao paciente.

Como foi possível elucidar alguns estudos que demonstraram o êxito de profissionais de enfermagem na utilização do método dialógico em algumas de suas atividades de educação em saúde, faz-se necessário intensificar a produção científica voltada à sensibilização do corpo docente para que este método não seja utilizado de maneira eventual, mas de maneira rotineira nas atividades de ensino ao indivíduo, à família e à comunidade.

Referências

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de; FRIAS, Paulo Germano; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice; AZWARCOWALD, Célia Landmann. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. Sup 2, p. 301-309, 2009.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde do município: em busca da integralidade. **Interface – comun., saúde, educ.**, v. 8, n. 15, p. 259 – 274, mar./ago. 2004.

ALENCAR, Rodrigo Conti Vieira de. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2006. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ALMEIDA, Débora Vieira de; CHAVES, Eliane Corrêa. O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem. **Einstein**, v. 7, n. 3, p. 271 – 278, 2009.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabíola. Políticas públicas e organização dos serviços de saúde no Brasil e o sentido político do SUS. In: WESTPHAL, Márcia Farias; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio. (Orgs.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001. p. 13-50.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39 – 52, Set. 2004 / fev. 2005.

ANDRADE, Ângela Nobre de. Plantão Psicológico. In.: IX Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições. Atenção Psicológica: fundamentos, pesquisa e prática. **Anais**. Recife: Universidade Católica de Pernambuco. Laboratório de Psicologia Clínica Fenomenológica Existencial – LACLIFE, 2009.

ANDRADE, Luciana Dantas Farias de. **Administração em enfermagem: desvelando as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas de seu ensino em João Pessoa – PB**. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ANDRADE, Ângela Nobre de; ARAÚJO, Maristela Dalbello de. Paradoxos das Políticas Públicas: Programa de Saúde da Família. In.: TRINDADE, Zeidi Araújo;

ANDRADE, Ângela Nobre de. (Orgs.). **Psicologia e Saúde**: um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 73 – 87.

ARANTES, Cássia Irene Spinelli; MESQUITA, Camila Campos; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira; OGATA, Márcia Niituma. O controle social no Sistema Único de Saúde: Concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007.

ARAÚJO, Daisy Vieira de; SILVA, Cesar Cavalcanti; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti. Formação da força de trabalho em saúde: contribuição para a prática educativa em enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 2008.

BERTONCINI, Judite Hennemann. **Da intenção ao gesto**: uma análise da implantação do Programa Saúde da Família em Blumenau. 2000. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BESEN, Candice Boppré; NETTO, Mônica de Souza; DA ROS, Marco Aurélio; SILVA, Fernanda Werner da; SILVA, Cleci Grandi da; PIRES, Moacir Francisco. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p. 57 - 68, jan./abr. 2007.

BODSTEIN, Regina. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. Supl. 01, p. 1336 – 1345, 2009.

BOEHS, Astrid Eggert; MONTICELLI, Marisa; WOSNY, Antônio de Miranda; HEIDEMANN, Ivonete B. S.; GRISOTTI, Márcia. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 307 – 14, abr./jun. 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. 2011. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>. Acesso em: 08 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária à Saúde**. 2010. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/noticia_caps.php. Acesso em: 10 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NASF**: Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2007b. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Projetos Dinter e Minter**. 2006. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/dinterminter.html>. Acesso em: 27 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de informação e informática do SUS. **SIAB**: Sistema de Informação da Atenção Básica. 1998. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743. Acesso em: 12 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Informações epidemiológicas como instrumento de planejamento e gerência dos serviços de saúde. In: **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília, DF: IEC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **A B C do SUS** - Doutrinas e Princípios. Brasília, DF, 1990.

BRENNA, Sylvia Michelina Fernandes; HARDY, Ellen; ZEFERINO, Luiz Carlos; NAMURA, Iara. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad Saúde Pública**, v. 4, n. 17, p. 909 – 914, 2001.

BRICEÑO-LÉON, Roberto. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.1, p.7-30, jan./mar. 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANESQUI, Ana Maria. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 109 – 124, 2003.

CARDIM, Mariana Gomes; RANGEL, Débora Luiza de Oliveira; LOBO, Mariana Bahia; PEREIRA, Adriana Lemos. Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em enfermagem, **R. de pesq.: Cuidado é fundamental**, ano 9, v. 1, n. 2, p. 57 – 64, 2005.

CARVALHO, Marta Lúcia O.; FUREGATO, Anatonina Regina F. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Rev Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 3, n. 1, jan./jun. 2001. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/gineco.html. Acesso em 15 jun 2011.

CESARINO, Claudia B.; CARDOSO, Silvana S.; MACHADO, Mirângela R.; BRAILE, Domingos M.; GODOY, Moacir F. Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 4, p. 234 – 237, out./dez. 2004.

CHIESA, Anna Maria; VERISSIMO, Maria De La Ó Ramalho. **Educação em saúde na prática do PSF**. Manual de enfermagem (on-line). p. 34 – 42. 2001. Disponível em www.idssaude.org.br/enfermagem. Acesso em 18 mai 2010.

COLTRO, Alex A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 11, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº. 3 de 7 de novembro de 2001**. Disponível em: http://www.anaceu.org.br/legislacao/resolucoes/reso3_07-11-2001.html. Acesso em: 11 set. 2007.

DAMASCENO, Cleide Ferreira. **Educação Popular em Saúde: a construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus e profissionais da área**. 28ª Reunião Anual da ANPED (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação), Caxambu, 2005.

DURÃES-PEREIRA, Maria Beatriz Benedita Boldrin; NOVO, Neil Ferreira; ARMOND, Jane de Eston. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da Zona Sul, no Município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 465 – 476, mar./abr. 2007.

EDUARDO, Kylvia Gradínia Torres; AMÉRICO, Camila Félix; FERREIRA, Escolástica Rejane Moura; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; XIMENES, Lorena Barbosa. Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade. **Acta Paul Enferm.**, v. 1, n. 20, p. 44 - 48, 2007.

EGRY, Emiko Yoshikawa; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; SILVA, Glaucia Krueger da; RAMOS, Sabrina Leitis. Cuidado de enfermagem e educação em saúde com profissionais do *surf*. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 241 – 247, abr./jun. 2007.

FEITOSA, Sônia Couto Souza. **Método Paulo Freire: Princípios e práticas de uma concepção popular de educação**. 133 f. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.

FORTUNA, Cinira Magali; MISHIMA, Silvana Martins; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José Bistafa. O trabalho de equipe no programa de saúde da

família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

_____. **Extensão ou comunicação?** 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011c.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011d.

_____. **Educação e mudança**. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011e.

GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996.

GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 1, n. 1, p. 109 – 119, ago. 1997.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171 – 1181, jun. 2006.

GIRADE, Maria da Graça; CRUZ, Emirene Maria Navarro Trevizan da; STEFANELLI, Maguida Costa. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 105 – 110, 2006.

GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; LA CAVA, Angela Maria. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 932 – 941, 2009.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

HISTÓRICO. Site oficial da Prefeitura Municipal de Cuité-PB. Disponível em: <http://www.cuite.pb.gov.br/portal1/municipio/historia.asp?ildMun=100125067>. Acesso em: 25 abr. 2011.

HOLANDA, Adriano. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, n. 3, v. XXIV, p. 363 – 372, 2006.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

LIMA, Espedito Manguiera de. **A televisão como tecnologia promotora de temas transversais de saúde**: possibilidades e mediação pelo professor. 2003. 158 f. Dissertação (Mestrado em educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRÁ, Keli Regina. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Rev. Texto & Contexto**, v. 6, n. 1, p. 93 – 104, jan./jun. 2007.

LUNA, Weber. Caos na saúde da Paraíba faz a primeira vítima. **Informe Paraíba**. Seg, 30 mai. 2011. Disponível em: http://www.informepb.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4509:caos-na-saude-da-paraiba-faz-a-primeira-vitima&catid=38:politica&Itemid=67. Acesso em: 02 jun. 2011.

MARICONDI, Maria Ângela; CHIESA, Anna Maria. A transformação das práticas educativas em saúde no sentido da escuta como cuidado e presença. **Cienc Cuid Saúde**, v. 9, n. 4, p. 704 – 712, out./dez. 2010.

MARTINS, João Batista. Observação participante: uma abordagem metodológica para a psicologia escolar. **Semina: Ci. Sociais/Humanas**, Londrina, v. 17, n. 3, p. 266-273, set. 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.) **A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário**. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 10, Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 1993. p. 07-19.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71 – 112.

_____. **Saúde**: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. 2006. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 22 fev 2011.

_____. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2007. 406 p.

_____. Hermenêutica–dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Parte II, cap. 3, p. 83 – 107.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 631 – 635, jul./ago. 2004.

MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. **Sistema Currículo Lattes Maria da Graça Nicoletti Mizukami**. 2012. Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=S67852>. Acesso em: 01 mar. 2012.

_____. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 556-559, jul./ago. 2006.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 24 ago. 2011.

PAIM, Jairnilson da Silva. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção a saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 161-174.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 4, n. 3, p. 478 – 484, 2007.

PAULA, Sérgio Góes; BRAGA, José Carlos de Souza. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1986.

PEREIRA, Erica Gomes. **A participação da enfermagem no trabalho educativo em saúde coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período de 1988 – 2003**. 2005. 122 f. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PERES, Ellen Márcia; DAL POZ, Mário R.; GRANDE, Nuno R. Visita Domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. **R. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 2, p. 208 – 213, abr./jun. 2006.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do vínculo**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PIMENTA, Érika Acioli Gomes; SARAIVA, Alynne Mendonça; MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega; PINON, Gigliola Marcos Bernardo; SANTOS, José Carlos Oliveira; APOLINÁRIO, Marisa de Oliveira; SILVA, Sheila Maria Tabosa da; GOMES, Jesiel Ferreira. **Projeto pedagógico do curso de bacharelado em enfermagem**. Cuité, 2008. Mimeografado.

PINTO, Maria Benegelania. **Ensino de enfermagem em saúde mental para formação de técnicos na perspectiva da reforma psiquiátrica**. 2005. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João pessoa.

POLI, Solange Maria Alves. **Freire e Vygotsky: um diálogo entre a pedagogia freireana e a psicologia histórico-cultural**. 2007. 204 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.

RÊGO, Maria Aparecida Barbosa. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem junto às pessoas portadoras de diabetes, **Rev. Eletrônica Enf.**, v. 10, n. 1, p. 263 – 265, 2008.

RIBEIRO, Andressa F.; MARQUES, Gisela R. A. M.; VOLTOLINI, Júlio C.; CONDINO, Maria Lúcia F. Associação entre incidência de dengue e variáveis climáticas. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 671 – 676, 2006.

RIBEIRO, Edilza Maria. **Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa**. 2005. 285 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

RIOS, Cláudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477 – 486, 2007.

ROSELLINE, Ana Paula Lombardi; CARMO, Ana Paula Veloso do; SOUZA, Paula Regina Pereira de; SAITO, Raquel Xavier de Souza. Territorialização: base para a organização e planejamento em saúde. In: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs.). **Saúde de Família: Considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 387 – 399.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. Políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde. In.: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs.). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008. cap. 01, p. 21 – 60.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, 1999.

SANTOS, Sueli Maria dos Reis; JESUS, Maria Cristina Pinto de; AMARAL, Arlete Maria Moreira do; COSTA, Darcília Maria Nagem da; ARCANJO, Rafaela Alves. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, juiz de fora, minas gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124 - 130, jan./mar. 2008.

SCOCUGLIA, Afonso Celso. As reflexões curriculares de Paulo Freire, **Rev. Lusófona de Educação**, v. 6, p. 81 – 92, 2005.

SEBASTIANI, Ricardo Werner; MAIA, Eulália Maria Chaves. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. supl. 1, 2005.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cuité – PB. abr. 2011.

SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; BARROS, Sonia. A reforma psiquiátrica em João Pessoa – PB: atualização ou transformação do modelo de assistência psiquiátrica tradicional. In: GARCIA, Telma Ribeiro; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da (Orgs.). **Saúde & Realidade**. Vol. 2. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. Parte II, cap. 2, p. 135 – 159.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. supl. 1, p. 1453 – 1462, 2009.

SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT, Otília Maria L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica, **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009.

SILVEIRA, Rosemary Silva; LUNARDI, Valéria Lerch; MARTINS, Cleusa Rios; MAIA, Ana Rosete; MANO, Patrícia Souza. Conceptualizando a prática da enfermagem a partir de Paulo Freire. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 156 – 162, mai./ago. 2005.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro; OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymard

Mourão (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.115-36.

SOARES, Luciana Loyola Madeira; VERÍSSIMO, Luiz José. A formação do aluno na graduação em psicologia pela pedagogia de Paulo Freire. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 588 – 603, 2010.

SOUZA, Isabela Pilar Moraes Alves de; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 618 – 627, out./dez. 2009.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; Ensino de enfermagem: momento privilegiado de construção do conhecimento. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 79-86, jul./set. 2000.

SZYMANSKI, Heloisa; ANDRADE, Ângela Nobre de; BARRETO, Carmen Lúcia Brito Tavares; CUPERTINO, Christina Menna Barreto; DUTRA, Elza Maria do Socorro; MORATO, Henriette Tognetti Penha; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. GT 34 – Práticas Psicológicas em Instituição: atenção, desconstrução e invenção. In.: XIII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico em Psicologia. Pesquisa em Psicologia: formação, produção e intervenção. **Anais**. Fortaleza (CE): Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), 06 a 09 jun. 2010. p. 82 – 84.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Rosalina A. Partezani. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 1, p. 88 – 96, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nibalbo Silva. Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais. **Caderno de Pesquisa**, v. 4, n.1, p. 73-106, 2001.

VASCONCELOS, Maria Lucia Marcondes Carvalho; BRITO, Regina Helena Pires de. **Conceitos de educação em Paulo Freire**. São Paulo: Vozes; 2006.

VASQUEZ, Manuel A. Paulo Freire e a crise da modernidade. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 14, p. 141 – 158, 2000.

WEISSHEIMER, Marco Aurélio. **Bolsa Família**: Avanços, limites e possibilidades do Programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil. São Paulo: Editora Perseu Abramo: 2006.

Apêndices

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

De acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996

Do Conselho Nacional de Saúde.

Educação em saúde na atenção primária: limites e possibilidades nas relações dialógicas entre enfermeiros e usuários.

O estudo será realizado em Estratégias Saúde da Família localizadas na cidade de Cuité-PB, visando analisar os limites e possibilidade nas relações dialógicas estabelecidas entre enfermeiros e usuários no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Esta pesquisa beneficiará tanto a comunidade acadêmica, como os profissionais da saúde e da enfermagem e os usuários das Unidades Básicas de Saúde, pois será fonte de conhecimento acerca das ações de educação em saúde, permitindo o conhecimento da repercussão das atividades de educação em saúde e, como estas ações têm contribuindo para melhoria da saúde dos cidadãos.

A decisão de participar ou não desse estudo é inteiramente pessoal. Caso decida desistir do estudo, você terá o direito de fazê-lo a qualquer momento e por qualquer motivo. Sua decisão NÃO resultará em qualquer penalidade.

As informações que o (a) senhor (a) nos fornecer serão utilizadas apenas para este estudo. Seus dados relativos a esta pesquisa são confidenciais. Seu nome ou outras informações de identificação pessoal não serão usados em nenhum relato, nem publicações que venham a resultar deste estudo. O (a) senhor (a) não será pago (a) por sua participação nesse estudo, e nada lhe será cobrado.

Durante o estudo, se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando

Figueira (IMIP) localizado na Rua dos Coelho, 300, Boa Vista - Recife-PE – Brasil. CEP: 50070-550. Fone/Fax: (81) 2122-4756. Responsável: Danyelle Brayner (Assist. Administrativo).

E se o (a) senhor (a), ainda durante o estudo, tiver alguma dúvida ou se você quiser qualquer esclarecimento adicional ao protocolo, queira, por favor, entrar em contato com o investigador principal do estudo: Luciana Dantas Farias de Andrade, pelo telefone (83) 9921-5477 ou no endereço: Rua Genival Meneses Furtado, 20, Residencial Alípio Freitas, Apto. 201, Centro, CEP: 58175-000, na cidade de Cuité-PB.

Não assine este formulário de consentimento a menos que você tenha tido a oportunidade de fazer todas as perguntas e ter esclarecidas todas as suas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, li as informações fornecidas neste formulário de consentimento. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas elas me foram respondidas satisfatoriamente. Não estou ciente de quaisquer condições médicas que eu tenha, que tornariam minha participação excepcionalmente perigosa. Assino voluntariamente este consentimento informado, que denota minha concordância em participar deste estudo, até que eu decida em contrário. Não estou renunciando a nenhum de meus direitos legais ao assinar este consentimento. Recebi uma cópia assinada desta para referência futura. Após assinado, uma cópia deste documento ficará comigo, e outra ficará com o pesquisador. Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar de presente pesquisa.

Apêndice B

Roteiro semiestruturado de entrevista com os enfermeiros

I – Conte quais as dificuldades enfrentadas nas ações de educação em saúde na sua unidade.

II – Como você consegue alcançar as ações de educação em saúde?

III – Conte um caso exitoso de educação em saúde em sua unidade.

Roteiro semiestruturado de entrevista com os usuários

I – Conte quais as atividades que acontecem no posto e para quê elas servem.

II - Como são para você estas atividades. Serviu para quê?

III - O que você gosta de fazer aqui na unidade? Com quem? Como?

IV - Quais os profissionais que você conhece? Como foram estes encontros com estes profissionais?

V - Existe alguma coisa que você gostaria de aprender e que poderia acontecer aqui no posto de saúde?

Anexos

Anexo A

Ata do exame de qualificação de projeto de tese de doutorado submetido à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MINTER/DINTER - UNIVASF**

ATA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO, NÍVEL DOUTORADO, DA
ALUNA LUCIANA DANTAS FARIAS DE ANDRADE REALIZADO EM 14
DE ABRIL DE 2010.


Aos quatorze de abril de dois mil e dez, às quinze horas teve início ao Exame de Qualificação da aluna doutoranda **Luciana Dantas Farias de Andrade**, regularmente matriculada, sob o nº **2008130823**, com o tema *“Saúde e Educação na Atenção Básica: Limites e Possibilidades de Superação nas Relações Dialógicas entre Enfermeiros e Usuários”*, orientanda da Professora Doutora Angela Nobre de Andrade (UFES). Compunham a Banca Examinadora a Professora Orientadora, a Professora Doutora Luziane Zacché Avellar (UFES) e a Professora Doutora Maria Cristina Smith Menandro (UFES). Realizada a arguição, o Exame foi dado por encerrado às dezesseis horas e quarenta minutos. Os membros da Banca Examinadora reunidos decidiram por unanimidade pela aprovação da aluna doutoranda **Luciana Dantas Farias de Andrade** no Exame de Qualificação. Nada mais havendo a acrescentar, subscrevo esta ata que vai assinada por mim e pelos demais membros componentes da Banca Examinadora. Vitória, 14 de abril de 2010.-----



Prof^ª Dr^ª Angela Nobre de Andrade (Orientadora/UFES)



Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Smith Menandro (UFES)



Prof^ª Dr^ª Luziane Zacché Avellar (UFES)

Anexo B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP


Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 1834 intitulado “**Saúde e educação na atenção básica: limites e possibilidades de superação nas relações dialógicas entre enfermeiros e usuários**” apresentado pela pesquisadora **Luciana Dantas Farias de Andrade** foi **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em 25 de agosto de 2010.

Recife, 25 de agosto de 2010.


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/87
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/84
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - ISENTA
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122-4100
Fax: (81) 2122-4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br