

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM
ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO PARÁ**

**PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIMENSÃO EDUCAR**

EVELINE MENEZES CAÇOTE BARBOSA

**MANAUS
2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM
ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO PARÁ**

EVELINE MENEZES CAÇOTE BARBOSA

**PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIMENSÃO EDUCAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas – UFAM em ampla associação com a Universidade do Estado do Pará - UEPA, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Educação e Tecnologia de Enfermagem para o Cuidado em Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Dr^a Nair Chase da Silva

**MANAUS
2017**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B238p Barbosa, Eveline Menezes Caçote
Processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da
Família: dimensão educar / Eveline Menezes Caçote Barbosa. 2017
99 f.: 31 cm.

Orientadora: Nair Chase da Silva
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
do Amazonas.

1. Prática Profissional. 2. Enfermagem. 3. Estratégia Saúde da
Família. 4. Educação. I. Silva, Nair Chase da II. Universidade
Federal do Amazonas III. Título

EVELINE MENEZES CAÇOTE BARBOSA

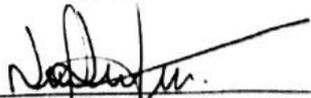
**PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIMENSÃO EDUCAR**

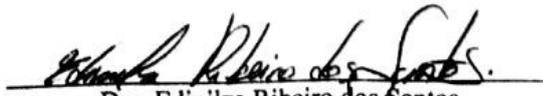
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas – UFAM associado a Universidade do Estado do Pará - UEPA, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Educação e Tecnologia de Enfermagem para o Cuidado em Saúde a Individuos e Grupos Sociais.

Manaus, em 13 de fevereiro de 2017

BANCA EXAMINADORA


Dra. Nair Chase da Silva


Dra. Noeli das Neves Toledo


Dra. Edinilza Ribeiro dos Santos

Dedico este trabalho ao meu esposo
Rafael Caçote Barbosa, pelo apoio e
incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de viver, pela presença constante dele, me proporcionando momentos vitoriosos e me auxiliando nas dificuldades.

Ao meu filho Levi Barbosa, pelo amor e paciência, mesmo sem ter a total compreensão das minhas ausências.

Aos meus pais, Ana Mary Menezes e Antônio Carlos Menezes, pelo amor, pelo apoio e pelos sonhos que de forma direta e indireta me ajudaram a realizar.

À minha irmã Laís e ao meu cunhado Kyson, pelas palavras de incentivo e por proporcionarem momento de descontração, facilitando a caminhada da vida.

Aos meus sogros Maria Alzirene e José Albérico por se alegrarem por cada conquista minha, por compreenderem minha ausência em reuniões familiares e por estarem sempre dispostos a me ajudar quando foi preciso.

À Dra. Nair Chase da Silva pelos sábios ensinamentos, pela compreensão nos momentos de adversidades e pela paciência na construção do conhecimento.

Às amigas Alessandra Cristina e Flávia Roberta, que participam de todos os momentos da minha vida, sejam bons ou ruins.

Às colegas de mestrado Graciana Lopes, Katiúscia Azevedo, Ellen Rocha e Gisele Rocha, pela parceria nessa trajetória, também pelos momentos de alegrias, tristezas e aprendizados compartilhados.

À amiga Gisele Reis e a Ana Paula pelos momentos de troca de saberes e incentivo.

Aos professores do Programa de Pós Graduação Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, por serem facilitadores do conhecimento.

As coordenadoras do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas Jucimary e Cássia, pelo incentivo.

Aos colegas de trabalho pela compreensão da minha ausência, e apoio desde a fase da seleção.

À Secretaria Municipal de Saúde, pela autorização desta pesquisa e as enfermeiras participantes deste estudo, que permitiram minha presença em seu cotidiano de trabalho, o meu Obrigado!

O temor do Senhor é o princípio da sabedoria; e o conhecimento do Santo é o entendimento.

Provérbios 9:10

RESUMO

BARBOSA, E.M.C. **Processo de Trabalho do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Dimensão Educar**. 2017. 99fls. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em associação com a Universidade do Estado do Pará (UEPA), 2017.

O processo de trabalho do enfermeiro é composto pelas dimensões educar, assistir, administrar, pesquisar e participar politicamente. Nessa perspectiva elegeram-se como objeto de estudo a análise da dimensão educar na Estratégia Saúde da Família em Manaus-AM. A dimensão participar politicamente tem sido compreendida como transversal às dimensões educar, assistir e administrar. A dimensão educar deve contemplar tanto a população como os profissionais de saúde, utilizando-se a terminologia educação em saúde e educação permanente respectivamente. A educação em saúde tem na Estratégia Saúde da Família espaço privilegiado para o seu desenvolvimento. A Estratégia Saúde da Família foi concebida pelo Ministério da Saúde em 1994, sendo implantada em Manaus no ano de 1999. O estudo teve como objetivo geral analisar a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família em Manaus/AM e como objetivos específicos: descrever o desenvolvimento da prática educativa do enfermeiro na ESF; examinar como o enfermeiro analisa suas práticas educativas e investigar nas práticas educativas do enfermeiro a transversalidade da participação política. Para o desenvolvimento do estudo optou-se pela pesquisa qualitativa, de caráter descritiva e exploratória. O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde de Manaus, nos cinco Distritos Sanitários, tendo como sujeitos cinco enfermeiras que atuavam na ESF. Como técnica de coleta de dados foram utilizadas a entrevista e a observação participante. Os instrumentos de levantamento de dados foram um questionário para caracterização do perfil dos enfermeiros, um roteiro de entrevista semi estruturado, um roteiro de observação e um diário de campo. O trabalho de campo foi realizado no período de janeiro a março de 2016. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo. A análise dos dados indicam que as UBS não possuem um espaço interno adequado para a prática de educação em saúde destinada à coletividade. Mostram que as enfermeiras do estudo possuem entre 2 a 27 anos de formação profissional, sendo que no tempo de atuação na ESF, duas enfermeiras foram consideradas novatas, até cinco anos de atuação, duas intermediárias, entre seis e catorze anos de atuação, e uma experiente, acima de quinze anos. A jornada de trabalho indica 30h e 40h semanais. O desenvolvimento das práticas educativas dá-se tanto no espaço interno da unidade de saúde, quanto em espaços alternativos, como centros sociais, espaços comunitários, escolas, igrejas e empresas. A organização do processo de trabalho deu-se por meio de planejamento em reuniões coletivas, com ausência do projeto educativo, porém constatou-se o plano de ação e cronogramas das práticas de educação em saúde. Nem todas as enfermeiras possuem formação complementar para o desenvolvimento das práticas educativas, e as que possuem as adquiriram em cursos de especialização que enfocam a temática. A prática educativa na percepção do enfermeiro é tida como fundamental dentro do processo de trabalho do enfermeiro, entretanto observou-se pouca referência à participação política. A atuação do enfermeiro como educador, condutor e facilitador do processo de ensino foi valorizada. No entanto, o conteúdo das práticas de educação em saúde são majoritariamente demandadas por uma agenda nacional, e em segundo plano são atendidas as demandas da população territorial. Os materiais didáticos utilizados são produzidos e disponibilizados pelo Ministério da Saúde, e em algumas situações confeccionados pelas próprias enfermeiras. No desenvolvimento das práticas educativas a proposta pedagógica foi baseada na Metodologia Tradicional de Educação e Metodologia Dialógica de Educação. As estratégias de ensino adotadas foram dramatizações, músicas, ambiência temática, apresentações teatrais, brincadeiras e caminhadas. Também se utilizou sorteio de brindes e lanche para obter a adesão do público. As enfermeiras citam como

dificuldades para o desenvolvimento das práticas educativas o espaço físico das unidades, a grande extensão da área de abrangência, a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, o perfil inadequado do profissional para a atividade e a diversidade cultural da população. Como algo desejado as enfermeiras citaram: aumentar o tempo disponível na área de abrangência, otimizar as condições de trabalho e promover a educação permanente dos profissionais sobre os instrumentos que possibilitem a educação dialógica. As enfermeiras analisaram suas práticas educativas, como exitosas, insatisfatórias e dificultosas. A participação política foi investigada como transversal à dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro, e emergiu a partir da construção do perfil do enfermeiro, quando referiram a sua participação no Conselho Municipal de Saúde, Conselho Local de Saúde, Associação Brasileira de Enfermagem, Conselho de Ética Distrital e igrejas. A participação política deu-se no nível individual, coletivo e organizado, ficando ausente a participação eventual. Evidenciou-se postura tímida em relação a participação política do enfermeiro, destacando-se a intersectorialidade, pelas parcerias estabelecidas, como forma de aprimorar a autonomia dos indivíduos e alicerçar a cidadania.

Palavras Chave: Prática Profissional. Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Educação.

ABSTRACTS

BARBOSA, E.M.C. **Nursing Work Process in the Family Health Strategy: Educating Dimension.** 2017. 99fls. Dissertation (Master degree). Federal University of Amazonas (UFAM) in association with the State University of Para (UEPA). 2017.

The nurses' work process consists of the dimensions of educating, assisting, administering, researching and participating politically. From this perspective, the analysis of the educational dimension in the Family Health Strategy in Manaus-AM was chosen as the object of study. The dimension to participate politically has been understood as transversal the dimensions to educate, watch and administer. The educational dimension should include both the population and health professionals, using the terminology education in health and permanent education respectively. Health education has in the Family Health Strategy a privileged space for its development. The Family Health Strategy was conceived by the Ministry of Health in 1994 and was implemented in Manaus in 1999. The main objective of this study was to analyze the educational dimension of the nurses' work process in the Family Health Strategy in Manaus / AM and how Specific objectives: to describe the development of the educational practice of the nurse in the FHT; To examine how nurses analyze their educational practices and to investigate the educational practices of nurses, the transversality of political participation. For the development of the study we opted for the qualitative research, of descriptive and exploratory character. The study was carried out in Basic Health Units of Manaus, in the five Health Districts, having as subjects five nurses who worked at the FHS. As data collection technique, interview and participant observation were used. The data collection instruments were a questionnaire to characterize the nurses' profile, a semi structured interview script, an observation script and a field diary. The field work was carried out from January to March 2016. For the analysis of the data, the Content Analysis technique was used. The analysis of the data indicates that the UBS does not have an adequate internal space for the practice of health education for the community. They show that the nurses in the study have between 2 and 27 years of professional training. Two nurses were considered to be new, up to five years of service, between six and fourteen years of service. Experienced, over fifteen years. The working day indicates 30h and 40h weekly. The development of educational practices takes place both in the internal space of the health unit and in alternative spaces such as social centers, community spaces, schools, churches and companies. The organization of the work process was done through planning in collective meetings, with absence of the educational project, but it was verified the action plan and schedules of the health education practices. Not all nurses have complementary training for the development of educational practices, and those who have acquired them in specialized courses that focus on the subject. The educational practice in nurses 'perception is considered as fundamental within the nurses' work process, however little reference was made to political participation. The performance of the nurse as educator, driver and facilitator of the teaching process was valued. However, the content of health education practices are mostly demanded by a national agenda, and in the background, the demands of the territorial population are met. The teaching materials used are produced and made available by the Ministry of Health, and in some situations made by the nurses themselves. In the development of educational practices the pedagogical proposal was based on the Traditional Methodology of Education and Dialogical Methodology of Education. The teaching strategies adopted were dramatizations, songs, thematic environment, theatrical presentations, jokes and walks. We also used a raffle of gifts and snacks to obtain public adhesion. The nurses cite as difficulties for the development of educational practices the physical space of the units, the

great extension of the area of comprehensiveness, the workload of the nurse, the inadequate profile of the professional for the activity and the cultural diversity of the population. As something desired, the nurses cited: increase the available time in the area of coverage, optimize working conditions and promote the permanent education of professionals on the instruments that enable dialogic education. The nurses analyzed their educational practices, such as successful, unsatisfactory and difficult. Political participation was investigated as transversal to the educative dimension of the nurses' work process, and emerged from the construction of the nurse profile, when they mentioned their participation in the Municipal Health Council, Local Health Council, Brazilian Nursing Association, Council Of District Ethics and churches. Political participation took place at the individual, collective and organized level, and eventual participation was absent. A timid posture regarding the nurse's political participation was highlighted, highlighting the intersectoriality, established partnerships, as a way to improve the autonomy of individuals and to establish citizenship.

Keywords: Professional Practice. Nursing. Family Health Strategy. Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Problema.....	15
1.2 Justificativa.....	16
1.3 Objetivos	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 O Processo de Trabalho em Enfermagem.....	20
2.2 A dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família ...	23
2.3 Educação e Saúde.....	26
2.4 Participação política	31
3. METODOLOGIA.....	33
3.1 Tipo de Estudo.....	33
3.2 Local de Estudo	33
3.3 População de Estudo.....	34
3.4 Técnicas e Instrumentos de coleta de dados	34
3.4.1 Entrevista	35
3.4.2 Observação Participante	35
3.5 Análise dos dados	36
3.6 Considerações Éticas da Pesquisa	38
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1 Caracterização das Unidades Básicas de Saúde	39
4.1.1 Unidades Básicas de Saúde	39
4.2 Perfil dos Enfermeiros Atuantes na Estratégia Saúde da Família em Manaus	43
4.3 A Dimensão Educar do Processo de Trabalho do Enfermeiro	45
4.3.1 A prática educativa em saúde do enfermeiro na ESF	45
4.3.2 A prática educativa na percepção do enfermeiro.....	54
4.4 A transversalidade da participação política na prática educativa do enfermeiro	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES	87
ANEXOS	94

1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas a concepção da assistência à saúde passou por reformulações, transcorre desde a ênfase da cura da doença até a visão holística do ser humano para a manutenção da saúde, modificando o modelo de atendimento. Assim sendo, sob influência da necessidade de se adequar as transformações nos serviços de saúde e da evolução do modelo de atendimento, despertou-se o interesse no estudo do processo de trabalho, com ênfase na dimensão educar. O aprofundamento nessa temática gera conhecimento e permite transformações na realidade dos profissionais ao proporcionar reflexões nos agentes envolvidos, tais como o fazer consciente, os aspectos organizacionais e estruturais que envolvem o ambiente de trabalho, a relação com a equipe de trabalho e população.

Normatizada pela portaria nº 2.488/2011, a Atenção Básica (AB) constitui-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção da saúde, a redução de risco, a manutenção de baixo risco, a detecção precoce, o rastreamento das doenças, o tratamento e a reabilitação. A AB, aprimoramento da Atenção Primária a Saúde (APS), orienta-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como: universalidade, acessibilidade e equidade (BRASIL, 2011).

A AB teve seu desenvolvimento estimulado pelo processo de descentralização financeira e para fortalecimento do vínculo entre os serviços de saúde e usuários, substituindo um modelo tradicional, que era pautado primordialmente na cura da doença. A AB foi concebida concomitantemente com os programas inovadores do SUS na década de 1990, a princípio teve sua aplicação voltada para a reordenação da assistência à saúde nos municípios brasileiros com impacto nos outros níveis dos serviços de saúde (GIL, 2006).

Com o propósito de expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, assim como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças, destaca-se que o Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, como estratégia prioritária para sua organização pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas de atendimentos tradicionais. Sendo assim, o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) constituíram-se como precursores para a efetivação das mudanças necessárias no serviço de saúde. Em 1996, o Ministério da Saúde renomeia PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF), no sentido de uma proposta longitudinal, com o fortalecimento das equipes de saúde e participação da comunidade no controle social (BRASIL, 2006).

A ESF é compreendida como meio de expansão, qualificação e consolidação da AB, considerando as realidades socioepidemiológicas, acessibilidade aos serviços de saúde, assim como a construção de vínculos positivos. Neste ensejo, a ESF responsabiliza os profissionais pela continuidade do cuidado dos usuários e favorece uma reorientação do processo de trabalho dos profissionais da saúde pela necessidade romper com o modelo de saúde biomédico, e se aproximar do modelo de atendimento biopsicossocial (BRASIL, 2012b).

A ESF em sua estrutura mínima de equipe, composta por vários profissionais de saúde. Entre estes profissionais pode-se mencionar o enfermeiro, o qual tem papel fundamental na consolidação dessa estratégia, refletindo uma readequação também do seu processo de trabalho e dos elementos que o constitui (ROECKER *et al.*, 2012).

Entende-se então por processo de trabalho um conjunto de ações coordenadas e desenvolvidas pelos trabalhadores (ALMEIDA *et al.*, 2009). Paula *et al.* (2013) afirmam que o processo de trabalho possui elementos constituintes, são eles: o objeto, escopo da atividade que se irá exercer; os instrumentos de trabalho, utilizados para a realização das atividades; os agentes, isto é, as pessoas que realizam a atividade; a finalidade, que é o motivo pelo qual se faz o trabalho e o produto ou serviço como resultado final.

O processo de trabalho do enfermeiro é constituído por dimensões, apresentadas pelas autoras Leopardi *et al.* (2001), Fracolli e Granja (2005) e Sanna (2007). A priori, foram reconhecidas três dimensões, sendo elas: o cuidar, o gerenciar e o educar. Posteriormente, foram identificadas mais duas dimensões: o pesquisar e participar politicamente.

As atividades educativas do enfermeiro se estabelecem como métodos imprescindíveis utilizados para o alcance dos objetivos da ESF. Ressalta-se que a educação é considerada também como um recurso para a participação política do enfermeiro. A dimensão participar politicamente é identificada por Sanna (2007) permeia todas as outras dimensões, e às vezes está presente sem que o profissional de enfermagem dele tome conhecimento, sendo uma temática pouco explorada nos estudos científicos.

Compreende-se então por participação política como um dever moral de cada indivíduo a procurar soluções coletivas para os problemas dos membros da sociedade. Considerando que o homem possui em sua natureza a necessidade de viver e conviver em sociedade, a participação política tornar-se intrínseca ao ser humano (DALLARI, 1991).

Nesse estudo será assumido o constructo de Sanna (2007) que apresenta cinco dimensões como fundamentais para o reconhecimento do processo de trabalho do enfermeiro: o assistir, o administrar, o pesquisar, o participar politicamente e o ensinar, esse último tido

também como educar, envolvendo tanto a formação de profissionais, como a educação da clientela dos serviços de saúde.

A dimensão identificada como ensinar/educar será explorada e nomeada como educar, por considerar que o conceito educar é mais adequada as atividades que o enfermeiro exerce em seu cotidiano de trabalho na ESF. Das cinco dimensões, elegemos como objeto desse estudo a dimensão educar.

Entende-se que o enfermeiro possui recursos necessários dentro da dimensão educar para a realização da participação política. Considera-se a dimensão participar politicamente pouco enfatizada na literatura científica, assim sendo a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro será atravessada pela dimensão participar politicamente.

Desse modo, este estudo faz-se necessário, ao mesmo tempo em que a necessidade da pesquisadora em investigar sobre a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na ESF em Manaus/AM.

1.1 PROBLEMA

O interesse pela pesquisa surgiu a partir da experiência da pesquisadora como enfermeira docente nos campos de prática da atenção básica – Unidade Básica de Saúde (UBS) nas ESF e Centros de Saúde, convivendo diariamente com acadêmicos de enfermagem, equipe de saúde e comunidade, refletindo sobre o processo de trabalho e a articulação das várias atividades do enfermeiro na sua práxis.

Diante de conversas informais com enfermeiros da ESF, alguns deles referiram dificuldades de conciliar suas atividades laborais, enfatizando a dimensão administrar, assistir e educar. Os enfermeiros afirmaram que a condução de suas atividades se baseavam em metas focadas no atendimento individual e, para alcançá-las outras atividades eram suprimidas, tais como: visitas domiciliares, reuniões com a equipe, educação permanente e educação em saúde.

Sobre a educação permanente em saúde, foi possível evidenciar que as atividades eram promovidas pela secretaria de saúde, é vista por alguns enfermeiros como enfadonha, geralmente voltada para atividades burocráticas ou em uma atividade específica do processo de trabalho, ainda firmada em conceitos biomédicos e desta forma é reproduzida pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A educação em saúde, por muitas vezes, foi visualizada no modelo tradicional de educação e foi frequentemente realizada mediante a solicitação da secretaria de saúde. As

temáticas da educação em saúde foram direcionadas para grupos por faixa etária, como exemplo criança e adolescente; doenças específicas como diabetes e hipertensão, ou ainda em formato de datas comemorativas e campanhas, como o dia mundial do combate à tuberculose, dia mundial do combate ao tabagismo e a campanha nacional de combate à dengue.

Corroborando com essas observações como docente, Paula *et al.* (2014), em seus estudos sobre as características do processo de trabalho do enfermeiro na ESF, ressaltam que o enfermeiro desenvolve seu papel de educador durante a consulta de enfermagem e que outros momentos oportunos para a educação em saúde são subutilizados, como a espera do paciente para seu atendimento e reuniões da comunidade.

Ainda sobre a dimensão educar, Paula *et al.* (2014) constataram que a construção do conhecimento não é uma prioridade do serviço, que privilegia o “fazer”. O profissional prende-se em seu cotidiano ao atendimento da demanda e ao cumprimento de metas institucionais, deixando em plano secundário o “saber fazer”.

No que se refere à participação política, um problema encontrado está relacionado à dificuldade dos enfermeiros em negociar melhorias nas condições de trabalho, reivindicar seus direitos junto aos órgãos governamentais e nas representações da classe de enfermagem em busca de ideais coletivos.

Assim, com base nas observações e inquietações referentes ao processo de trabalho do enfermeiro dentro da ESF, essas questões associadas com a investigação literária científica, estimularam a realização do estudo que aborda a dimensão educar e a transversalidade da dimensão participar politicamente, buscando responder a seguinte pergunta: como são desenvolvidas as atividades educativas pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família em Manaus/AM?

Desse modo, este estudo faz-se necessário, ao mesmo tempo em que atende à necessidade da pesquisadora em investigar sobre a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na ESF em Manaus/AM.

1.2 JUSTIFICATIVA

Analisar a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro torna-se relevante, pois por meio dela pode-se reconhecer as especificidades da prática do enfermeiro, o olhar aprofundado nessa temática constrói saber científico e agrega conhecimentos.

Este estudo justifica-se pela necessidade da investigação da dimensão educar na Estratégia Saúde da Família, quanto às temáticas exploradas e por haver necessidade de compreender as características das publicações, para isso foi realizado um resgate das publicações através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores controlados combinados com operadores booleanos: (“papel do profissional de enfermagem” OR “prática profissional”) AND “estratégia saúde da família” AND educação. A coleta de dados se deu no mês de junho de 2016, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Número de artigos encontrados nas bases de dados na área temática da educação na Estratégia Saúde da Família.

Eixos Temáticos na Área da Educação	Quantidade de artigo	%
Educação Permanente	7	47
Educação em Saúde	5	33
Educação Continuada	2	13
Educação na Formação	1	7
Total	15	100%

Fonte: BVS, junho de 2016

Adotou-se como critério de inclusão: artigos disponíveis integralmente, publicados em português em periódicos nacionais e indexados nas bases de dados referidas entre 2011 a 2015. Foram excluídos artigos que não fossem na língua portuguesa, artigos repetidos, estudos de caso, editoriais, cartas, teses e dissertações.

Inicialmente ao utilizar os descritores com os operadores booleanos publicados nos anos selecionados para este estudo, foram resgatados 44 artigos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram eliminados 16 artigos, resultando em 28 artigos. Em seguida os artigos foram lidos na íntegra, sendo descartados 13 artigos: 8 artigos não estavam relacionados com o processo de trabalho do enfermeiro, 4 artigos não dissertavam sobre educação e 1 não estava disponível na íntegra.

Foram selecionados 15 artigos para compor a pesquisa, distribuídos em 3 bases de dados, sendo 8 artigos de periódicos da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 6 artigos na Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e 1 Coleção SUS.

Quanto à distribuição dos artigos, conforme o eixo temático na área de educação na Estratégia Saúde da Família, mereceram destaque as áreas da educação permanente com 7

artigos (47%), educação em saúde com 5 artigos (33%), educação continuada com 2 artigos (13%) e educação na formação acadêmica com 1 artigo (7%).

A pesquisa tem relevância uma vez que estudos apontam a estratégia Saúde da Família como cenário privilegiado para o desenvolvimento das práticas educativas, e pela proximidade estabelecida entre população e profissionais de saúde com conseqüente estabelecimento de vínculo. O estudo justifica-se ainda pela escassez de trabalhos científicos sobre a temática participação política do enfermeiro. Através da revisão bibliométrica evidencia-se a ausência da dimensão participar politicamente bem como sua transversalidade na dimensão educar, reforçando a importância deste estudo.

As práticas educativas podem tornar-se um “espaço” para o enfermeiro participar politicamente, expondo os problemas enfrentados inerentes ao ofício, e buscar fortalecimento da categoria para lutar por melhores condições de trabalho e de vida. Esse “espaço” pode tornar-se imprescindível para que outros profissionais também tenham consciência da sua participação política. Conforme afirma Dallari (1991, p.37), “[...] é necessário que todos aqueles que já tomaram consciência realizem um trabalho de conscientização dos demais, falando, discutindo ensinando, demonstrando... que a força do grupo pode compensar a fraqueza do indivíduo”.

Descrever as atividades educativas torna-se essencial para análise dos processos de trabalho do enfermeiro com base em sua própria rotina laboral. Desse modo, este estudo faz-se relevante também ao verificar estratégias de ensino e aprendizagem utilizadas para a execução da educação, pois poderá revelar meios que são utilizados para melhoria das condições de saúde da população e sua participação política.

Acredita-se que os estudos científicos sobre o processo de trabalho revelam os limites e potencialidades no desenvolvimento das atividades das dimensões educar e participar politicamente, tornando-se cada vez mais integrados e poderão propiciar maior visibilidade à sua atuação para compreender as necessidades do enfermeiro dentro do seu ambiente de trabalho (HAUSMANN, PEDUZZI, 2009).

Diante disso, este estudo justifica-se ainda pela relevância da transversalidade da participação política do enfermeiro, principalmente pela conjuntura ética, social, econômica e política que o Brasil se depara na atualidade, polarizado entre crises em todos esses segmentos e a luta da sociedade para a consolidação da cidadania dos indivíduos.

Espera-se com este estudo, contribuir para o aprimoramento das práticas educativas do enfermeiro na ESF, no sentido de uma prática crítica, reflexiva que promova a autonomia e auxilie para a construção da cidadania dos indivíduos.

1.3 OBJETIVOS

Geral:

- Analisar a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família em Manaus/AM.

Específicos:

- Descrever o desenvolvimento da prática educativa do enfermeiro na ESF.
- Examinar como o enfermeiro analisa suas práticas educativas.
- Investigar nas práticas educativas do enfermeiro a transversalidade da participação política.

2 REVISÃO DE LITERATURA

No sentido de apresentar o estado da arte sobre o processo de trabalho do enfermeiro e as dimensões eleitas – Dimensão Educar/Ensinar e Participar Politicamente, a revisão de literatura abordará os seguintes temas: o processo de trabalho em enfermagem; a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família; a educação e saúde e a participação política.

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

A investigação sobre o processo de trabalho em enfermagem no Brasil data de 1984, sendo Maria Cecília Puntel de Almeida a precursora das pesquisas nessa área temática com a tese intitulada “Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática”. Almeida explorou a enfermagem ancorada nos conceitos marxistas sobre o trabalho e apresentou a concepção do trabalho de enfermagem com uma divisão "interna" baseada em tarefas, desse modo, identificou primordialmente o cuidar e a gestão (SCOCHI *et al.*, 2015).

Nesse mesmo campo do processo de trabalho em enfermagem, outras autoras destacaram-se ainda na década de 1980, entre elas estão: Graciette Borges da Silva, iniciando seus trabalhos com o artigo “Introdução a análise das transformações na prática de enfermagem no Brasil, no período 1920-1978”, publicado em 1984; Cristina Maria Meira Melo, em 1986, dissertou sobre “Divisão Social do Trabalho em Enfermagem: contribuição ao estudo”, e publicou no mesmo ano o artigo com o título “Divisão Social do Trabalho e Enfermagem”; Brigitta Elza Pfeiffer, com a tese “O trabalho do enfermeiro a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo: da abordagem mecânico-funcionalista a pesquisa emancipatória”, em 1987; e Denise Elvas Pires de Pires, iniciou com a publicação do livro intitulado “Hegemonia médica na saúde e a enfermagem”, em 1989.

Já na década de 1990, agregam-se a este grupo as autoras Francine Lima Gelbcke e Maria Tereza Leopardi, iniciando suas publicações sobre o processo de trabalho em enfermagem no ano de 1991; Flávia Regina Souza Ramos em 1992; Lislaine Aparecida Fracoli em 1996 e Maria Cristina Sanna iniciou sua produção em 2004.

Importante nesse debate têm sido os Congressos Brasileiros de Enfermagem (CEBEn), fomentado discussões sobre o processo de trabalho da enfermagem e das suas dimensões (LEOPARDI *et al.*, 2001), em especial da dimensão educar e participar politicamente, a

exemplo das temáticas centrais dos últimos anos: “Organização e Visibilidade Profissional”, em 2010; “(Re)criação e Inovação do Cuidado de Enfermagem”, em 2011; “Empoderamento da Enfermagem na Aliança com o usuário”, em 2012; “Para Onde Caminha a Enfermagem?”, em 2015; “A Construção Histórica da Enfermagem no Cuidado em Saúde: saberes e práticas na defesa do Sistema Único de Saúde”, em 2016; e, em 2017 com tema proposto de “O Trabalho de Enfermagem na Construção de uma Sociedade Democrática”.

Percebe-se que o processo de trabalho do enfermeiro tem sido analisado através de inúmeras perspectivas, considerando as implicações que envolvem as práticas e os profissionais. A análise do processo de trabalho em enfermagem, as características e condições de inserção da enfermagem nesse processo possibilitam detalhar com mais clareza qual tem sido o objeto de intervenção da enfermagem (FRACOLLI; GRANJA, 2005).

Como dito anteriormente, o processo de trabalho em enfermagem, foi inicialmente constituído pelas dimensões: assistir, gerenciar e ensinar/educar. Conforme Leopardi *et al.*, (2001), a dimensão educar trata de concepções, é utilizada para promover mudanças e construir conhecimento nos indivíduos envolvidos.

“[...] educar é diferenciado, pois lida com crenças, hábitos, valores e conhecimentos, todos conceitos abstratos e não identificáveis... A práxis como objeto e finalidade da dimensão educar, compreendendo práxis como ação humana concreta e transformadora, articulação da ação e reflexão, consciente e objetivante, que se dirige, pela ação educativa, para níveis cada vez mais críticos e criativos” (LEOPARDI *et al.*, 2001, p.6).

Fracolli e Granja (2005) em seu estudo com o objetivo de identificar o entendimento da enfermagem sobre o processo de trabalho, indicaram a educação como uma das funções essenciais do trabalhador de enfermagem na Saúde Pública, mencionam a relação entre os processos educativos com a abordagem dialógica como instrumento para ações transformadoras do trabalho, bem como, a pesquisa como uma dimensão do processo de trabalho.

Apesar da evolutiva estruturação sociopolítica da enfermagem desde seu reconhecimento como prática profissional, a dimensão participar politicamente foi reconhecida por Maria Cristina Sanna em um ensaio produzido em 2007. Conforme a autora, essa dimensão é pouco estudada cientificamente e permeia as demais dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, por ser intrínseco ao ser humano.

O processo de trabalho da enfermagem possui 5 dimensões, são elas: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente (SANNA, 2007). O Quadro 1 apresenta os componentes do processo de trabalho em enfermagem.

Quadro 1: Dimensões do Processo de Trabalho em Enfermagem e seus componentes.

Processo Componentes	Assistir	Administrar	Ensinar	Pesquisar	Participar politicamente
Objeto	Cuidado do indivíduo, família e comunidades	Agentes do cuidado e recursos empregados no assistir em enfermagem	Indivíduo que quer tornar-se, desenvolver-se como profissional de enfermagem	Saber em enfermagem	Força de trabalho em enfermagem e sua representatividade
Agente	Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem	Enfermeiro	Aluno e professor de enfermagem	Enfermeiro	Profissionais de enfermagem e outros atores sociais com quem se relacionam
Instrumentos	Conhecimentos, habilidades e atitudes que compõe o assistir em enfermagem, materiais, equipamentos, espaço físico etc	Bases ideológicas e teóricas da administração e práticas dos gerenciamento de recursos	Teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem	Pensamento crítico e filosofia em enfermagem	Conhecimentos de Filosofia, Sociologia, Economia, História e Ciência Política; argumentação, diálogo, pressão política, manifestação pública e rompimento de contratos
Finalidades	Promover, manter e recuperar a saúde	Coordenar o processo de trabalho assistido de enfermagem	Formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem	Descobrir novas e melhores formas de assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar em enfermagem	Conquistar melhores condições para operar os outros processos de Trabalho
Métodos	Sistematização da assistência e procedimento de enfermagem	Planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria	Ensino formal, supervisionado por órgãos de classe e da educação	Métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa	Negociação e conflito
Produtos	Pessoa saudável ou morte com dignidade	Condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia	Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, especialistas, mestres, doutores, etc	Novos conhecimentos e novas dúvidas	Poder, reconhecimento social e conquista de condições favoráveis para operar os processo de trabalho

Fonte: Sanna (2007).

A compreensão de Sanna (2007) sobre o processo de trabalho em enfermagem torna-se um avanço na área por proporcionar ao enfermeiro um fazer e saber conscientes, definiu-se assim os componentes do processo de trabalho: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos.

Constata-se que para Sanna (2007) a dimensão ensinar restringe-se ao processo de formação daqueles que exercem a enfermagem. Essa dimensão, porém, abrange muito mais

atividades do enfermeiro, excedendo a finalidade de formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem. A educação em saúde é exemplo de uma prática que transcende o conceito ensinar.

Verifica-se ainda, que a dimensão participar politicamente possui por finalidade a conquista por melhores condições para operar as outras dimensões, o que caracteriza a transversalidade da dimensão participar politicamente.

2.2 A DIMENSÃO EDUCAR DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família tem sido analisada por vários autores, onde foram verificadas atividades que se delimitaram na educação em saúde, destinada à população e na educação permanente, direcionada para os profissionais da equipe de saúde (PAULA *et al.*, 2014; ROECKER *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2010). Nesse estudo serão analisadas as práticas de educação em saúde desenvolvidas no contexto da ESF.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001, fundamenta a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro, na qual a educação é estabelecida como atividade inerente às suas competências e habilidades, bem como parte integrante do perfil profissional do enfermeiro (BRASIL, 2001).

O parecer CNE/CES nº 1.133/2001 estabelece nas competências e habilidades específicas do enfermeiro, atividades inseridas na dimensão educar: atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos; promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade; compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários; planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento (BRASIL, 2001).

Dessa maneira, o enfermeiro deve possuir uma formação adequada com as demandas populacionais. Sendo assim, o Ministério da Saúde atribui ao enfermeiro funções na ESF relacionadas a assistência à saúde, gestão das unidades e dos profissionais e educação em saúde de indivíduos, famílias e comunidade do território de abrangência (BRASIL, 2012b). Ademais,

orienta que a educação em saúde possui por finalidade a capacitação de indivíduos e grupos para atuarem sobre a realidade socioeconômica e transformá-la, fazendo-se necessária a utilização de estratégias pedagógicas que potencializem a autonomia e a participação política de profissionais e população, fundamentadas em um processo dialógico.

“A Educação em Saúde utiliza métodos e processos participativos e problematizadores, preconizados e consolidados, buscando práticas inovadoras a partir da realidade num processo dialógico e horizontalizado de construção e reconstrução compartilhada do conhecimento e na ação coletiva para a transformação social.” (BRASIL, 2007, p. 32)

Segundo Fernandes e Backes (2010, p. 568), o enfermeiro necessita incorporar em suas práticas de educação em saúde, estratégias de ensino que permitam o diálogo entre profissionais e os indivíduos e famílias, assim, ressaltam as concepções problematizadoras, como base metodológica que “vem lentamente tentando se inserir no campo da saúde comunitária, na qual o diálogo, o envolvimento político, a reflexão crítica e a autonomia cidadã são promovidos”. Corroborando com essas considerações, Valeretto *et al.* (2011) compreendem que o ensino dialógico facilita todo o processo de trabalho na ESF.

A ESF tem como proposta levar o serviço de saúde para mais perto da população, com equipes multidisciplinares que trabalham em uma região adstrita e que se responsabilizam pela integralidade das ações naquela área de abrangência. Para tanto, o enfermeiro que compõe a Equipe de Saúde da Família deve saber identificar os problemas e necessidades das famílias e comunidade, planejando, priorizando e organizando o atendimento à saúde (PAULA *et al.*, 2014).

Rocha *et al.* (2009) ressaltam que a ESF tem sido efetiva quanto a mudanças previstas no estado de saúde das populações ao contribuir para a diminuição das internações hospitalares por vários agravos e para o planejamento de alternativas para a otimização dos serviços de saúde, visando a melhoria da produtividade e da qualidade, sem aumento de gastos e custos.

Dessa maneira, na ESF a educação figura como uma prática inerente ao processo de trabalho do enfermeiro, com o intuito de garantir a integralidade do serviço de saúde, para isso é essencial ao enfermeiro uma abordagem de educação cada vez mais pautada nas ações de prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde e considerando as realidades locais.

As dimensões educar e participar politicamente no processo de trabalho do enfermeiro, estão previstas na lei 7.498/86 do Exercício Profissional e Código de Ética de Enfermagem, Resolução COFEN 311/2007, como veremos a seguir.

Segundo o artigo 11, do Exercício Profissional da Enfermagem determina como uma das atividades do enfermeiro a educação em saúde, cabendo-lhe como integrante da equipe de saúde a educação visando à melhoria de saúde da população (BRASIL, 1986).

A lei se refere ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde, destaca a educação em saúde como uma das suas principais atividades, porém revela a influência do modelo biomédico da assistência à saúde, sem explicitar os fatores pessoais, sociais e ambientais que influenciam a promoção à saúde. Não sendo encontrado na lei o termo educação permanente, inicialmente empregado pela Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS) em 1995 (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Na lei 7.498/86 figuram as dimensões gerenciar, assistir e educar do processo de trabalho do enfermeiro, não contemplando as dimensões pesquisar e participar politicamente. No Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7.498 e dispõe sobre o exercício da enfermagem, constata-se as atividades de educação direcionadas para profissionais e para a comunidade.

No artigo 8º, do Exercício Profissional da Enfermagem incube privativamente ao enfermeiro participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde indivíduo, da família e da população em geral; participação nos programas de treinamentos e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada; e, participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho (BRASIL, 1987).

Ressalta-se a educação como fundamental dentre as atividades privativas do enfermeiro, ratificada a dimensão educar do processo de trabalho, focalizando a educação sanitária e a educação continuada, ainda sob influência do movimento higienista brasileiro de 1903 à 1909 (SOUZA, JACOBINA, 2009).

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seus princípios fundamentais, as atividades dos enfermeiros pautada na concepção da saúde preventiva, onde fatores associados influenciam no processo saúde e doença do indivíduo:

“O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativas dos serviços de saúde” (BRASIL, 2007).

No Código de Ética compreende-se ainda o enfermeiro como componente da equipe de saúde, que se responsabiliza por ações que se adequem as necessidades de saúde da população, não só voltadas para as necessidades biológicas, mas também para as necessidades sociais, aproximando-se da participação política e dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

As necessidades de saúde são solidificadas através do processo de trabalho do enfermeiro, e o conhecimento das necessidades da população fortalece a articulação da educação e da participação política do indivíduo e sociedade (MORAES *et al.*, 2011).

Segundo o artigo 3º e 23, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, nas Responsabilidades e Deveres e também das Relações Profissionais e Direitos, respectivamente, apresentam atividades pautadas nas dimensões gerenciar, assistir, educar e participar politicamente (BRASIL, 2007).

Nota-se nos artigos do Código de Ética a relevância da participação política como um ato legislativo, tornando-se profundamente importante para o processo de trabalho. Assim sendo, reitera-se a dimensão participar politicamente como transversal as demais dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, direcionada para seus pares, para o indivíduo, para a família e comunidade.

2.3 EDUCAÇÃO E SAÚDE

A educação passou por modificações ao longo da evolução das concepções filosóficas e sociais, por isso possui uma amplitude de conceito maior que ensinar e instruir. A educação “representa tudo aquilo que pode ser feito para desenvolver o ser humano e, no sentido estrito, representa a instrução e o desenvolvimento de competências e habilidades” (VIANNA, 2008, p.130).

Fernandes e Barbosa (2006) apontam que a educação deve articular-se com o contexto sociopolítico e econômico, ao se considerar os avanços tecnológico globais e as mudanças políticas. Essas conjunturas influenciam diretamente na cultura e na educação dos indivíduos como consequência, exige dos educadores superação das formalidades do ensino-aprendizado, bem como das suas capacidades de criação, adaptação e compromisso.

Ao considerar o ser humano como um ser inacabado, Freire (2002) menciona que o indivíduo busca permanentemente a educação. Em vista disso, o ato de educar deve possuir

como característica a reflexão, tanto sobre a realidade como sobre o próprio indivíduo e suas condições culturais contribuindo para a sua formação como cidadão.

A viabilização da educação como forma de efetivação de pensamentos e práticas relacionadas à saúde é incontestável. Para atender as demandas de indivíduos e grupos sociais, cabe compreender como se desenvolveu o processo de educação na saúde.

Souza e Jacobina (2009), ao falarem sobre a educação sanitária, desenvolvida a partir do modelo de saúde higienista, referem que esta possuía como foco salientar para a população os benefícios da higiene e a cooperação em campanhas profiláticas. As práticas educativas sanitárias desenvolveram-se envoltas pelos interesses políticos, priorizando o combate a doenças infecto-contagiosas, como a febre amarela, epidêmica na época. Pelicioni e Pelicioni, (2007) afirmam que nessa época ressaltava-se a mudança de comportamento através da transmissão do conhecimento e não na causa raiz dos problemas que atingiam a população, como a situação socioeconômica.

Da Organização Mundial da Saúde, em 1945, emergiu o conceito ampliado sobre saúde, “como o estado de mais completo bem-estar e não simplesmente ausência de doença” (SOUZA; JACOBINA, 2009 p. 623), iniciando a reflexão sobre as práticas assistências e educacionais aplicadas na área da saúde, nominadas como educação sanitária.

A mudança da concepção sobre a saúde foi associada à modificação no entendimento sobre a educação, proporcionada por Paulo Freire, resultando na substituição da terminologia de Educação Sanitária para Educação em Saúde. “Embora representem concepções totalmente diferentes, a educação sanitária e a educação em saúde continuam a existir até os dias de hoje nas ações desenvolvidas por profissionais com variadas formações” (PELICIONE; PELICIONE, 2007, p. 324).

A Educação Popular evoluiu por meio da educação libertadora (dialógica) de Paulo Freire, e motivou outras áreas do conhecimento, além da educação formal, a ter uma postura transformadora, questionando a educação tradicional. “Falar em educação popular é falar do conflito que move a ação humana em um campo de disputas de forças de poder” (PEREIRA; PEREIRA, 2010, p. 73).

2.3.1 Educação em Saúde

“Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p. 210), visto que cada indivíduo possui variadas experiências, que

interferem no seu processo de ensino-aprendizagem, a educação em saúde figura como processo educacional organizado, que possibilita o entendimento das atividades de saúde na mudança do comportamento, tanto individual como coletiva.

O campo da educação em saúde é constituído por diferentes abordagens de educação: educação popular, educação permanente em saúde e educação em saúde, quando referidos a públicos distintos e protagonismos. Ainda que todas essas abordagens tenham importância na dimensão educar o presente estudo se limitará a análise da educação em saúde.

Na área da saúde, a educação popular surgiu para promover o diálogo entre profissionais e comunidades, de acordo com Gomes e Mehry (2011) a Educação Popular em Saúde possibilita as articulações sociais e políticas, assim como novas formas de compreender e de desenvolver os processos educativos no campo da saúde, estimulando avanços na área da saúde.

No decorrer dos anos, o Ministério da Saúde desenvolveu, várias estratégias e políticas direcionadas à formação e qualificação dos profissionais de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS, dentre elas, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), inicialmente regulamentada pela Portaria nº198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, e posteriormente substituída pela Portaria nº 1996/GM/MS de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde pode ser compreendida como uma construção da aprendizagem a partir da problematização do processo de trabalho do serviço de saúde, que implementa-se através da aprendizagem significativa no trabalho diante das demandas sociais, com possibilidades de transformações das práticas profissionais de saúde. O enfoque da educação permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Para Pelicione e Pelicione (2007) a educação em saúde baseia-se em desenvolver capacidades e habilidades indispensáveis para a promoção da saúde individual, familiar e comunitária, para que as pessoas possam participar ativamente na resolução de problemas e para modificar situações.

A educação em saúde é tida por Machado *et al.* (2007) como uma área do conhecimento em que os profissionais de diversas áreas do saber, dentre eles o enfermeiro, comungam suas concepções e concebem as informações de forma diferenciada. Diante disso, este campo científico configura-se multifacetado, proporcionando uma força conjunta para a construção nos indivíduos de consciência crítica da sua realidade.

Com base nas diversas concepções que influenciam as ações dos profissionais de saúde, Figueiredo *et al.* (2010) estabelecem dois modelos norteadores: Modelo Tradicional de

Educação em Saúde e Modelo Dialógico de Educação em Saúde. O Quadro 2 mostra os modelos de educação, suas concepções e aplicações.

Quadro 2 – Síntese do Modelo Tradicional de Educação em Saúde e do Modelo Dialógico de Educação em Saúde.

MODELO TRADICIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	MODELO DIALÓGICO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Concepções	Concepções
Educação Bancária; Transmissão de conhecimentos e ampliação de informações; Cabeça bem-cheia; Educandos: depósitos de conteúdos, são objetos do educador; Não há estímulo para criação; Seres passivos; Educação verticalizada; Considera-se a realidade do educador; Pode não haver mudanças de hábitos e comportamentos; Proporciona menor autonomia ao educando.	Educação Problematizadora; Construção de conhecimentos e competências; Cabeça bem-feita; Educandos: portadores de um saber, objeto de uma ação educativa e sujeito da própria educação; Aprende-se por meio de uma prática reflexiva; Seres ativos; Educação baseada no diálogo; Considera-se a realidade do educando; Mudanças duradouras de hábitos e comportamentos; Proporciona maior autonomia ao educando.
Aplicação	Aplicação
Projetos e capacitações de abrangência nacional; Grupos com alto número de participantes, Finalidade de sensibilização, sem necessariamente mudança de prática.	Projetos e capacitações de abrangência comunitária; Grupos com menor número de participantes; Atitudes de promoção de saúde; Finalidade de produzir autonomia no indivíduo.

Fonte: Adaptado de Figueiredo et al. (2010)

Compreende-se que o Modelo Tradicional de Educação em Saúde baseia-se em comunicar informações sobre saúde para a população, que se comporta passivamente diante das instruções dos profissionais, enquanto o Modelo Dialógico de Educação em Saúde

problematiza as práticas, proporciona a ação-reflexão através do diálogo, resultando em mudanças permanentes de condutas.

Conforme Freire (2005) a educação dialógica configura-se em tornar os indivíduos responsáveis e ativos no processo da educação. Assim, a educação torna-se compreensível para os envolvidos, sendo eles, isocronicamente educandos e educadores, estabelece uma relação problematizadora, e estimula a superação e reflexão em torno do novo, sem imposições de informação. Entretanto, a educação tradicional não se preocupa com a realidade do outro, aquele que está na passividade e tem ausência de autocrítica, representando em sua prática o formato da educação “bancária”, pautada na transmissão do conhecimento.

A educação em saúde segundo Roecker *et al.* (2013), revela-se como uma ferramenta do processo de trabalho capaz de valorizar o ser humano no aspecto social, emocional e espiritual. Firmados nos pressupostos dialógicos da educação formal, o profissional deve conhecer a comunidade local de modo holístico e adequar suas ações mediante as demandas sociais (ROECKER *et al.*, 2012). Para tal fim, atribui-se ao enfermeiro a análise dos perfis “geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade” (MACHADO *et al.*, 2010, p. 340).

Em virtude das variadas atividades que o profissional de saúde exercem, Candeias (1997, p. 210) destaca quatro diferentes ambientes que pode se executar a educação: “a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade.” Roecker *et al.* (2012) acrescentam que existe necessidade das unidades de saúde terem um espaço próprio e adequado ao desenvolvimento das ações educativas. Ressalta-se que o ambiente de atuação do profissional deve proporcionar ao comunitário sua reflexão sobre a participação política e desenvolver a autonomia.

Roecker *et al.* (2013) afirmam que ao perceberem os avanços e resultados positivos da educação fundamentada na dialogicidade, a equipe torna-se fortalecida, valoriza o processo de trabalho e se motiva para a realização de novas ações educativas. Pelicione e Pelicione (2007) ao discorrerem sobre a educação em saúde, ressaltam a tendência política ao fomentar a cidadania plena dos indivíduos e criar possibilidades para a concretização dos direitos e cumprimento dos deveres.

O enfermeiro ao desenvolver os conceitos políticos, através da educação, potencializa a autonomia dos indivíduos para a mudança de comportamentos e hábitos de saúde. Nesse perspectiva, Ito *et al.* (2006) afirmam que “...as relações sociais, políticas, de educação e de saúde influenciam diretamente no contexto da formação da enfermagem moderna.”

2.4 PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

A natureza associativa do ser humano incentiva a participação de reuniões políticas, movimentos organizados e associações políticas visando um determinado objetivo e para entender todos os aspectos envolvidos num determinado problema (DALLARI, 1991). Ao se procurar um conceito sobre participação política, percebe-se as inúmeras definições implicadas e por consequência várias interpretações, portanto, no sentido de facilitar a compreensão, optou-se pela interpretação de participação política apresentada por Grosselli e Mezzaroba (2011, p. 7128):

“Participar é uma forma de exercer direitos políticos e sociais garantidos pela Constituição. Especificamente, a participação política caracteriza-se pelas ações coletivas ou individuais, de apoio ou de pressão, que são direcionadas a selecionar governos e a influenciar as decisões tomadas por eles. Trata-se de uma participação ativa dos cidadãos nos processos políticos, sociais e comunitários e tem como objetivo influenciar as decisões que contemplem os interesses coletivos e o exercício da cidadania.”

Diante da expansão da pobreza e das desigualdades sociais, associada à uma crise política vivenciada pelo país, vem ocorrendo um afastamento da população do meio político, impossibilitando a construção de uma cidadania. No entanto, a participação política se configura como um processo democrático, capaz de realizar cobrança e fiscalização das ações governamentais com maior fortalecimento e legitimidade da democracia (GROSSELLI E MEZZAROBA, 2011).

A participação da comunidade, como princípio organizativo do SUS, tem sido concretizado através de conselhos e conferências de saúde. Esses espaços não suprem a finalidades deste princípio, pois a esfera política do ser humano não se situa num momento único, nem por entidades e estabelecimentos (GUIZARDI; PINHEIRO, 2012).

A partir do discurso de Dallari (1991), que sustenta a ideia da efetivação da participação política dando o primeiro passo no plano da consciência, aliada a educação dialógica de Freire, infere-se que o próprio contexto social poderá constitui-se como objeto para a problematização, bem como a construção de referências culturais e saberes. A negação da dimensão participar politicamente, ocorre com a produção de invisibilidade da presença do enfermeiro nos assuntos coletivos e cotidianos (GUIZARDI; PINHEIRO, 2012).

Conforme Dallari (1991), as formas de participação política podem ser individual ou coletiva, por meio da conscientização e da organização. A participação individual configura-se

quando o indivíduo toma sua decisão e se responsabiliza por ela, aproveitando a oportunidade para conscientizar os outros e para cobrar a participação de todos, já a participação coletiva se dá por meio da integração em qualquer grupo social.

Diante desse cenário, Lessa e Araújo (2013) consideram o enfermeiro protagonista do seu conhecimento científicos, porém ressaltaram que a profissão se configurou subordinada ao saber e ao fazer da Medicina, resultando em uma apatia política. Diante disso, torna-se fundamental uma organização política da Enfermagem para transcender dificuldades, agregar esforços para superar o paradigma vigente do modelo biomédico e para ampliar o espaço social do enfermeiro.

Dallari (1991), declara que todos podem exercer alguma influência política, desde que tomem consciência de que são indivíduos iguais aos outros, e que ninguém deve ficar indiferente, passivo e sem procurar influir na decisão dos assuntos de interesse comum.

Lessa e Araújo (2013) ressaltam ainda a participação política do enfermeiro deve ser discutida ainda durante a formação acadêmica.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma abordagem qualitativa. Esse método se aplica aos estudos das relações, das representações, das crenças, das percepções, das opiniões, produtos das interpretações de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014). Para alcançar os objetivos propostos optou-se por realizar um estudo de caráter descritivo e exploratório, com fontes orais e observacionais.

A pesquisa descritiva tem como objetivo caracterizar e descrever determinadas populações ou fenômenos relacionados, onde o pesquisador os observa, descreve-os e classifica-os, utilizando-se de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionários. A pesquisa exploratória é indicada quando o pesquisador deseja aprofundar o entendimento sobre o fenômeno além daquele que o estudo descritivo pode oferecer, investigando a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais o tema está relacionado (GIL, 2008; POLIT *et al.*, 2004).

Nesta perspectiva, este estudo analisou a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia da Saúde Família em Manaus e a transversalidade da participação política, descreveu e explorou o assunto através dos instrumentos de coleta de dados e analisado através da Técnica de Análise de Conteúdo na concepção de Bardin.

Conforme George (1959) apud Bardin (2009, p.23), “a análise qualitativa é a presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características de um determinado fragmento de mensagem que é tomada em consideração.”

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O espaço de realização da pesquisa foi as Unidades Básicas de Saúde (UBS) – em Manaus. Na cidade de Manaus existem 173 equipes de ESF, os serviços de saúde são organizados por cinco Distritos Sanitários – DISA, denominados atualmente em DISA Norte, DISA Sul, DISA Leste, DISA Oeste e DISA Rural (BRASIL, 2016).

As UBS foram indicadas pelos DISA no sentido de se obter uma representatividade o mais próximo possível da normalidade de desempenho das mesmas, não se optando por aquelas com desempenho aquém ou além da média.

A escolha da UBS foi feita por amostragem intencional, conforme Gil (2008) essa amostragem se “constitui em selecionar subgrupo da população com base nas informações disponíveis.” No sentido de se obter uma amostra que representasse o mais próximo possível o desempenho das UBS, foi solicitado aos DISA a indicação das UBS para o estudo.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram enfermeiros, que representavam a indicação de 5 unidades pelos DISA. Após a indicação pelos DISA, foram contatados para apresentação dos objetivos da pesquisa e esclarecimentos do TCLE (APÊNDICE A), obtendo-se o consentimento de todos os enfermeiros das UBS relacionadas para o estudo.

Como critérios de inclusão considerou-se os enfermeiros do quadro de servidores efetivos, que estivessem trabalhando na ESF com atuação profissional mínima de 12 meses na mesma UBS e que tivessem disponibilidade para participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão considerou-se os enfermeiros que estavam de licença médica, enfermeiros em usufruto de férias, enfermeiros que estivessem exclusivos para as atividades externas no período da coleta de dados e enfermeiros que solicitassem ajuda financeira e/ou material para participar da pesquisa.

As enfermeiros foram identificados por pseudônimos de nomes de flores do horto Amazônico. Assim, foram denominadas por Orquídea, Jasmim, Vitória Régia, Bromélia e Girassol.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas a entrevista e a observação participante. A coleta de dados foi realizada de janeiro a março de 2016, sendo utilizados como instrumentos de coleta um questionário para caracterização do perfil das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (APÊNDICE B), um roteiro de entrevista semi estruturado (APÊNDICE C), um roteiro de observação (APÊNDICE D) e um diário de campo.

3.4.1 Entrevista

A entrevista, segundo Gil (2008), “é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.” É uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador se apresenta frente ao participante e lhe formula perguntas. Neste estudo, a entrevista teve a finalidade de examinar como o enfermeiro analisa suas práticas educativas e como elas são desenvolvidas.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o questionário, que possibilitou a construção do perfil dos participantes, esses dados foram digitados no banco de dados no EXCEL versão 2013, sendo essa a primeira etapa da coleta de dados.

Foi utilizado também um roteiro de entrevista semi estruturada, que conforme Minayo (2014) descreve, serve para dar sequência das questões listadas e facilita a abordagem entre pesquisador e participantes.

As entrevistas foram previamente marcadas no local e horário conforme disponibilidade do enfermeiro, dentro do período destinado para a coleta de dados. As entrevistas tiveram como suporte tecnológico um gravador de voz e todas foram realizadas durante o período destinado a observação participante. As entrevistas tiveram duração de média de 47 minutos, variando entre 26 minutos a entrevista mais curta e 2 horas a entrevista mais longa.

3.4.2 Observação Participante

A observação participante é uma técnica de coleta de dados considerada não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para a compreensão da realidade. O pesquisador se incorpora ao grupo, confunde-se com ele, participando de atividades normais dos membros do grupo pesquisado (MINAYO, 2014). A observação participante teve a finalidade de descrever as práticas educativas e investigar nelas a transversalidade da participação política do enfermeiro.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de observação participante, seguindo as orientações de Gil (2008) que visou conduzir a observação, auxiliou a pesquisadora a identificar e a obter provas.

Os participantes da pesquisa escolheram uma semana de trabalho para que a pesquisadora participasse da sua rotina laboral. O tempo de duração da observação participante foi de cinco dias úteis, no período diurno, acompanhando toda as atividades planejadas pelo enfermeiro. Nenhum dos participantes contestou a presença da pesquisadora em qualquer das suas atividades durante a observação participante.

Utilizou-se também um diário de campo como instrumento de coleta de dados na observação, que constituiu-se de um caderno de notas, em que a pesquisadora anotou o que observava. No Diário de Campo, foram registrados os trajetos percorridos pela pesquisadora para a execução da pesquisa, impressões pessoais, resultados de conversas informais e comportamentos contraditórios com as falas. De acordo com Minayo (2014, p. 295), “o acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre as falas, comportamentos e relações podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo.”

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se estabeleceu após a coleta dos dados, a partir das informações coletadas e transcritas das entrevistas e observações.

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, definida por Bardin (2009, p.44), como:

“[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimento sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

A Análise de Conteúdo é apresentada, conforme Bardin (2009), em um conjunto de sete técnicas: análise categorial, análise de avaliação, análise de enunciação, análise de expressão, análise das relações, análise estrutural e análise do discurso.

Neste estudo utilizou-se a técnica de análise categorial, que permite um desmembramento do texto em unidades, em categorias e subcategorias. Esta técnica permite que o pesquisador elabore diferentes possibilidades de categorizações a partir de discursos diretos e significações manifestas. A elaboração das categorias deu-se através da leitura exaustiva das entrevistas dos enfermeiros, para posteriormente identificá-las, de modo a subsidiar a análise de conteúdo.

A Análise de Conteúdo possui fases básicas, em três polos cronológicos (Bardin, 2009):

- 1ª fase: pré-análise – consiste na leitura flutuante, em função dos objetivos e da elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final; na escolha dos documento a serem submetidos pela análise; na formulação das hipóteses e dos

objetivos; a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, quando há um recorte em unidades comparáveis de categorização e a preparação do material.

- 2ª fase: exploração do material – consiste na conclusão da preparação do material para codificação, elaboração das unidades de registros e de contexto. Nessa fase são construídas as categorias que simbolizarão os textos das entrevistas e desenvolvidos os recortes baseados em regras textuais que permitem identificar as representações e atributos dos dados.
- 3ª fase: tratamento dos resultados obtidos e interpretação – ocorre a condensação e o destaque das informações no formato de quadros, diagramas, figuras e modelos.

No estudo proposto, essas fases iniciaram depois da realização do período da observação participante e entrevista. Após a transcrição dos discursos das enfermeiras, foi realizada a leitura flutuante de todo o material, que após várias leituras tornaram-se mais minuciosas, obteve-se, assim, as primeiras impressões referentes a dimensão educar e a transversalidade da participação política do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família em Manaus.

Os registros no diário de campo, os registros da observação e a documentação ocorreram simultaneamente durante a coleta de dados. A organização dos documentos coletados durante o período de observação foram estabelecidos e norteado através do roteiro de observação participante pré-estabelecido, foram coletados os seguintes documentos: histórico das UBS, apresentações em slides, filmagens elaboradas pela equipe de saúde, fotos da infraestrutura das unidades, fotos dos materiais necessários para a realização das atividades laborais dos enfermeiros. Foram também utilizados como fonte de dados os conteúdos programáticos dos cursos introdutórios em Saúde da Família dos anos 2003, 2005 e 2007.

A fase da exploração do material foi efetuada através do computador, para realização das enumerações e codificações das falas dos enfermeiros, documentação e anotações da pesquisadora, todos os materiais foram digitalizados, os quais facilitaram o tratamento e interpretação dos resultados.

Quanto a tratamento do material (codificação), foi realizado um recorte de todas as falas, com um olhar interpretativo e inferencial acrescido das contribuições das pesquisas publicadas sobre o tema.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Amazonas e aprovado sob o número de CAAE 51292415400005020, após apreciação. Após aprovação pelo CEP/UFAM, foi estabelecido contato com a Secretaria de Saúde de Manaus para encaminhamento aos Distritos de Saúde. Todos os sujeitos indicados pelos Distritos de Saúde aceitaram participar da pesquisa, estavam dentro dos critérios de inclusão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE manifestando assim sua anuência para contribuir com a pesquisa.

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde toda pesquisa com seres humanos possui risco (BRASIL, 2012a). Nesta pesquisa os riscos envolvidos foram de intensidade mínima de desconforto na participação dos pesquisados, não existiram riscos de fatores físicos. Os riscos aos participantes foram acompanhados pela pesquisadora, por meio de seus componentes com postura adequada e ética durante a realização das atividades da pesquisa, de forma que não houve intercorrências, tampouco gerou danos aos participantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentaremos os resultados obtidos por meio das entrevistas e observação participante realizadas no decorrer do estudo, serão caracterizadas as Unidades Básicas de Saúde que acomodam a Equipe de Saúde da Família, e apresentados os perfis das enfermeiras participantes do estudo, destacando a dimensão educar no processo de trabalho do enfermeiro em Manaus.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A caracterização das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Manaus- AM, remetem-se ao processo de implantação e desenvolvimento das Estratégias de Saúde da Família. Partindo dessa perspectiva, foram observadas nos estabelecimentos de saúde inseridos no estudo, as estruturas físicas das unidades, equipamentos, materiais e insumos, ressaltando sua relação com a educação em saúde.

Com base no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), identificou-se quatro UBS e uma UBS Ampliada, no entanto os espaços físicos das UBS eram diferentes entre si, assim como alguns materiais e insumos. Com a finalidade de preservar a identidade das enfermeiras, bem como as UBS nas quais trabalham, optou-se em identificar UBS A, UBS B, UBS C, UBS D e UBS E.

4.1.1 Unidades Básicas de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde são estabelecimentos de saúde, construídas a partir de 1999, período em que houve a implantação do PMF/ESF, nomeados na época como Casas de Saúde. As UBS A e B possuem os tamanhos das Casas de Saúde, com estruturas medindo 37m², incluem quatro compartimentos: 1 recepção/triagem, 1 consultório, 1 copa/ cozinha/ farmácia e 1 banheiro. Somente uma das unidades de saúde possuía uma área externa, sem cobertura e sem piso, na qual a enfermeira solicitou da Secretaria de Saúde de Manaus uma reforma para a realização das práticas de educação em saúde, posteriormente a coleta de dados o espaço foi organizado para este fim.

A recepção possui algumas cadeiras para a espera dos usuários e também pelas enfermeiras utilizado para a realização das práticas de educação em saúde. Compõem ainda o ambiente: uma mesa que funciona para recepção e triagem, um arquivo de ferro contendo

prontuários, mapa da área de abrangência, agenda semanal dos membros da equipe de saúde, materiais para procedimentos assistenciais, um quadro informativo com cartazes e folders do Ministério da Saúde – MS, e informativos locais, com acesso ao banheiro interno para atender funcionários e comunidade.

A copa/ cozinha/ farmácia possui fogão, geladeira, mesa com cadeiras, boxes com medicamentos, armário e prateleiras para impressos e pastas, também abriga o computador e impressora, apesar de ser um espaço reduzido, é um dos locais que a equipe trabalha em conjunto, troca informações e, por vezes, realiza suas confraternizações, também é considerado como um local para descanso pelos funcionários.

O consultório, destinado a consulta de enfermagem e médica, possui uma mesa com duas cadeira, além dos materiais para a realização do atendimento assistencial, possui ainda um armário de vidro ou de madeira com livros, álbum seriado, manuais, impressos e manequins de peças anatômicas, neste espaço ocorrem a educação em saúde individual e/ou com a família, e também para reuniões de equipe e a educação permanente em saúde

As enfermeiras personalizam as unidades para se tornar mais acolhedora e organizada, com cortinas, informativos com papeis padronizados, móveis planejados para otimizar o pouco espaço disponível na unidade, enfeites e brinquedos, o investimento financeiro e material foi realizado pela equipe com auxílio da comunidade.

A UBS C diferenciou-se das demais por ter um espaço físico interno e externo maior que as demais UBS. A UBS C possui um espaço específico para a recepção, corredor com cadeiras para os usuários, 1 farmácia/triagem, 1 consultório médico, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório odontológico, 1 sala de imunização, 1 banheiro para usuários, 1 banheiro adaptado para deficientes, 1 sala para os ACS, 1 sala de esterilização, e uma área externa gramada e sem cobertura, utilizada como estacionamento para os servidores.

A recepção da unidade possui arquivos com prontuários agrupados por famílias, quadro informativo com cartazes, folders e comunicados, como acesso direto ao corredor com cadeiras para a espera de atendimentos. A UBS C dispõe de equipamentos e instrumentos para o atendimento básico ao comunitário, mesmo assim, os funcionários adotam cronogramas semanais para utilizar alguns equipamentos escassos na unidade, como exemplo, o computador.

Como as demais unidades, a UBS C de saúde não possui um espaço específico para a realização da educação em saúde, sendo realizada nos corredores da unidade e consultório.

Os materiais didáticos fornecido pelo DISA para a educação em saúde não se diferenciou das demais UBS, quando necessário a enfermeira solicita para o apoiador matricial, além disso a UBS A, B e C conta com materiais recicláveis e reutilizáveis para tornar a unidade

temática conforme o cronograma de educação em saúde anual disponibilizado pelo DISA, também servem de recursos para a realização da educação em saúde nas escolas e em espaços sociais da comunidade, esses materiais são provenientes do investimento dos próprios servidores, com o apoio da comunidade.

A UBS D está localizada em uma área rural de Manaus. O prédio onde realizam-se os serviços da UBS foi reformado pelos moradores e profissionais da ESF para atender a comunidade. Os relatos de uma enfermeira mencionaram que anteriormente a Equipe de Saúde da Família atuava de maneira itinerante, o que prejudicava o planejamento, organização e controle do atendimento para os funcionários e dificultava o acesso dos moradores, pois não há sinal de telefone sem estar ligado direto em uma antena telefônica.

A estrutura física da UBS D dispõe de: 1 sala ampla, 1 varanda, 2 consultórios, 1 farmácia, 2 banheiros externos, 1 copa/cozinha, banheiros e área externa sem delimitação.

A sala ampla é destinada para os serviços de recepção, triagem, imunização, nebulização, possui um armário pequeno para arquivar prontuários, uma mesa delimita as ações de triagem e outra mesa a ações de imunização, com poucas cadeiras para que a população aguarde as consultas e procedimentos, a maioria aguarda os atendimentos na varanda. Quanto aos material básico para os atendimentos assistenciais, neste espaço e na varanda constitui-se um espaço para a realização de educação em saúde coletiva.

Os dois consultórios são interligados por um corredor que passa por uma farmácia, com acesso livre, consistem em ambientes pequenos e de difícil locomoção dentro deles, o que torna complicado alguns procedimentos tanto para o usuário como para a enfermeira, como exemplo a coleta do exame Preventivo do Câncer de Colo Uterino - PCCU. A copa/cozinha possui uma mesa para refeição com cadeiras, e tem acesso pela área externa da unidade, bem como os dois banheiros. A comida e água potável é providenciada individualmente, ou seja, cada funcionário leva de sua casa.

A UBS D não usufrui de espaço específico para as práticas educativas, e as condições do espaço físico e a forma de atendimento, comprometem a educação em saúde individual, familiar e coletiva.

A população adstrita não é precisa, bem como o perfil epidemiológico, pela dificuldade de acesso aos sítios, pelas barreiras geográficas, como matas, estradas de barro, presença de animais peçonhentos, que impede os funcionários de realizarem atendimentos sem transporte adequado, emperrando todo o processo de trabalho da enfermeira.

A Unidade Básica de Saúde E, inaugurada em 2007, comporta três equipes de Saúde da Família e um Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – NASF. Este tipo de unidade possui uma estrutura física 400 m², a área adstrita ao módulo é de 965.860m², dividida em 18 microáreas, sendo que 7 microáreas compõem a área de abrangência da UBS do estudo. A estrutura física possui cômodos utilizados pelas quatro unidades: 1 recepção, 1 sala de espera, 1 sala de direção, 1 sala de imunização, 1 consultório odontológico com 3 cadeiras odontológicas, 1 sala de curativo/ esterilização, 1 sala de triagem/ inalação, 1 copa/ cozinha, uma área externa coberta, em ar ambiente com poucas cadeiras, 1 sala para os agentes comunitários de saúde, 1 farmácia/ almoxarifado, banheiros para os profissionais e banheiros para a população.

A UBS E não possui sala específica para as atividades educativas, conta com um espaço físico externo amplo e coberto, utilizado para espera dos comunitários e para confraternização dos funcionários, não sendo mencionado em nenhum momento o uso deste para atividades educativas.

A recepção possui algumas cadeiras para os usuários, atende as demandas da população para o serviço das 4 unidades de saúde, gerando confusão nas informações em horários de picos dos atendimentos. A área de espera para os atendimentos, é amplo com cadeiras para os usuários que ficam no aguardo do atendimento, possui uma televisão. No período da observação participante foi verificada a utilização desse espaço para a realização de palestras.

Na sala de direção encontram-se alguns armários, impressora, computadores, data show e os impressos disponibilizados pela Secretaria de Saúde, assim como o histórico do módulo, cronograma e relatórios das atividades de educação, dentre outros materiais administrativos se encontravam nesse ambiente.

A UBS E possui um consultório, dividido por horários para o atendimento da enfermeira e do médico. Os equipamentos e mobiliários estavam em boas condições de uso, porém foi presenciada falta de materiais de uso profissional, como aventais e máscaras descartáveis e para a população, como medicações. Este espaço foi utilizado para a educação em saúde foi visualizado para a educação em saúde individual e famílias, durante as consultas da enfermeira, utilizando os recursos disponíveis, já citados na descrição das demais UBS, foi percebido assim, que os materiais utilizados para a educação são igualmente disponibilizados para as unidades de saúde.

4.2 PERFIL DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANAUS

Após caracterizar as Unidades Básicas de Saúde, trazemos para contextualização deste estudo, o perfil dos enfermeiros entrevistados, destacando a etapa do trabalho, buscando conhecer os participantes do estudo, realizou-se a distribuição de seus perfis no que se refere a idade, sexo, tempo de formação profissional, tempo de atuação na ESF, Jornada Semanal de Trabalho (JST) e vínculos empregatícios, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Perfil dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Enfermeiras	Idade	Tempo de formação profissional	Tempo de atuação na ESF	JST na ESF
Orquídea	49 anos	2 anos	1 ano e 4 meses	30h
Jasmim	44 anos	8 anos	8 anos	40h
Vitória Régia	52 anos	27 anos	14 anos e 8 meses	40h
Bromélia	39 anos	18 anos	18 anos	40h
Girassol	30 anos	3 anos e 4 meses	3 anos e 4 meses	30h

Na tabela 2 observa-se que os dados referentes ao perfil dos enfermeiros indicam que todos eram do sexo feminino, confirmando os resultados de vários outros estudos, destacados também por Ramos *et al.* (2009) e Silva *et al.* (2010), os quais retratam que a enfermagem ainda é composta majoritariamente por mulheres, o que se reproduz na equipe de saúde da ESF como ressaltaram Zanetti *et al.* (2010). Segundo MACHADO *et al.* (2012) essa realidade começa a mudar, e um contingente masculino expressivo, adentra o mercado de trabalho.

A idade das enfermeiras variaram entre 30 a 52 anos, resultados semelhantes com outras regiões do Brasil. Silva *et al.* (2015), em um estudo com enfermeiros de um município do Oeste Catarinense, se defrontaram com a mesma tendência, ao encontrar idades entre 29 a 54 anos. De igual modo, Rocha e Zeitoune (2007), em estudos realizado em Floriano – PI, verificaram que os enfermeiros tinham idade entre 31 a 40 anos.

Em relação ao tempo de formação profissional, as enfermeiras têm entre 2 a 27 anos de exercício profissional e o tempo de atuação na ESF entre 1 a 18 anos. O tempo de experiência anterior a ESF esteve relacionado a atuação de uma Enfermeira como nível técnico (Orquídea), e sem vinculação com a ESF (Vitória Régia). Resultados diferentes de Oliveira e Santos (2011);

e Rocha e Zeitoune (2007), que em seus estudos encontraram tempo de atuação na ESF com média de 5 anos.

Ramos *et al.* (2009) destacam que as experiências profissionais proporcionadas pelo tempo de trabalho fortalecem os vínculos entre a equipe de saúde e a comunidade, corroborando com essa afirmação Backes *et al.* (2011), classificam o profissional: novato, com tempo de exercício profissional de até 5 anos; intermediário, com tempo de exercício profissional de 6 a 14 anos e experiente, com tempo de exercício profissional acima de 15 anos. Então diante disso, pode-se afirmar que participaram neste estudo, duas enfermeiras novatas, duas intermediárias e uma experiente atuando na ESF, o que permite afirmar que o tempo de atuação na ESF lhes confere conhecimento sobre o tipo de trabalho realizado.

Ainda consonante ao tempo de atuação do enfermeiro na ESF, ressalta-se que três enfermeiras têm tempo de ESF igual ao tempo de trabalho, em vista disto a ESF tem se configurado como ingresso ao mercado de trabalho, como revelado por Santini *et al.* (2010), em estudo que mostra que muitos os enfermeiros da sua pesquisa tiveram a ESF o seu primeiro emprego.

Ainda relacionado ao perfil dos sujeitos, o estudo mostrou que as vias de inserção no cargo foram através de contratos temporários e concursos públicos; que quatro enfermeiras possui somente um vínculo empregatício; que uma enfermeira possui dupla jornada de trabalho, compartilhado com a assistência hospitalar. Firmino *et al.* (2016) destacam que por causa dessa dupla jornada de trabalho, o enfermeiro pode apresentar complicações físicas e mentais, que poderá comprometer a assistência de enfermagem ao indivíduo e comunidade.

No que tange a Jornada Semanal de Trabalho, três enfermeiras trabalham 40 horas semanais, e duas enfermeiras trabalham 30h. Para essas últimas a JST não permite o desempenho integral das suas atividades, ao mesmo tempo que consideram o volume de trabalho a ser desenvolvido em 40h é excessivo, corroborando com Pires *et al.* (2016) que destacaram a insatisfação com a remuneração, considerada insuficiente, e a JST percebida como excessiva.

Na construção do perfil dos sujeitos da pesquisa, também buscou-se conhecer a participação política das enfermeiras, perguntadas sobre sua inserção em grupos sociais, quatro enfermeiras declararam participação nos seguintes locais: igrejas, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Locais de Saúde, Conselho de Ética Distrital. Apenas uma das enfermeiras referiu não participar de nenhum grupo social.

Corroborando com esses achados, Oliveira *et al.* (2016) identificaram que a participação social está implicada na dimensão política do trabalho do enfermeiro, mesmo havendo

concepções divergentes sobre o tema entre os enfermeiros, os conselhos locais de saúde e reuniões na comunidade foram citados como os espaços para essa participação, consideraram ainda a conjunção das ações educativas favoráveis ao diálogo sobre os direitos na saúde e exercício da cidadania.

Ceccim e Feuerwerker (2004), ao explicar sobre a educação na saúde, destacaram os Conselhos de Saúde como espaços para o exercício da participação e controle social de profissionais de saúde e da população.

4.3 A DIMENSÃO EDUCAR DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

A análise da dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família deu-se sob três aspectos, a) na descrição de como acontece a prática educativa do enfermeiro; b) na percepção de como o enfermeiro analisa suas práticas educativas e c) na transversalidade da participação política das práticas educativas do enfermeiro.

4.3.1 A prática educativa em saúde do enfermeiro na ESF

Analisar a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, permitiu descrever as práticas educativas direcionadas a população, dentro do seu cotidiano laboral. Nesse intento, a observação participante e a entrevista com as enfermeiras mostraram o *locus* das práticas educativas; a organização do processo de trabalho para a educação e o preparo dos profissionais para as práticas educativas.

O locus das práticas educativas

No item 4.1 – Caracterização das Unidades Básicas de Saúde – buscou-se descrever a estrutura física das unidades e os recursos ali disponíveis, tanto para a realização das práticas educativas, quanto para o conjunto das demais ações a serem disponibilizadas para a população. Nesse sentido a observação participante permitiu afirmar que a estrutura interna das UBS não dispunham de sala ou área específica para a realização das práticas educação em saúde. Para alguns enfermeiros, essa limitação do espaço, tornou-se por um momento obstáculo para o desenvolvimento das prática educativas, conforme referido de forma taxativa por uma das enfermeiras:

“[...]A gente não tem local.” (Jasmim)

Segundo Salci et al., (2013), a educação em saúde pode ser desenvolvida em outros ambientes, tais como: escolas, domicílios, locais de trabalho e em locais dentro da comunidade. Nesse sentido, o espaço físico interno da unidade, embora necessário ser adequado para albergar todo o processo de trabalho do enfermeiro, não se estabelece como único dentro da prática educativa.

A infraestrutura também pode ser limitadora para o desempenho de outras atividades que compõem o processo de trabalho do enfermeiro, inclusive a prática educativa, como relatado a seguir:

“[...] antigamente a gente não tinha local específico pra ir, a gente ia pra igreja, associações, casa de um morador [...], tudo improvisado né.”
(Jasmim)

Roecker et al. (2012) afirmam que dentre as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na ESF estão a infraestrutura inadequada e a insuficiência dos recursos materiais e financeiros. Tal situação pode ser reiterada pela fala de outra enfermeira.

“[...]a gente tem muita atividade aqui na unidade, e ela [UBS] é muito pequena[...]” (Vitória Régia)

Segundo descrito na caracterização das UBS, algumas delas medem de 37m² a 400m², estando todo o seu espaço físico ocupado pela: recepção, consultórios, copa/cozinha, farmácia, almoxarifado e salas direcionadas para assistência, salas destinadas para administração e ambiente externo sem infraestrutura. Não existindo em nenhuma das unidades espaço físico destinado para a realização das práticas educativas, dificultando a troca de saberes, por meio do diálogo e da troca de experiências, estimulando a reflexão crítica, na perspectiva da construção da autonomia dos sujeitos (COSTA et al, 2008).

Observou-se que o espaço físico influencia e limita as atividades do enfermeiro, mas não determina suas ações, especialmente a educação, que supera a ideia da imposição dos ambientes formais para a construção do ensino/aprendizado. Quatro das UBS apresentavam áreas externas subutilizadas para as práticas educativas, duas enfermeiras já haviam se manifestado favoráveis a reforma de um recinto, com a finalidade da realização da educação de grupos

“[...]Disponibilizar uma tenda pra botar aqui na frente, ou fazer um telhado puxadinho[...] Às vezes eles [os gestores] perguntam o que a gente precisa, mas não vem o que a gente precisa.” (Girassol)

A ideia da construção de um puxadinho foi recorrente entre as enfermeiras, a autora da fala citada, não concretizou sua ideia, porém em outra unidade, a enfermeira teve essa solicitação atendida. Foram observados esses espaços externos das UBS que poderiam ser adaptados para as práticas de educação, porém mencionou-se ainda a demora na resposta da Secretaria de Saúde, diante das demandas dos profissionais.

A necessidade de infraestrutura adequada deve-se também às características climáticas de Manaus.

“A gente planeja mas diante de alguma eventualidade acaba não acontecendo, por exemplo, chove e ninguém sai na chuva [...]” (Bromélia)

Os períodos de extremo calor e de intensa chuva, suprimem o desenvolvimento de algumas atividades em áreas externas e descobertas, e em alguns casos, longe da unidade.

“Manaus predomina o clima equatorial úmido de convergência intertropical. Assim, a temperatura média oscila entre 23°C e 40°C. A flutuação sazonal limita-se a duas estações: inverno (ou estação das chuvas), iniciando em fins de dezembro e terminando em fins de julho, e verão (ou estiagem), no resto do período” (CAUDURO et al., 2011, p. 15).

Ao considerar as características climáticas de Manaus, além das dificuldade no desempenho das suas funções diárias, os profissionais também preocupam-se com a preservação da sua saúde.

Compreende-se que a responsabilidade frente as limitações na realização das atividades externas, não devem ser atribuídas somente a equipe de saúde, cabe a gestão municipal de saúde apoiar os servidores, proporcionando condições de trabalho adequadas para o desempenho de todas as funções. Contudo, observou-se que a maioria das enfermeiras, frente a infraestrutura disponível, executa as atividades na UBS, abrangendo todas as dimensões do seu processo de trabalho, como constatada na fala de uma das participantes:

“[...] não é a chuva, o sol, o vento, a poeira, não é a estrutura da casinha, porque é pequena, porque não tem o telhado, porque bate o sol não sei onde, você dá um jeitinho [...]” (Girassol)

A fala, aponta para a superação das dificuldades apresentadas por todas as enfermeiras participantes deste estudo no desenvolvimento das práticas educativas. Moutinho *et al.* (2014) evidenciaram os inúmeros empecilhos impostos no desenvolvimento das práticas educativas no cotidiano profissional da ESF, a educação em saúde é desafiadora, contudo ela se efetiva pelo esforço dos profissionais no trabalho em equipe para efetivação das suas ações. Entretanto, há

que se considerar, como a população, para quem as ações são destinadas, percebe e responde a essas dificuldades.

Inserção dos outros espaços de práticas educativas

Uma vez descritos os espaços físicos das UBS, onde as práticas educativas acontecem, passou-se a descrever os espaços comunitários alternativos, onde as práticas educativas são desenvolvidas.

Observou-se em três enfermeiras a interrelação dos interesses comuns da equipe de saúde e da comunidade. Dessa forma, a articulação intersetorial para a realização das práticas educativas, foi averiguada nos seguintes locais: centro sociais, espaços comunitários, escolas, igrejas e empresas. Essas articulações tiveram a iniciativa das enfermeiras, em cooperação com os ACS da área adstrita.

“[...] aí depois a gente conseguiu um apoio né, dentro da liderança da comunidade.” (Girassol)

Conforme Sena *et al.* (2012), a intersetorialidade tem como finalidade a busca por parcerias para integração de projetos sociais e saúde com diferentes órgãos e setores afins, em resposta às demandas populacionais.

A organização do processo de trabalho na educação em saúde

A organização do processo de trabalho do enfermeiro para a prática de educação em saúde inicia-se por meio do planejamento. Desse modo, todas as UBS recebiam da Secretaria de Saúde um cronograma anual das temáticas mensais, a partir disso, cada DISA e cada UBS, organizava suas ações para cumprimento dessa agenda. Na UBS E, seguindo-se a lógica do planejamento anual, as enfermeiras se revezavam assumindo cada uma a programação mensal. Observou-se entretanto, a ausência de uma participação mais efetiva do DISA na definição da agenda que contemplasse seus interesses.

Andrade *et al.* (2013) esclarecem que o planejamento das práticas educativas deve ser realizado em concordância com as necessidades da população e a partir dos diagnósticos situacionais da comunidade. Sarti *et al.* (2012) avaliaram o planejamento das ações de intervenção das equipes de ESF e consideraram centralizadas e pouco participativas, portanto

indicaram a necessidade de avaliar as falhas existentes e priorizar uma educação permanente que contemple essa premência.

O modelo de plano educativo foi apresentado por duas enfermeiras, e preenchidos por atividade a serem desenvolvidas, esses planos eram disponibilizados pelos DISA e aprimorado pelas enfermeiras, contendo: tema, objetivo geral, período, data do evento, público alvo, turno, ação, atividades, estratégias, avaliação e número de participantes, conforme revelado pela fala de uma das enfermeiras.

“Eu descrevo todas as atividades e ações que a gente vai realizar, descrevo como é que a gente vai fazer, que tipo de atividade [...] e quem são os responsáveis” (Vitória Régia)

Diante dessa questão, evidencia-se que o planejamento das ações educativas dá-se de forma pontual, sem necessariamente constituir-se em um projeto educativo que agregue de forma articulada as demandas do território. Em duas unidades existiam um plano de ação (ANEXO A), que consiste em uma etapa do projeto educativo. A maioria das enfermeiras planejava as práticas de educação em saúde de forma coletiva, contendo elementos básicos para a execução dessa prática. Uma das enfermeiras desenvolvia sua prática educativa e registrava as etapas do processo em livros de atas e de atos. Duas enfermeiras possuíam um cronograma de atividades educativas e as realizavam sem ter um plano de ação construído.

Para a construção do projeto educativo devem ser consideradas quatro etapas (SÃO PAULO, 2001): diagnóstico - compreendendo a contextualização do local, coleta de dados, a discussão, análise e interpretação dos dados, e o estabelecimento de prioridades; o plano de ação - incluindo a determinação de objetivos, população-alvo, metodologia, recursos e cronograma de atividades; execução - implicando na operacionalização do plano de ação e a avaliação - incluindo a verificação de que os objetivos propostos foram ou não alcançados.

As enfermeiras tinham acesso aos perfis de saúde e doença dos grupos sociais monitorados ao serem consolidadas informações diárias e semanais diante da atuação de cada profissional da equipe de saúde. Outras informações eram geradas através dos consolidados mensais dos indicadores de saúde selecionados pela Secretaria Municipal de Saúde, que permitem o acompanhamento dos atendimentos da população.

Esses conhecimentos deveriam embasar o diagnóstico situacional de saúde da população do território como ponto de partida do projeto educativo, evidenciou-se que três enfermeiras, em algumas práticas, utilizavam essas informações para a construção do plano de ação e da execução das práticas educativas, com a intenção de atender os anseios da

comunidade. Tal postura fazia a diferença pois possibilitava uma prática de saúde mais efetiva e os profissionais se mostravam mais satisfeitos com seu trabalho. No entanto, todas direcionavam o desenvolvimento das práticas de educação em saúde, primeiramente considerando as solicitações da gestão superior.

A liderança de todas as práticas educativas presenciadas, independente da complexidade das atividades e funções, foram das enfermeiras, sendo expressa por uma delas essa responsabilidade.

“[...]É que as vezes eu me sinto muito só, sabe? Apesar de eu ser uma pessoa que gosto de me comunicar, de partilhar, infelizmente eu não tenho uma ajuda do médico, em relação a educação, então tenho que lidar com todo o processo de educação, em todos os lugares, [...] Isso me deixa muito sobrecarregada [...]” (Vitória Régia)

Ainda que a educação em saúde da população adstrita seja uma atribuição de todos os membros da equipe da Saúde da Família, regulamentada pela portaria nº 2.488/GM/MS no artigo 11, existem unidades nas quais isso se dá de forma solitária sob a responsabilidade de um profissional apenas (BRASIL,2011).

Para Roecker *et al.* (2012), os enfermeiros enfrentam diferentes problemas para a realização da educação, dentre eles, a falta de comprometimento dos profissionais às atividades, recursos humanos insuficiente para o funcionamento da ESF, por conseguinte, acarretando uma sobrecarga, insatisfação e desmotivação com o trabalho.

Correlacionada com a caracterização da estrutura física das unidades, apresentando espaço físico limitado para a educação em saúde e demais atendimentos, ressalta-se a inexistência de um local para o descanso dos profissionais, influenciando no acometimento de doenças ocupacionais que dificultam a realização plena da sua função na ESF, em especial, da educação em saúde.

“[...]eu tenho que sair da unidade pra poder ter uma hora de descanso[...]” (Girassol)

Outros empecilhos apresentados foram a carência de transporte adequado e disponível na área rural e a falta de segurança para garantir a integridade física dos profissionais dentro e fora das UBS. Uma das unidades possuía grade nas portas e se mantinha fechada por cadeado durante todo o expediente, foi justificada essa atitude por estarem em área de alto risco, “*as áreas vermelhas*”, e por terem sido vítimas de assalto dentro da UBS. Diante disso, ressalta-se que, o processo de trabalho em saúde desencadeia tensões, quando associados a precária condição de trabalho e a sobrecarga, podem resultar em acidentes ocupacionais, que incluem

os acidentes típico, os acidentes de trajeto e as doenças profissionais (PIRES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2013).

No desenvolvimento das práticas educativas fora da unidade as enfermeiras enfrentam longos percursos ou utilizam transporte particular. Ao somarem-se essas problemáticas, afeta-se diretamente a prática da educação em saúde, carecendo do apoio da gestão superior, para assegurar a saúde dos profissionais no desenvolvimento do seu trabalho.

Foi examinado e confirmado na construção do perfil do enfermeiro da ESF, que a jornada semanal de trabalho influencia na coordenação, articulação e execução das atividades que compõe o processo de trabalho. Uma enfermeira, que cumpria 30h de trabalho semanal, mencionou ter que continuar parte das suas atividades laborais em casa, e outra enfermeira revelou não ter tempo suficiente para realizar educação em saúde na comunidade e visitas domiciliares.

As tarefas relacionadas a educação em saúde foram presenciadas dentro da carga horária das enfermeiras, tais como, visitas nos estabelecimentos para pactuação das práticas, passeatas, aquisição e construção de materiais educativos, elaboração dos roteiros para as dramatizações, ensaios, fabricação artesanal de fantasias, produção de vídeos, músicas e danças. Para realizar estas atividades as enfermeiras utilizam um tempo que não é computado em sua produção diária.

O preparo dos profissionais para a prática educativa

A Estratégia Saúde da Família é tida como *lócus* privilegiado para o desenvolvimento das práticas educativas, por ser ancorada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social (SILVA; RODRIGUES, 2010). A educação em saúde, no contexto da ESF, reforça os vínculos com a população, integrando profissionais e comunidade na busca de compreender o contexto socioeconômico e político do território. Ao promover a saúde e prevenir doenças e agravos, a educação em saúde dialógica permite a construção da autonomia e cidadania dos indivíduos.

O preparo dos profissionais para a prática educativa foi analisado tomando-se por base a qualificação na área da educação, o conteúdo programático do treinamento dos cursos introdutórios em Saúde da Família dos anos 2003, 2005 e 2007, bem como a observação do desenvolvimento das práticas educativas realizadas pelas enfermeiras.

-qualificação na área da educação

Perguntadas às participantes do estudo sobre a realização de curso de pós graduação, três enfermeiras responderam que não participaram de nenhum treinamento introdutório, quando começaram a trabalhar na ESF e duas enfermeiras, com 14 e 18 anos de experiência na ESF, afirmam ter realizado um treinamento introdutório. Uma das enfermeiras mencionou que, em situações específicas, o enfermeiro recém admitido passa por treinamento *in loco* com seus pares, sendo mais uma prática de algumas equipes sem ser institucionalizada pela Secretaria Municipal de Manaus.

Quanto a especialização, observou-se que apenas uma enfermeira não a possuía, duas enfermeiras tinham somente uma especialização, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e em Estratégia Saúde da Família, uma enfermeira tinham duas e outra quatro especializações, destas algumas fortemente vinculadas a Saúde da Família e ao campo da Educação.

Analisando-se do ponto de vista da qualificação vinculada a área de atuação ESF, observou-se que das cinco, três enfermeiras tinham especialização na área afim. Estudos realizados por Firmino *et al.* (2016) mostram que a maioria dos enfermeiros participantes do seu estudo possuíam especialização em ESF. No que se refere a realização no campo da Educação, objeto desses estudo, apenas uma enfermeira referiu tê-la feito.

Quando observados os cursos e atualizações, todas as enfermeiras realizaram algum relacionados as ações programáticas, aos agravos prevalentes, ciclo de vida e urgência e emergência, destes apenas uma enfermeira possui curso e atualização no campo da educação.

Em suas considerações sobre o desenvolvimento das práticas educativas, metodologias de ensino como o Ensino Baseado em Problemas - PBL e a problematização emergiram no discurso das enfermeiras.

“[...]eu acredito que os profissionais da saúde precisam de ferramentas, [...] utilizar grupos de rodas de conversa, isso é excelente não só com a comunidade, mas é excelente até como educação permanente, [...] você trabalhar com problematização, você fazer, você vê, você conversar com as pessoas de uma maneira diferente. O uso das metodologias ativas, são pouquíssimos os profissionais que usam essa metodologia ativa.” (Vitória Régia)

Observa-se que a fala apresentada é compatível com o profissional que realizou curso de especialização no campo da educação, incorporando novos elementos a uma educação que valoriza o saber popular, o diálogo e o conhecimento como mediador entre o educador e o educando. Nesse sentido, Fernandes e Backes (2010) referem a educação como uma

conversação entre pessoas que buscam significação, considerando a culturalidade dos indivíduos.

-Treinamento introdutório da Estratégia de Saúde da Família

Quando analisados os conteúdos programáticos dos treinamentos introdutórios realizados nos anos de 2003, 2005 e 2007 (SILVA, 2010), observa-se a ausência de conteúdos que capacitem o profissional para o desenvolvimento da prática educativa.

Dados advindos do questionário informam que das cinco enfermeiras, apenas duas realizaram o treinamento introdutório, cotejando-se os anos de atuação na ESF, de 14 a 18 anos, inferi-se que as mesmas realizaram os treinamentos introdutórios referidos.

- Observação das práticas educativas realizadas pelas enfermeiras

A observação participante permitiu flagrar as enfermeiras no desenvolvimento das práticas educativas. Apresentaremos as formas de educação, conteúdos utilizados pelas enfermeiras e estratégias direcionadas para ao processo de ensino/aprendizagem.

As práticas de educação em saúde foram realizadas de forma individual nos consultórios e as de forma coletiva foram realizadas durante as consultas com famílias e em visitas domiciliares; com grandes grupos dentro das UBS, nas salas de esperas e corredores; em escolas, com alunos e professores; e em centros comunitários com a população por livre demanda.

Os conteúdos utilizados nas práticas de educação em saúde individuais foram centrados nas doenças e tratamentos, através de orientações e dos materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como panfletos, cartazes, álbum seriado, modelos anatômicos e materiais de exposição, como medicamentos.

Referente aos conteúdos das práticas educativas direcionadas a coletividade solicitadas pela gestão superior, foram inicialmente baseadas nas campanhas do Ministério da Saúde. Algumas das enfermeiras utilizavam as demandas dos grupos inseridos nas comunidades, para planejar e desenvolver outras práticas de educação em saúde. Foram citadas pelas enfermeiras, conteúdos higienistas, de doenças e de mudança de hábitos de vida.

As estratégias de ensino utilizadas nas práticas de educação em saúde foram pautadas no Modelo Tradicional de Educação, por meio de palestras e orientações e no Modelo Dialógico de Educação, através de rodas de conversas, dramatizações, músicas e orientações.

Ressalta-se que durante os conteúdos apresentados e a depender da estratégia escolhida pelas enfermeiras foram observada a abordagem do modelo dialógico de educação, motivando

a população a expor suas necessidades e possibilitando a construção da cidadania da população e a autonomia do indivíduos.

4.3.2 A prática educativa na percepção do enfermeiro

Neste tópico descreveremos como as enfermeiras percebem suas práticas de educação em saúde, como parte da dimensão educar e participar politicamente do seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, ressaltando as facilidades, dificuldades e melhorias.

A constituição do Processo de Trabalho de Enfermagem é referida por Sanna (2007) em administrar, assistir, ensinar/educar, pesquisar e participar politicamente. Perguntadas sobre seu cotidiano de trabalho na unidade, as enfermeiras relataram atividades que compõe as dimensões administrar, assistir e educar.

Assim sendo, a atividade burocrática foi frequentemente referida como uma das dimensões que norteia o trabalho do enfermeiro na ESF, consumindo parte considerável do tempo do enfermeiro.

“[...]tem essa papelada toda, falam que pra gerar recursos, a gente que preencher papeladas e mais papeladas[...]” (Jasmim)

Na dimensão administrar, Paula *et al.*, (2013) enfatizam que o enfermeiro realiza funções de planejamento, coordenação, direção e controle, visando a garantia da qualidade da assistência de enfermagem, assim como o desempenho adequado da unidade de saúde.

Dentre os trabalhos exercidos pelas enfermeiras, foram mencionadas atividades assistenciais prestadas ao indivíduo e a família.

“[...]eu tenho os serviços de assistência, na qual eu atendo os pacientes com consultas de enfermagem voltadas aos problemas de saúde da família.” (Vitória Régia)

Paula *et al.*, (2014) referem que é a dimensão assistir que utiliza o maior tempo do enfermeiro na ESF, dentre outras atividades que compõem essa dimensão, ressaltam as consultas de enfermagem e as visitas domiciliares.

As enfermeiras destacaram a dimensão educar como intrínseca ao processo de trabalho.

“[...]Também temos a parte que envolve a atividade educativa[...]” (Bromélia)

Ratificando a relevância da dimensão educar, Roecker *et al.*, (2013) mencionam que a educação é uma atividade inerente ao enfermeiro na proposta da ESF, legitimando o enfermeiro como educador, objetivando a melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população.

A dimensão participar politicamente emergiu de forma pouco visível no discurso das enfermeiras, referindo as parcerias no território, como forma de desenvolver suas atividades do processo de trabalho.

“[...]eu já vinha trabalhando isso [as parcerias] e vejo resultado da comunidade trabalhar conosco, a gente ser parceiro da comunidade[...]”
(Bromélia)

Percebe-se a pouca referência a participação política e a ausência da dimensão pesquisar, o que guarda relação com outros estudos realizados. Bertoncini *et al.*, (2011), ao caracterizarem o trabalho da enfermagem em diferentes cenários institucionais, destacam que as atividades do enfermeiro envolvem prioritariamente as dimensões administrar, assistir, e educar.

Ainda que a proposta inicial do estudo tenha sido de abordar a dimensão educar em suas duas vertentes, educação em saúde e educação permanente, percebe-se que durante a pesquisa foi dada maior visibilidade pelas enfermeiras para a educação em saúde razão pela qual, optou-se pela mesma como objeto de investigação.

As enfermeiras referiram atividades que se relacionam com o agir educativo, dessa forma, constituiu-se o exame de como as enfermeiras analisam suas práticas educativas.

A educação em saúde e a educação permanente são práticas reconhecidas pelas enfermeiras como eixo estruturante de suas ações.

“[...] se esse pequeno mundo aqui não trabalhasse com esse enfoque aqui, educação em saúde e educação permanente, esse programa (ESF) não teria rendimento e nem retorno nenhum favorável, por que tudo é a partir desses dois pontos.” (Bromélia)

A fala ressalta o trabalho do enfermeiro na ESF como um universo de situações e possibilidades, em que se fundamentam nas práticas de educação em saúde e educação permanente, acarretando no sucesso das demais ações de saúde propostas.

Foi reconhecido que o enfermeiro, dentre os profissionais que compõe a equipe de saúde da ESF, possui qualificação para o desenvolvimento da educação.

“O enfermeiro é um dos profissionais mais capacitados, mais trabalhado para a educação em saúde” (Orquídea)

A fala reflete um sentimento de valorização do enfermeiro como um dos profissionais com maior qualificação para o desenvolvimento das práticas educativas. Diante disso, Costa *et al.* (2013) reconheceram a importância do enfermeiro nas ações educativas, ressaltando que o seu trabalho está vinculado as práticas educativas, incorporadas como base das suas atividades.

A responsabilidade do profissional com a educação em saúde emergiu na função de condutor e facilitador do processo, e de socialização do conhecimento.

“[...] essa troca de saberes..., isso é educação em saúde. O papel do profissional é estar direcionando isso, o papel do profissional é fazer com que aconteça esses encontros, é fazer com que a comunidade não fique alheia aquilo que você conhece, você tem realmente que estar compartilhando [...]”
(Vitória Régia)

O discurso remete para duas questões fundamentais para prática educativa emancipadora, o diálogo entre o educador e o educando, na ausência do qual o conhecimento não é construído, e na socialização do conhecimento, isto é, o reconhecimento do profissional sobre investimento que foi feito na sua formação pela sociedade, então ele compartilha o conhecimento a que teve acesso. Jesus e Ribeiro (2013) referem que o enfermeiro tornou-se importante no processo pedagógico, também em virtude da valorização da educação em saúde, para a afirmação de uma relação dialógica, em que a educação deve basear-se no processo emancipatório do serviço de saúde e da participação comunitária diante do contexto socioeconômico.

A Educação em saúde no cotidiano do enfermeiro

A educação em saúde no cotidiano do enfermeiro foi examinada através da sua percepção e apresentadas por meio do desenvolvimento, facilidades, dificuldades e melhorias da educação em saúde.

Arguidas sobre a finalidade das atividades de educação em saúde, as enfermeiras apresentaram três fundamentos: a prevenção, o compartilhamento e a informação, conforme as falas abaixo:

“Prevenção mesmo só através da educação em saúde [...]” (Girassol)

“Nada melhor do que o povo bem informado, que é menos doença [...]”
(Jasmim)

Desta forma, compreende-se que a finalidade apresentada pelas enfermeiras sobre a educação em saúde é a prevenção de doenças, por meio da difusão dos conhecimentos sobre saúde/doença, utilizando ações pedagógicas estratégicas para produzir transformações de comportamentos. Este escopo, aproxima-se dos pressupostos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, onde conceitua a educação em saúde como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais de atenção à saúde, que contribui para a formação crítica das pessoas, e visa à mudança (transformação) de determinada situação, devendo ser vivenciada e compartilhada por todos os envolvidos no processo (BRASIL, 2007).

A finalidade apresentada pelas enfermeiras também reforça o caráter político da educação em saúde, como apresentada a seguir

“[...]compartilhar informações e saberes do profissional para a comunidade, e da comunidade para o profissional[...]” (Vitória Régia)

A fala remete ao caráter político da educação em saúde, ao contemplar em sua finalidade conteúdos de relevância coletiva, direcionadas por meio de uma participação ativa dos profissionais e comunidade envolvida no processo. Para Rodrigues et al. (2012), a educação em saúde é entendida como uma prática social que favorece na construção de um raciocínio crítico dos indivíduos envolvidos em relação as demandas de saúde, considerando sua realidade e as transformações de hábitos de saúde.

A educação em saúde é compreendida pelas enfermeiras como uma estratégia de prevenção, direcionada tanto para os indivíduos, como para comunidade, podendo ser executada dentro da UBS e na área de abrangência.

“A estratégia trabalha a prevenção[...] Tanto aqui dentro da unidade, como nas escolas, em outros lugares, conforme as demandas da secretaria de saúde[...]” (Girassol)

A prevenção é salientada pelas enfermeiras como eixo norteador das educação em saúde.

Embora o discurso de prevenção e do *locus* estejam contemplados, observa-se certo grau de dependência da SEMSA na agenda temática. Diante disso, para o desenvolvimento das práticas educativas, as temáticas explorados foram programadas principalmente no calendário anual preestabelecido pela Secretaria de Saúde afinadas com as campanhas solicitadas pelo Ministério da Saúde e nas demandas do território.

“[...]as campanhas feitas[...], hanseníase, TB, HIV, doenças sexualmente transmissíveis[...]” (Orquídea)

“[...]mês de março a gente vai trabalhar a questão do controle da tuberculose, [...] mês de abril tem a hipertensão, mês de novembro tem diabetes, mês de agosto tem aleitamento materno, dezembro tem DST/ AIDS [...], são demandas mesmo da secretaria, do distrito [...]” (Vitória Régia)

Dados advindos do diário de campo informam certo desconforto das enfermeiras na ênfase dada pela instância superior no cumprimento da agenda nacional, norteadas por calendário e campanhas que impulsionam movimentos sociais, sobrepondo-se as necessidades detectadas pelas enfermeiras no seu território de atuação.

As campanhas de saúde, ações de promoção a saúde e de prevenção de doenças, são agendadas para um mês específico e caracterizadas por cores de laços de fitas como mostra o Quadro 3.

Quadro 3 – Campanhas Publicitárias do Ministério da Saúde relacionadas aos meses, cores de laços e temas.

Mês	Cores de laços	Temas
Fevereiro	Roxo	Lúpus, Fibromialgia, Mal de Alzheimer;
Abril	Quebra-cabeça	Autismo
Maio	Amarelo e vermelho	Hepatite
Junho	Laranja	Anemia e leucemia
Julho	Amarelo	Câncer ósseo
Setembro	Verde	Campanha de doação de órgão
Outubro	Rosa	Câncer de mama
Novembro	Azul	Câncer de próstata, diabetes
Dezembro	Vermelho	AIDS

Fonte: Adaptado de Brasil (2017)

Algumas campanhas, não relacionadas a um mês ou cores de laços específicos, possuem temáticas com ênfase na promoção a saúde, prevenção de doenças e comportamentos sociais (BRASIL, 2017), como exemplos temos: Combate à Sífilis Congênita, Mosquito Não,

Amamentação, #MostreAtitude: sem o cigarro, sua vida ganha mais saúde, Campanha Contra Malária, Vacinação contra influenza; Campanha Contra Hanseníase nas Escolas.

Algumas enfermeiras também norteiam suas práticas educativas fundamentadas nas demandas da população adstrita e na sua própria observação como profissional, conforme apresentada na fala a seguir:

“Eu pergunto delas sobre o que elas gostariam que fosse conversado [...] e eu também vejo o que está faltando nelas.” (Bromélia)

Isto posto, compreende-se que a atenção na escolha dos assuntos tratados nas práticas educação em saúde, pode ser fundamentada nas problemáticas apresentadas pelos indivíduos inseridos na localidade, essa abordagem exige das enfermeiras comportamento crítico-reflexivo sobre as condições socioculturais da sua clientela, rompendo com a educação alicerçada no Modelo Tradicional de Educação em Saúde. Também denota o compromisso que profissional tem ao assumir a responsabilidade pela saúde das populações de seu território. Figueiredo et al. (2010) afirmam que, a educação é tida como uma solução de problemas, resultante na interação e do diálogo entre educandos e educadores. A educação em saúde é um dos meios utilizados para elucidar a realidade, em busca de uma melhor qualidade de vida (FREIRE, 2005).

Porém, a educação tradicional ainda persiste na prática dos profissionais de saúde.

“[...] na hora do atendimento, é fazer a nossa palestra, a nossa orientação, é mais fácil[...] Quando a gente tem alguma coisa pra demonstrar, a gente demonstra.” (Jasmim)

A prática educativa se dá de modo individual durante a consulta ou prática coletiva nos espaços internos da unidade, nas duas formas, a educação formal pode ser apresentada através de palestras, afirmada pela enfermeira com um método de educação em saúde mais simples. A palestra é realizada especialmente quando não existe uma apreciação socioeconômica e cultura regionalizada, e é por vezes ancorada na concepção “bancária” do Modelo Tradicional de Educação, ou seja, o educador impõe conhecimentos e informações sem considerar o outro, que permanece passivo ante o que é repassado (FIGUEIREDO *et al.*, 2010) (FREIRE, 2005).

As enfermeiras consideraram que a educação em saúde deve ser feita continuamente.

“[...] todo momento junto ao comunitário, é oportunidade para fazer educação em saúde”. (Orquídea)

Neste fragmento percebe-se não haver um momento específico para a realização da educação em saúde, reafirmada a característica ininterrupta do processo de educação,

garantindo por meio dela, a adesão da população nas demais atividades assistenciais, como realização de exames e tratamentos.

Perguntadas sobre os materiais e instrumentos para a execução das atividades educativas, as enfermeiras utilizam para o desenvolvimento da educação em saúde materiais facilitadores de informações, disponibilizados pela Secretaria de Saúde, como: impressos, peças anatômicas e equipamentos audiovisuais.

“Pra comunidade a gente usa todo o material de trabalho também fornecido pelo Ministério da Saúde e pela secretaria municipal de saúde, temos os folders, temos as cartilhas, temos o material didático, também temos o material de fantoches, temos para a parte profilática dentária [...]. Aqui é bem rica, eu posso dizer que a maioria das coisas tem[...]” (Bromélia)

O discurso aponta que parte dos materiais e instrumentos são concedidos para as UBS através dos DISA, porém as enfermeiras o utilizam, especialmente, durante seu atendimento no consultório, ou como complementação de informações em um agir educativo coletivo. Ainda assim, para alguns enfermeiros, na prática da educação em saúde, permanece a ideia de somente utilizar os materiais confeccionados pelo Ministério da Saúde.

“[...]Panfletos, a gente tem banners, e também aqueles cartazes, só.” (Jasmim)

Os materiais disponibilizados para as UBS também devem nortear os discursos e práticas dos profissionais de saúde, porém, os enfermeiros devem relacionar os recursos educacionais acessíveis aos objetivos proposto nas práticas nos serviços, para isso deverão compreender as prioridades do comunitário (ASSUNÇÃO *et al.*, 2013).

“[...] o Ministério da Saúde pede que elas [as gestantes] participem de três atividades educativas, então a gente resgatou isso aqui [...]” (Bromélia)

Os profissionais também tornam-se produtores dos seus próprios recursos educativos, lançando mão de materiais recicláveis e reaproveitados por longos períodos, financiados pela própria equipe multiprofissional, tais como, tecidos, garrafas de plástico e de vidro.

“[...]a gente usa também o computador, uma apresentação em slide, data show, a gente usa, mas não é o primeiro recurso[...] tudo que tu imaginares, garrafa pet, potinho, vasilho, tnt[...]” (Girassol)

Quando não há um informativo produzido pelo Ministério da Saúde, as enfermeiras deveriam ter condições estruturais e capacidade de produção do seu próprio material, providenciados pela própria instância superior. Nessa situação, para a confecção do próprio

material lhes é exigido criatividade, tempo disponível e participação de outros integrantes da equipe.

“[...] naquele momento não tinha folder da secretaria pra isso, então a gente [...] fez um informativo.” (Girassol)

Compreende-se que a elaboração dos materiais e instrumentos requer a participação da equipe de saúde, para tal, a enfermeira deve proporcionar a troca de saberes, explorando o potencial imaginativo, criativo e habilidades individuais dos profissionais. Ressalta-se a mudança de postura da enfermagem ao longo dos anos, apropriando-se de outras áreas do conhecimentos.

Na percepção das enfermeiras no desenvolvimento das práticas educativas, as relações humanas se sobrepõem ao material instrucional disponível.

“[...]o mais importante é o material humano, é o olho no olho, é o conversar, é o ouvir [...] O que a gente mais precisa é de boa vontade, compartilhamento, parcerias, disso que a gente precisa. Porque qualquer coisa pode virar um instrumento de educação.” (Vitória Régia)

Entende-se por essa ótica que o intangível, manipulado conscientemente, pode se constituir também como um forte instrumento de trabalho educativo. Corroborando com essa afirmação, Assunção *et al.* (2013) afirmam que o enfermeiro, ao assumir o seu perfil educador, poderá ele mesmo ser um instrumento de educação, dessa forma, as ferramentas educacionais utilizadas são condicionadas a metodologia utilizada.

O Modelo Dialógico de Educação em Saúde, como proposta para executar a dimensão do trabalho educar, pode ser empregado tanto na educação individual, quanto coletiva. Exigindo competência dos profissionais envolvidos.

“Eu gosto de trabalhar com um grupo específico ou grupo bem diverso, eu gosto de trabalhar em rodas de conversa, trabalhando na comunidade[...].” (Vitória Régia)

As estratégias mencionadas para desenvolvimento da metodologia dialógica foram: grupos e rodas de conversa. Tais estratégias permitem o estabelecimento do compartilhamento de visões de mundo e informações, de troca de saberes e do exercício do respeito às diferenças.

Para obter adesão da comunidade, aproximando-se da realidade social e facilitando o vínculo de confiança entre profissionais e o público alvo, as enfermeiras se utilizam de músicas, ambiência temática, apresentações teatrais, brincadeiras e caminhadas.

Em algumas unidades observou-se que o comparecimento da população nas atividades educativas uma prática se davam através de agendamentos e convites:

“[...]existem outras coisas que a gente corre atrás[...] pra uma programação ficar mais lúdica[...], mais dinâmica, mais interessante, a gente procura fazer pequenas dramatizações e a gente procura fazer caminhada[...].” (Bromélia)

Verifica-se nesta fala que as práticas educativas também se dão através de atividades recreativas e dramatização. A representação teatral, a partir do lúdico, representa uma modalidade criativa de comunicação, expressão e aprendizado. Anastasiou e Alves (2012) descrevem que a representação teatral é geralmente indicada para momentos de mobilização social e de síntese, segundo essas mesmas autoras a dramatização como uma forma de representação teatral, é uma estratégia de ensino que possibilita o desenvolvimento da empatia do grupo, estimula a criatividade, imaginação, desinibição e liberdade de expressão do grupo, por estimular a imaginação.

Também foram referidas caminhadas com estímulo para hábitos de vida saudáveis. Costa *et al.* (2013), reconhecem a educação em saúde como meio de alcançar hábitos de vida saudáveis, principalmente quando incurso no contexto sociocultural local.

Em outras atividades foram referidas como estratégias para adesão as práticas educativas a distribuição de lanches e brindes.

“[...]bingo pra mães que foi antes da distribuição das comidinhas e dos brinquedos, então a gente usa assim todos tipo de coisa que tu imaginares de artifício pra atrair as pessoas[...].” (Girassol)

A fala remete para os meios utilizados na adesão do público alvo durante as práticas educativas, ressaltando o estímulo resposta das pessoas em adquirir brindes, sem destacar o saber e a modificação do comportamento mediante o conhecimento proporcionado. Essa concepção é conhecida como pedagogia do condicionamento.

A pedagogia do condicionamento, influenciada pelas teorias behavioristas da aprendizagem, enfatiza os resultados comportamentais, concentra-se no manuseio de estímulos e recompensas, acostumando o grupo a manifestar respostas desejadas pelo educador, sem ressaltar a importância o processo educativo e o conhecimento. Essa pedagogia também é retratada quando é destacada a obtenção de objetivos preestabelecidos adversos ao desenvolvimento do indivíduo e da sociedade (BORDENAVE, 1999).

Ao descreverem um prática de educação em saúde, as enfermeiras relataram as ações executadas através dos programas de saúde na atenção básica, como o Programa de Saúde na Escola (PSE) e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher.

O Programa Saúde na Escola- PSE foi tema recorrente no discurso das práticas educativas das enfermeiras:

“[...] então eu posso te dar o exemplo dessas ações que a gente está fazendo na escola, é um ponta pé inicial para as ações do PSE [...]” (Vitória Régia)

A observação participante evidenciou que a prática de educação em saúde junto ao PSE, inicialmente sugerida pelo gestor educacional como uma palestra sobre as doenças causadas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, foi realizada pela enfermeira como uma roda de conversa com grupos de alunos. Tal postura denota a preocupação da enfermeira em abordar um tema utilizando uma estratégia com maior possibilidade de sucesso, haja vista o grupo etário para quem a ação foi destinada.

Embora as ações do PSE tenham sido estabelecidas através de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e de Educação pelo Decreto Presidencial nº6.286/2007, os enfermeiros trabalhavam a saúde na escola desde o modelo de saúde sanitaria, o PSE propõe articular a Rede Básica de Saúde com as Escolas, como uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2016).

O PSE tem como propostas: estimular o desenvolvimento de ações na escola que visem à prática e a conservação da saúde como bem-estar social e cultural; identificar e prevenir os problemas e riscos para a saúde, que dificultam o processo de aprendizagem; contribuir para que a escola e a comunidade em que está inserida se tornem ambientes que favoreçam ao desenvolvimento físico, mental e social dos escolares; incentivar a participação de todos aqueles que compõem a unidade escolar e a sociedade em geral na melhoria da saúde como um todo (BRASIL, 2010).

Como estratégias para as práticas educativas do PSE, as enfermeiras utilizaram as palestras para os pais, alunos e professores, organizaram e desenvolveram passeatas com banda escolar pelas ruas adjacentes a escola, formaram grupos estudantis para vigilância de boas práticas de saúde, realizaram rodas de conversas, dramatizações, adaptaram músicas, confeccionaram vídeos e faixas alusivas aos temas trabalhados. Silva *et al.* (2014) afirmam que para a construção da cidadania e da autonomia dos indivíduos, a saúde no cenário da escola,

deve superar as consultas e atendimentos individuais. Porém, na análise das entrevistas e das observações não foram mencionados pais e alunos como desencadeadores desse processo.

Ainda diante da proposta da prática de educação na escola, algumas enfermeiras verbalizaram limitações para essa ação centrada nas necessidades biológicas dos indivíduos, direcionadas a identificação de riscos, uma das metas estabelecidas pelo programa.

“[...] E ainda tem um detalhe que é muito importante que é o PSE [...], que eu tenho que dar conta da saúde visual, da questão da obesidade, do IMC [...], da hanseníase e da geometíase [...]” (Orquídea)

Essa concepção reflete a operacionalização das atividades, como o exame do estado de saúde ressaltando a acuidade visual, antropometria e inspeção cutânea. A ausência de um olhar holístico do enfermeiro, fragiliza o desenvolvimento da ação educativa e da participação política dos profissionais de saúde e de educação, pais e alunos. Dados da observação informam que tanto as enfermeiras como professores pautam algumas de suas ações fundamentadas nas ideias higienistas e sem discutir os hábitos de vida saudável, a exemplo, escovação dentária e o banho.

Silva *et al.* (2014, p.617) mostram resultados semelhantes em algumas práticas de saúde investigadas, nas quais a educação em saúde configura-se com caráter higienista com foco na mudança do comportamento. Ressaltam a necessidade de uma escola como um espaço para a “construção de valores, crenças, conceitos e maneiras de conhecer e viver a vida e os significados atribuídos a objetos e situações”.

A prática da educação em saúde também foi referida como meio de desenvolver alguns programas de saúde, como a Saúde da Mulher, nos quesitos: Planejamento Familiar (PLAFAM), Pré Natal e Preventivo do Câncer do Colo do Útero (PCCU).

“Eu vou falar da gestante, [...] hoje você observa que elas vêm por conta própria, [...] elas já querem saber onde, e quando vai ter a próxima [reunião]. [...] Eu pergunto delas o que elas gostariam que fosse conversado [...], eu já trabalho em cima do que elas me despertaram como curiosidade [...]” (Bromélia)

A enfermeira ao discorrer sobre sua prática educativa, demonstrava satisfação com os objetivos alcançados ao serem dialogados conteúdos e atividades que atendiam as necessidades do grupo, e em alguns momentos eram solicitações das grávidas que participavam da educação. Essa compreensão assemelha-se com as características da educação popular em saúde, a qual Amaral *et al.* (2014) reconhecem os problemas de saúde mediante o diálogo com as classes populares, o respeito às suas culturas e o reconhecimento dos seus saberes como válidos.

Referido no discurso das enfermeiras o conhecimento popular sobre o qual constroem outros saberes: historicamente o saber sobre as doenças que remete para os determinantes biológicos e as mazelas sociais que remetem para a determinação social da saúde (DSS).

“A gente sabe que existe uma sabedoria popular, que existe conhecimento popular e que as pessoas têm o conhecimento disso, [...] a partir desse conhecimento que a gente conversa, que a gente fala sobre as doenças, sobre as mazelas sociais, fala sobre outras coisas [...]” (Vitória Régia)

A articulação entre os aspectos biológicos e sociais que influenciam o processo de saúde e doença está implicada no conceito dos DSS, que considera os fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nessa perspectiva, ao ser considerado o conhecimento dos indivíduos sobre a sua condição de saúde e seu entendimento sobre os problemas sociais vivenciados, respeitando a diversidade cultural e de ideias, a educação tem por objetivo a busca do sujeito pelo desenvolvimento da consciência sobre seu contexto biopsicossocial. Para tal, o enfermeiro ao assumir o seu potencial político, amparado pela educação como uma prática dialógica, contribuirá para a construção da autonomia, cidadania e reflexão crítica dos profissionais e da população.

“São pessoas diferentes, são famílias diferentes, são valores diferentes e você tem que respeitar[...] Tem que explicar pra ele, pra que aquilo tome um sentido na vida do paciente, se não tiver sentido pra ele eu te garanto que ele não vai fazer [...]” (Girassol)

A fala reforça o papel educador e politizador do enfermeiro, destacando sua função como agente transformador da saúde e de criticidade do indivíduo/comunidade. A prática da educação em saúde se dá através da possibilidade de construir e reconstruir experiências e conhecimentos, não apenas para adaptar ao meio, mas acima de tudo para transformar a realidade e exercer a cidadania, dessa forma o enfermeiro deve ter um compromisso político, com o enfrentamento e a superação dos determinantes sociais, para então estabelecer uma educação dialógica (FREIRE, 2004).

No contexto das práticas de educação em saúde na ESF, aborda-se os avanços sob a ótica das enfermeiras. Desse modo, emergiram a educação dialógica, o acesso ao contexto familiar e a valorização das medidas de prevenção de riscos e de doenças.

Os resultados obtidos diante da educação dialógica foram reconhecidos como questão facilitadora no processo da educação em saúde.

“[...] quando eu vejo o retorno das pessoas, olha aquilo ali é o certo, [...] que bom que isso aqui mudou, e agora ficou mais prático, ficou mais dinâmico, então tem esse resultado satisfatório[...].” (Bromélia)

Diante da importância da educação dialógica, com intuito de alcançar um desfecho benéfico para os indivíduos, ressaltou-se o seu caráter contínuo e dinâmico, resultando na melhor compreensão da população atendida concernente as orientações trabalhadas. Dias e Lopes (2013) também identificaram como ponto facilitador o desenvolvimento da educação em saúde com base na dialogicidade, ao trazer a realidade da comunidade para o contexto das atividades educativas, associando os saberes científicos e da população.

A aproximação do profissional com o contexto familiar foi uma questão relacionada aos avanços da educação em saúde.

“[...] às vezes você vai numa casa e tem pessoas com problemas [...], reúne toda a família, e conversa com todo mundo [...].” (Girassol)

A atenção domiciliar é representada nessa fala como um espaço para educação em saúde, no qual se destaca a relevância das orientações educativas que podem ser compartilhadas por toda a família. Tal postura vai ao encontro das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde direcionadas ao paciente, cuidadores e familiares, concentradas na atenção domiciliar (BRASIL, 2012).

Segundo Vasconcelos (1989), a educação em saúde só poderá ser entendida numa perspectiva dialógica, de intercâmbio entre os saberes científico e da população, considerando a reciprocidade do ensino e da aprendizagem.

Lacerda *et al.* (2006) evidenciaram que o atendimento domiciliar, associa as ações assistenciais e educativas, no qual os profissionais de saúde podem fornecer subsídios educativos que contemplam as políticas públicas de saúde para a constituição da autonomia dos sujeitos. Ademais a educação em saúde no contexto familiar possibilita a compreensão dos profissionais sobre a realidade das famílias e do território onde estão inseridas.

A procura da população pela prevenção de riscos e doenças foi referida como avanço das práticas de educação em saúde.

“[...] até melhorou o fluxo de pessoas na unidade pra prevenção, não só pessoas já doentes [...].” (Girassol)

A educação em saúde é apreciada pela enfermeira como um dos dispositivos para possibilitar a prevenção de doenças, embora seja ponderada a amplitude das práticas. Oliveira e Santos (2011) apontaram a prevenção como uma vertente da educação em saúde visando melhores condições de vida e saúde da população assistida.

Casarin e Piccoli (2011) ressaltam que a garantia do acesso ao atendimento básico e a cobertura dos serviços de saúde, associadas a educação em saúde, asseguram efetivamente a prevenção de riscos e doenças.

Perguntadas sobre os limites e dificuldades das práticas educativas, as enfermeiras relataram o espaço físico das unidades, a distância da área de abrangência, a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, o perfil inadequado do profissional e a diversidade de cultural da população.

O espaço físico das Unidades Básicas de Saúde foi apontado pelas enfermeiras como limitador das práticas de saúde, devido a ausência de um espaço físico específico para as práticas educativas coletivas e ausência de privacidade para a clientela, uma vez que os espaços físicos são compartilhados simultaneamente.

“[...] o único espaço físico que nós temos pra trabalhar educação em saúde é lá na escola.” (Vitória Régia)

Ao confrontarmos as características físicas das unidades estudadas e os resultados desvelados sobre o *locus* das práticas educativas, compreende-se através desta fala o comprometimento das atividades educativas no espaço interno das unidades. A observação participante evidenciou a escola como melhor espaço para a prática educativa por dispor de uma sala e auditórios disponíveis para essa ação, dotadas de recursos necessários para o acolhimento da clientela, a exemplo, cadeiras, televisão e microfone.

Observou-se ainda que a prática da educação em saúde individual, também foi considerada limitada, por causa do compartilhamento do espaço pelos demais profissionais da equipe e da população adstrita.

Moutinho *et al.* (2014) corroboram com esse achado, ao investigar a Estratégia Saúde da Família ressaltam a precária infraestrutura física das unidades básicas, declarada como uma das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para desenvolver sua prática educativa, bem como todo o seu processo de trabalho. A estrutura física das unidades também foi mencionada como limite por Jesus *et al.* (2008), a qual interfere na realização da prática de educação em saúde.

Além do espaço físico da unidade, a distância da área de abrangência foi relacionada como fator limitante, considerada longe da unidade, dificultando o acesso aos espaços sociais da comunidade.

“[...] aqui é a distância [...]” (Jasmim)

A fala emerge de uma unidade localizada na área rural, situação que também se repete em unidades que hospedam até três equipes da ESF. Remete para a distância a ser percorrida tanto pelos profissionais na execução das suas atividades, como pela população do território na busca pelo seu atendimento; o limite apresentado além de fragilizar o vínculo entre equipe e comunidade, também empobrece o conhecimento sobre a população sob seus cuidados uma vez que delega essa tarefa para outros membros da equipe. Roecker *et al.* (2012) também elenca a extensa área de abrangência da UBS como dificuldade, em razão da acessibilidade comprometida da equipe e dos usuários ao local da realização da ação educativa.

Salci *et al.* (2013) evidenciam que a Estratégia de Saúde da Família, institui-se em um contexto de atenção à saúde que atua na área de abrangência da população adstrita, requerendo dos enfermeiros o conhecimento desta população e da especificidade cultural local. Portanto, faz-se necessário que os profissionais tenham condições logísticas para atender as necessidades dos moradores, a fim de potencializar suas práticas educativas em saúde.

A sobrecarga de trabalho também foi apresentada como dificuldade para a concretização do trabalho educativo do enfermeiro, haja vista a demanda do atendimento da unidade e visita domiciliar como sua atribuição.

“Os indicadores que eu tenho que alcançar [...], a meta muito alta de consultas, [...] ou alcanço os indicadores ou eu vou pra comunidade.”
(Orquídea)

O diário de campo informa que o tempo utilizado numa visita domiciliar é muito superior ao tempo da realização da consulta de enfermagem, dado o deslocamento até o domicílio. Isto possibilita inferir que o enfermeiro pode direcionar o seu processo de trabalho para o espaço interno da UBS e assim alcançar com menos dificuldade algumas das metas estabelecidas, a exemplo da consulta de enfermagem. A observação participante revelou que a gestão centraliza-se no enfermeiro em quatro UBS, diferindo da estrutura organizacional da UBS Ampliada, onde possui a figura do diretor e de dois agentes administrativos, que respondem pela direção da unidade e parte das atividades burocráticas.

A dificuldade na articulação das atividades do processo de trabalho, com destaque a dimensão administrar, por consumir muito tempo com anotações, consolidação de metas,

levantamentos estatísticos, dentre outras. Jesus *et al.* (2008) apontam a grande demanda de serviços e a elevada atividade burocrática na ESF como dificuldades para realizar práticas de educação em saúde, sendo gradualmente exigida dos enfermeiros uma maior produtividade de atendimentos individuais, limitando suas disponibilidades para atividades educativas.

As enfermeiras também enfatizaram como limite, o perfil do profissional que não se encontra condizente com os objetivos propostos pela ESF.

“O limite é a vontade de cada um, entendeu? [...]” (Bromélia)

A fala denota a inadequação do perfil do enfermeiro para a atuação na ESF, com prejuízos no desenvolvimento das práticas educativas. Segundo Vasconcelos o espaço da atenção básica, compreendido aí a ESF, constitui-se em um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Roecker *et al.* (2012) também apresentaram em seus estudos a falta do perfil dos profissionais na perspectiva da ESF, como uma dificuldade para a realização do processo de trabalho nesse contexto, nele inserido as práticas educativas.

Ainda sobre os limites, foi ressaltada a diversidade sociocultural, o que pode justificar a resistência da população na aceitação das práticas educativas uma vez que demandam mudança de comportamento.

“A gente bate muito [conflito] com as tradições.” (Orquídea)

“Acho que esbarra muito no preconceito das pessoas, [...]ela esbarra na falta de conhecimento, [...] a educação em saúde esbarra em conceitos até distorcidos ou então em tabus, em tradições também, tem que ter cuidado com a religião.” (Girassol)

Roecker *et al.* (2012) também ressaltaram a dificuldade relacionada ao grau de entendimento dos usuários referente ao que é difundido por meio de orientações, evidenciando a resistência na aceitação e adesão às atividades educativas.

Quanto as melhorias/avanços para o desenvolvimento da educação em saúde foram citadas pelas enfermeiras aumentar o tempo disponível na área de abrangência, otimizar as condições de trabalho e a promover a educação permanente dos profissionais.

A fala a seguir faz menção ao tempo destinado para o desenvolvimento da educação em saúde:

“[...]aumentar o tempo do enfermeiro na área de abrangência[...]” (Orquídea)

A fala emerge de uma UBS tipo módulo, que como já referido hospeda até três equipes de ESF, e isto faz com que algumas famílias residam mais distantes da UBS, tornando o acesso entre os profissionais e as famílias mais difícil. Nesse sentido, a fala da enfermeira considera que estar por mais tempo na área no território, melhoraria o desenvolvimento das práticas de educação em saúde, uma vez que aproximaria mais profissionais de saúde e a população e subsidiaria mais os profissionais sob o cotidiano dessas populações.

Ainda sobre as melhorias/avanços para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde, foram referidas condições adversas que interferem em todas as ações do processo de trabalho do enfermeiro.

“[...] Pensar mais no profissional, por que o profissional está num processo de adoecimento[...].” (Girassol)

“[...]o profissional tem que ter estrutura física, emocional pra executar o serviço dele, não tem que sofrer ameaças, não tem que sofrer pressão[...].” (Bromélia)

As condições de trabalho foram citadas como fator influenciador para o adoecimento dos enfermeiros da ESF. O diário de campo registra falta de segurança nas UBS para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, particularmente da educação em saúde em que os profissionais necessitam se expor em ambientes externos a unidade de saúde. Tais situações geram na opinião do profissionais o adoecimento.

“[...] a qualquer momento pode entrar alguém aqui e anunciar um assalto, não tem segurança, nem guarda municipal, passa uma viatura a cada semana aqui[...].” (Girassol)

E por fim, as enfermeiras referiram a necessidade de capacitação e adoção de metodologias que possibilitem a população construir sua autonomia.

“[...]os profissionais da saúde precisam de ferramentas, instrumentalizar [...], como as práticas[metodologias] ativas, utilizar grupos de conversa [...], como PBL.” (Vitória Régia)

A referência às ferramentas para realização das práticas educativas remete para a necessidade do profissional capacitar-se para essa prática. As ferramentas, expressas no uso de estratégias do campo da educação exigem do profissional conhecimentos teóricos e práticos no manejo com grupos.

Perguntadas sobre como analisam suas práticas educativas, as enfermeiras as consideraram como: exitosas, insatisfatórias e dificultosas.

“Eu avalio como um sucesso positivo para ambas as partes, ambas quem? Pra quem está recebendo, quanto pra quem está orientando” (Bromélia)

A fala expressa o êxito que o profissional tem ao fundamentar sua prática de educação em saúde no dialogo ressaltando ser um ganho tanto para profissionais como para a população através de uma relação horizontalizada sendo necessária para transformação tanto na saúde dos indivíduos como para questões sociais e políticas. Roecker et al (2013), consideram que as estratégias educativas que propiciam o dialogo tem se mostrado efetivas e refletem positivamente tanto nos profissionais como na população.

“[...]A gente não tá atingindo aquilo que a gente deseja, entendeu? Não sei se a gente que não tá sabendo levar, ou se é a pessoa que não tá sabendo receber. Não sei te dizer.” (Jasmim)

A fala remete para o sentimento de impotência dos profissionais sobre causas que eles não conseguem detectar. Tal sentimento refere-se a postura da população e ao seu próprio desempenho no desenvolvimento das práticas educativas. Esses desencontros podem estar relacionados aos “instrumentos” referidos por Sanna (2007), como um dos componentes da dimensão educar: teorias, métodos e recursos de ensino- aprendizagem.

Ao longo da pesquisa observou-se uma prática educativa pouco fundamentada do ponto de vista do domínio das teorias da educação, das estratégias e recursos de ensino. Nos associamos aos pensadores que dizem que o educador não precisa ser um pedagogo, mas é necessário que tenha conhecimentos mínimos sobre o campo da educação a fim contribuir para a autonomia das pessoas. Por outro lado a educação em saúde não pode ser entendida como “salvadora da pátria”. Para que a população coloque em prática as orientações compartilhadas pelos profissionais é necessário que o Estado ofereça as condições básicas para tal.

As enfermeiras também mencionaram como dificultosas as suas práticas educativas fazendo assim entender que o trabalho é centrado dentro das UBS e o que dificulta sua aproximação com a população do território.

“[...] essa dificuldade de sair pra comunidade, de ter esse vínculo com a comunidade, nos impede de fazer o trabalho maior de prevenção[...].” (Orquídea)

Ao se inserir em espaços dentro da comunidade o enfermeiro tem a oportunidade de conhecer as reais condições de vida e saúde da população o que lhe permite ajustar suas orientações o mais próximo possível dessa realidade, obtendo maior êxito tanto para si como para a população.

As enfermeiras que avaliaram suas atividades com insatisfatórias e dificultosas foram as que apresentaram na construção do perfil profissional, menores jornadas semanais de trabalho, 30h, referindo o pouco tempo disponível para a educação coletiva.

4.4 A TRANSVERSALIDADE DA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NA PRÁTICA EDUCATIVA DO ENFERMEIRO

A participação política foi investigada como transversal à dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro, sem ignorar que ela está presente também nas demais dimensões: assistir, administrar e pesquisar (SANNA, 2007). Considerando seu caráter transversal, buscou-se de forma intencional captar sua presença sem elaborar perguntas para essa dimensão. Os dados foram advindos das entrevistas e da observação participante, fazendo-se como em todo o estudo sua triangulação.

Retomando-se o conceito segundo Grosselli e Mezzaroba (2011), sobre a participação política, temos:

“Caracteriza-se pelas ações coletivas ou individuais, de apoio ou de pressão, que são direcionadas a selecionar governos e a influenciar as decisões tomadas por eles. **Trata-se de uma participação ativa dos cidadãos nos processos políticos, sociais e comunitários e tem como objetivo influenciar as decisões que contemplem os interesses coletivos e o exercício da cidadania** (GROSSELLI E MEZZAROBA, 2011, p. 7128, grifo nosso)”

Neste estudo a participação política foi considerada como a atuação das enfermeiras nos processos políticos, sociais e comunitários, com objetivo de contribuir para a autonomia e construção da cidadania, pela via da educação das populações nos territórios de atuação. Tal compreensão encontra-se alinhada com os pressupostos de Sanna (2007), para quem os agentes da participação política são os profissionais de enfermagem e outros atores sociais com quem se relacionam, compreendidos aí a população.

A análise da participação política emergiu a partir da construção do perfil do enfermeiro, quando a referiram no Conselho Municipal de Saúde, Conselho Local de Saúde, Associação Brasileira de Enfermagem, Conselho de Ética Distrital e igrejas. Conjecturando-se que tais grupos têm o potencial de desenvolver a consciência política, pode-se dizer que essa participação tem o potencial de beneficiar a prática educativa do enfermeiro.

Sanna (2007) apresenta um corpo teórico para caracterizar os componentes do processo de trabalho, dentre eles, a participação política definindo como objeto a força de trabalho em

enfermagem e sua representatividade; como agente os profissionais de enfermagem e outros atores sociais com quem se relacionam; os instrumentos são os conhecimentos de Filosofia, Sociologia, Economia, História e Ciência Política; argumentação, diálogo, pressão política, manifestação pública e rompimento de contratos; como finalidade encontra-se a conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho; como método verifica-se a negociação e o conflito; e os produtos do processo de trabalho são o poder, reconhecimento social e conquista de condições favoráveis para operar os processos de trabalho.

Segundo Dallari (1991), a participação política pode ser individual, coletiva, eventual e organizada. Baseada nessa afirmativa a observação participante mostrou por intermédio da triangulação dos dados a participação política nas práticas educativas das enfermeiras.

Ao final da entrevista foi perguntado às enfermeiras se gostariam de complementar alguma resposta, emergindo questões relacionadas as condições de trabalho nas UBS e a participação política.

A participação política é intrínseca ao indivíduo. O discurso a seguir evidencia sua origem.

“É o enfoque político, aliás nós somos seres políticos, a gente não pode se abster da política. A política realmente, ela é bonita, ela é maravilhosa, ela é vista como politicagem né, as pessoas... “Ah! Eu não quero político, é politicagem...””, mas se você pensar o que significa política, significa ser entendido, ser social, o ser que entende dos direitos, entende dos deveres, então a política abrange uma “multitude” de ações e de entendimentos. Então nossa obrigação como seres políticos, como enfermeiros, discutida não é? Sempre se fala uma coisa interessante, que nós somos formadores de opiniões, qualquer pessoa pode ser formadora de opinião [...]” (Vitória Régia)

Conforme Dallari (1991), o primeiro momento de participação política se dá na consciência do indivíduo. A enfermeira ao se reconhecer como ser político nega a possibilidade do indivíduo de “*se abster da política*”. Dallari (1991) considera que a omissão traz como consequência para a piora dos problemas sociais. O discurso também remete para a responsabilidade e compromisso do profissional, expresso nos direitos e deveres que fundamentam a cidadania; exprime ainda o reconhecimento que os profissionais de saúde usufruem perante a sociedade. Nesse sentido, Grosselli e Mezzaroba (2011) informam que ao desenvolver um conhecimento político, a participação pode interferir diretamente na capacidade de influenciar o processo decisório dos demais envolvidos nos processos sociais e comunitários.

O exercício da participação política, segundo Sanna (2007), exige um corpo de conhecimentos fundamentados nas ciências sociais e filosóficas que dêem suporte a

questionamentos, diálogo, pressão política, reivindicações e rompimento de contratos, A participação política é exercida tanto em ambientes formais quanto em ambientes informais, e alterna-se entre a negociação e conflito.

Perguntadas sobre como era o seu trabalho na UBS, a participação política das enfermeiras emergiu na referência as parcerias com outros segmentos existentes no território de atuação.

“[...]Também temos a parte que envolve a atividade educativa, que não é feito somente interno, é feito fora porque temos as parcerias, como já havia falado, parceria com escola, parceria com Centro Social da família, parceria com os nossos comércios, parceria com algumas empresas[...]” (Bromélia)

Aqui se tem a participação política, caracterizada por Dallari (1991), como coletiva, uma vez que pelo estabelecimento das parcerias referidas, realizadas fora do espaço da UBS e em espaços informais. Considera-se que a participação individual do enfermeiro também esteja presente nesse processo, uma vez que esta pode ser desenvolvida em qualquer situação que oportunize a conscientização dos demais indivíduos em prol de objetivos comuns, com ênfase na construção de uma visão crítica e reflexiva.

Ademais, quando analisadas as atribuições dos profissionais que compõem a equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família, instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, verifica-se a presença dos atributos da participação política: promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2011).

Evidencia-se a postura diferenciada de alguns profissionais, denotando avanços na esfera política, por meio das relações com a população adstrita, nas quais observa-se a participação da comunidade nas tomadas de decisões, a intersetorialidade dos espaços sociais e a realização das atividades com prioridade nas demandas locais, como forma de aprimorar a autonomia dos indivíduos e alicerçar a cidadania.

À vista disso, entende-se que os profissionais de saúde tem o dever de participar da vida social local, procurando mediar a tomada de decisão da comunidade. Dallari (1991) afirma que os interesses fundamentais dos indivíduos ou de grupos, são dilemas de todo o coletivo, e suas consequências são referentes ao campo político, ou seja, os efeitos produzidos pela decisão de um indivíduo produz efeito, em variados níveis, para o conjunto da sociedade.

Ainda que nas atribuições gerais da equipe a participação política esteja contemplada, observa-se sua ausência nas atribuições específicas do enfermeiro na ESF, regulamentada pela portaria supracitada, sendo contempladas apenas as atividades das dimensões gerencial, assistencial e educativa.

Retomando a participação política organizada citada por Dallari, tem-se a participação do enfermeiro em órgão de classe, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. A participação organizada é necessária para atingir objetivos gerais, indispensável para as profissões que visem melhorias dentro do contexto social.

A ABEn é reconhecida como um dos espaços organizados e destinados para a participação política dos enfermeiros. Sanna (2007) considera como objeto da participação política “a força de trabalho em enfermagem e sua representatividade”, aqui consolidado na ABEn.

As finalidades da ABEn (BRASIL, 1997), assim reiteram: promover o desenvolvimento profissional dos associados; promover o interrelacionamento com associações congêneres, nacionais, estrangeiras e internacionais, visando o aprimoramento e a divulgação da enfermagem brasileira; colaborar com as autoridades governamentais, principalmente de educação e saúde, na solução dos problemas afetos à enfermagem; colaborar com órgãos oficiais de enfermagem na defesa dos interesses da profissão zelar pelos direitos e interesses dos associados.

Na efetivação da participação política organizativa, através do processo de trabalho, reforça a natureza política do enfermeiro, ao considerar a finalidade da dimensão Participar Politicamente, como conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho, e o seu produto final como o poder, reconhecimento social e conquista de condições favoráveis para operar os processos de trabalho (SANNA, 2007).

Desse modo, compreende-se que a ABEN como entidade com cunho político e educacional dentro do seu escopo organizativo, com perspectivas para o desenvolvimento cultural, social, científico e político da profissão possibilita a participação social e política do enfermeiros mais efetiva.

A participação política eventual, referida por Dallari (1991) como um modo excepcional e imprevisível que relaciona as pessoas a eventos, contribui para os desfechos dos movimentos. A participação eventual não foi constatada nesse estudo, o que permite afirmar que o enfermeiro ainda possui limitações nesse tipo de participação.

Retomando as dimensões do processo de trabalho e em particular da participação política, observa-se uma postura tímida do enfermeiro diante da sociedade, o que pode trazer

repercussões para uma participação política efetiva. Na ESF a enfermeira considerou-se como um profissional com formação qualificada para exercer funções que o colocam em visibilidade. No entanto, essas mesmas enfermeiras ressentem-se da falta de valorização da sociedade sobre o seu trabalho, como mostra a fala a seguir.

“[...]é muito difícil ver o profissional de enfermagem se valorizando[...] A enfermagem ainda não conseguiu se colocar na sociedade como uma profissão essencial. Não se fala na mídia da importância do profissional de enfermagem[...].” (Vitória Régia)

Lessa e Araújo (2013), através de uma reflexão política da enfermagem, mencionam que a atuação do enfermeiro ainda é considerada invisível, por não fazer conhecer suas ações e seus conhecimentos científicos, portanto, o reconhecimento social se dará através da organização e estruturação interna como classe, compreendendo o seu papel e a sua importância na equipe de saúde. O enfermeiro ao expressar a desvalorização da profissão assume as limitações da participação política da categoria.

De um modo geral, ainda é considerado escasso o reconhecimento social do enfermeiro. Para modificar essa situação, aponta-se a necessidade de um compromisso efetivo e conjunto entre instituições de ensino, profissionais de saúde e órgãos representativos de classe, para que o trabalho do enfermeiro passe a ser socialmente conhecido e valorizado. Pai *et al.* (2006), ao identificar o enfermeiro como ser sócio-político, inferem que este deverá desenvolver um pensamento político ainda durante sua formação acadêmica ao participarem de atividades que envolvam questões sócio-políticas, para isso deverá ser relacionado o discurso ao contexto prático.

Em relação a população, quando ela entende a cidadania somente como direitos, esquecendo ou desconhecendo os deveres, interfere na participação política do enfermeiro. Sob esta perspectiva uma das participantes afirmou não se aprofundar na participação política por ter tido experiências difíceis com líderes de comunidade.

“[...]Não trabalho (a participação política), eu penso bastante porque a gente nunca sabe com quem a gente está falando[...]” (Girassol)

A participação política emerge na fala revestida de um certo temor, com uma certa desconfiança. Esse modo de conceber a participação política vai de encontro ao referido por Grosselli e Mezzaroba (2011, p. 7128), para quem a participação política *“tem como objetivo influenciar as decisões que contemplem os interesses coletivos e o exercício da cidadania”*. Também o diário de campo, registrou concepções equivocadas de participação política, pois

segundo as enfermeiras, ao abordar esse tema em suas práticas educativas, por vezes foi confundido como politicagem, política partidária e críticas infundadas sobre a gestão. A tomar pela afirmativa Guizardi e Pinheiro (2012), em que consideram a participação política como uma oportunidade de construção de uma democracia dentro dos serviços de saúde, ressaltando os indivíduos como atores do seu processo decisório, a partir do entendimento conceitual da participação política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar a dimensão educar do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família em Manaus/AM. Para tanto, buscou-se descrever o desenvolvimento da prática educativa do enfermeiro na ESF; examinar como o enfermeiro analisa suas práticas educativas; e, investigar nas práticas educativas do enfermeiro a transversalidade da participação política.

A análise dos dados permitiu concluir que:

As Unidades Básicas de Saúde não dispõem de espaço físico adequado para o desenvolvimento das práticas educativas;

A formação complementar das enfermeiras nas dimensões estudadas mostrou-se insuficiente, assim como o tempo de atuação na ESF;

As práticas educativas ancoram-se tanto no modelo tradicional, quanto no modelo dialógico de educação;

Os recursos didáticos nas práticas educativas são disponibilizados pelo Ministério da Saúde e outros são produzidos com recursos próprios das enfermeiras juntamente com a equipe de saúde;

Os conteúdos didáticos são essencialmente biológicos e fortemente induzidos pela gestão;

As enfermeiras percebem que o enfermeiro como profissional essencial para o desenvolvimento das práticas educativas;

As enfermeiras classificaram suas práticas educativas como exitosas, insatisfatórias e difíceis;

O perfil das enfermeiras mostrou sua participação em órgãos de classe e conselhos de saúde e de ética;

As formas de participação políticas das enfermeiras são: individual, coletiva e organizada;

A dimensão participar politicamente contempla o entendimento do “homem como ser político” mas esbarra no equívoco com “politicagem”, inviabilizando por vezes seu exercício;

A participação política nas práticas educativas, que “*contemple os interesses coletivos e os interesses da cidadania*” mostrou-se incipiente.

Diante de tais achados, sugere-se:

Oferecer espaço e infraestrutura necessários e adequados ao desenvolvimento da prática educativa;

Otimizar a formação complementar das enfermeiras nas dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, no caso em pauta, as dimensões educar e participar politicamente;

Dotar as UBS de recursos áudio visuais e materiais que permitam sua confecção;

Inserir conteúdos que promovam a autonomia e construção da cidadania das populações do território;

Agregar a participação eventual no cotidiano da prática do enfermeiro;

Rever a dinâmica de elaboração da agenda da educação em saúde, oportunizando as enfermeiras a fazer um diagnóstico das necessidades do território e intervenções nesse campo e Rever a distância existente entre as UBS e as áreas adstritas.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Enfermagem. Natureza e finalidade da ABEn. Brasília: ABEn; 1997. Disponível em <<http://www.abensp.org.br/abensp/finalidade/>>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

ALMEIDA, Marlise Capa Verde de Almeida; CEZAR-VAZ, Marta Regina; FIGUEIREDO, Paula Pereira; CARDOSO, Letícia Silveira; SANT'ANNA, Cynthia Fontella; BONOW, Clarice Alves. Registros em saúde como instrumento no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude*, v.8, n.3, Jul/Set; p.305-312. 2009.

AMARAL, MCS; PONTES, AGV; SILVA, JV. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface - Comunicação Saúde Educação* 2014; 18 Supl 2:1547-1558.

ANASTASIOU, LGC; ALVES, LP. (orgs) Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 10. Ed. Joinville, SC: UNIVILLE, 2012.

ANDRADE, ACV; SCHWALM, MT; CERETTA, LB; DAGOSTIN, VS; SORATTO, MT. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. *O mundo da saúde*, São Paulo. 2013,;37(4): 439-449.

ASSUNÇÃO, APF; BARBOSA, CR; TEIXEIRA, E; MEDEIROS, HP; TAVARES, IC; SABÓIA, VM. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(11):6329-35, nov., 2013.

BACKES, VMS; MOYA, JLM; PRADO, ML. Processo de construção do conhecimento pedagógico do docente universitário de enfermagem. *Ver. Latino-Am, Enfermagem*, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2009.

BERTONCINI, JH; PIRES, DEP; RAMOS, FRS. Dimensões do trabalho da enfermagem em múltiplos cenários institucionais. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011.

BORDENAVE, JED. Alguns fatores pedagógicos. *CADRHU*. Texto de apoio /Unidade 2. 1999.

BRASIL. Lei n.º 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Rio de Janeiro: 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

_____. Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n.º 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: 1987. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

_____. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm> Acesso em 20 de novembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Educação (CNE). Parecer n. 1133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a reformulação do código de ética dos profissionais em enfermagem. Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Gestão de Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Acesso em 30 de novembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Padronização visual de campanhas e materiais publicitários. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/campanhaspublicitarias?limitstart=0>>. Acesso em 30 de novembro de 2016.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.

CANDEIAS, NMF. Conceitos e educação de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saúde Pública, 31 (2): 209-13, 1997.

CASARIN, MR; PICCOLI, JCE. Educação em Saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciencia e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(9): 3925-3932, 2011.

CAUDURO, MHF; CAUDURO, A; SOUZA, ACA; BÓS, AJG; TERRA, NL. Condições de vida e de saúde dos idosos de Manaus e Porto Alegre. *Dados eletrônicos*. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011. 84 p.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

COSTA, FS; SILVA, JLL; DINIZ, MIG. A importância da interface educação/saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde. *Informe-se em promoção da saúde*, v.4, n.2. p.30-33, 2008.

COSTA, GM; FIGUEREDO, RC; RIBEIRO, MS. A importância do enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi – TO. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína*, v.6, n2, Pub.6, Abril 2013.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *O que é participação política*. 9ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DIAS, GAR; LOPES, MMB. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. *Rev Enferm UFSM* 2013 Set/Dez;3(3):449-460.

FERNANDES, CAV; BARBOSA, IMSP. Educação e mudança. *Revista Educação*, I (2), 2006.

FERNANDES, MCP; BACKES VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 jul-ago; jul-ago; 63(4): 567-73.

FIGUEIREDO, MFS; RODRIGUES-NETO, JF; LEITE, MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília: 2010 jan-fev; 63(1): 117-21.

FIRMINO, AA; MORAES, MC; NASCIMENTO, PEA; PAIVA, SMA; SILVEIRA, CA. Atuação de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família em um município de Minas Gerais. *Saúde (Santa Maria)*, Vol. 42, n. 1, p. 49-58, Jan./Jun, 2016.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. A utilização da Categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. *Rev Esc Enferm USP*, v. 39 (esp), p. 597-602, 2005.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 46ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005

_____, Paulo. *Pedagogia da Autonomia*. 25ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____, Paulo. *Educação e Mudança*. 12ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1986.

_____, Paulo. *Pedagogia da tolerância*. São Paulo: UNESP, 2004.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. Atlas, 2008.

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

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(1):7-18, jan, 2011.

GROSELLI, Grasiela; MEZZARROBA, Orides. A participação política e suas implicações para a construção de uma cidadania plena e de uma cultura política democrática. *Anais do XX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Belo Horizonte - MG nos dias 22, 23, 24 e 25 de Junho*, 2011.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 423-440, June 2012.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-65, abr./jun. 2009.

ITO, EE; PERES, AM; TAKAHASHI, RT; LEITE, MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev. Esc. Enferm USP*, 2006; 40(4): 570-5.

JESUS, AF; RIBEIRO, ER. Educação na área da saúde: importância da atuação do enfermeiro. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, vol.3 n.2, jul/dez 2013.

JESUS, MCP; SANTOS, SMR; AMARAL, AMM; COSTA, DMN; AGUILAR, KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saude soc.*, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 88-95, Aug. 2006.

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBCKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.10, n.1, p.32-49, jan./abr. 2001.

LESSA, Andréa Broch Siqueira Lusquinhos; ARAÚJO, Cristina Nunes Vitor. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. *REME • Rev Min Enferm*. 2013 abr/jun; 17(2): 474-480.

MACHADO, MFAS; MONTEIRO, EMLM; QUEIROZ, DT; VIEIRA, NFC; BARROSO, MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2): 335-342, 2007.

MACHADO, MH; VIEIRA, ALS; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 3 (3): 119-122, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 45(1):19-2, 2011.]

MOUTINHO, CB; ALMEIDA, ER; LEITE, MTS; VIEIRA, MA. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de Saúde da Família. *Trab.Educ.Saúde*, Rio de Janeiro, v.12 n.2, p.253-272, maio/ago.2014.

OLIVEIRA, Deíse Moura; DEUS, Nilzza Carlla Pereira; CAÇADOR, Beatriz Santana; SILVA, Érika Andrade; GARCIA, Pauliana Pimentel Coelho; JESUS, Maria Cristina Pinto; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Saberes e práticas de enfermeiros sobre a participação social na saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(3):394-400

OLIVEIRA, RL; SANTOS, MEA. Educação em saúde na estratégia saúde da família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG*, v.4, n. 2 – Nov.-Dez., 2011.

PAULA, Marcilene; PERES, Aida Maris; BERNARDINO, Elizabeth; EDUARDO, Elizabete Araújo; MACAGI, Silvânia Terezinha Silva. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*, v. 14, n. 4, p. 980-7. 2013.

_____, Marcilene; PERES, Aida Maris; BERNARDINO, Elizabeth; EDUARDO, Elizabeth Araújo; SADE, Priscila Meyenberg Cunha; LAROCCA, Liliana Muller. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. *REME Rev Min Enferm.*, v. 18, n. 2, p. 454-462, abr./jun. 2014.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa Focesi. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *O MUNDO DA SAÚDE*: jul/set 31(3):320-328. São Paulo: 2007.

PEREIRA, Dulcinéia de Fátima Ferreira; PEREIRA, Eduardo Tadeu. Revisitando a história da educação popular no Brasil: em busca de um outro mundo possível. *Revista HISTEDBR Online*, Campinas, n.40, p. 72-89, dez. 2010.

PIRES, DEP; MACHADO, RR; SORATTO, J; SCHERE, MA; GONÇALVES, ASF; TRINDADE, LL. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2677.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, Cinara da Silva; HECK, Rita Maria; CEOLIN, Teila; DILÉLIO, Alitéia Santiago; FACCHINI, Luiz Augusto Facchini. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saude* 2009; 8 (suplem.):85-91

ROCHA FILHO, Fernando dos Santos; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 919-928, June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300028-&lng=en&nrm=iso>.

ROCHA, Jesanne Barguil Brasileiro; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 jan/mar; 15(1):46-52.

RODRIGUES, BC; CARNEIRO, ACMO; SILVA, TL; SOLÁ, ACN; MANZI, NM; SCHECHTMAN, NP; MAGALHÃES, HLGO; DYTZ, JLG. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Educação Médica* 36 (1 Supl. 1): 149 – 154; 2012.

ROECKER, Simone; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; MARCON, Sonia Silva. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP*. P.46(3):641-9. 2012.

_____, Simone; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; MARCON, Sonia Silva. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-165, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de novembro de 2016.

SALCI, Maria Aparecida et al . Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, Mar. 2013

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília mar-abr; 60(2):221-4, 2007.

SANTINI SML, JEDLICZKA JRS, NUNES EFPA, Bortoletto MSS. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho. In: III Congresso Consad de Gestão Pública; 2010 Mar 15-17; Brasília (DF): Consad.

SÃO PAULO. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS. Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática) São Paulo: 1997. Revisto em 2001.

SARTI, DT; CAMPOS, CEA; ZANDONADE, E; RUSCHI, GEC; MACIEL, ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(3):537-548, mar, 2012.

SENA, LA; CAVALCANTI, RP; PEREIRA, IL; LEITE, SRR. Intersetorialidade e ESF: Limites e possibilidades no território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. *Rev Bras de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 3, pp. 337-342, 2012.

SCOCHI, Maria José; Mishima, Silvana Martins; PEDUZZI, Marina. Maria Cecília Puntel de Almeida: construtora de pontes entre Enfermagem e a Saúde Coletiva brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12):3891-3896, 2015.

SILVA, CCS, Rodrigues LMC, Silva VKBA, Silva ACO, Silva VLA, Martins MO. Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba – Brasil. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 jan/mar;15(1):205-14. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15074>>.

SILVA, Canã Borba; BUSNELLO, Grasielle Fátima; ADAMY, Edlamar Kátia; ZANOTELLI, Silvana dos Santos Zanotelli. Atuação de enfermeiros na atenção às mulheres no climatério. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(supl. 1):312-8, jan., 2015.

SILVA KL, RODRIGUES AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63:762-9.

SILVA, LK; SENA, RR; GANDRA, EC; MATOS, JAV; COURA, KRA. Promoção da saúde no Programa Saúde na Escola e a inserção da enfermagem. *REME • Rev Min Enferm.* 2014 jul/set; 18(3): 614-622.

SOUZA, Isabela Pilar Moraes Alves de; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. *Revista Baiana de Saúde Pública* v.33, n.4, p.618-62, Out./dez. 2009.

VALERETTO, Fernanda Aparecida; SOUZA, Maria Claudia de Souza; VORPAGEL, Márcia Gomes Barcellos. O Papel do enfermeiro integrante da Equipe da Estratégia de Saúde da Família em um município do interior paulista. *Brazilian Journal of Health*, São Paulo, v. 2, n. 2/3, p. 97-103, maio/dez. 2011.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1989.

VIANNA, CES. Evolução histórica do conceito de educação e os objetivos constitucionais da educação brasileira. *Janus*, vol. 3, n. 4 (2006).

ZANETTI, TG; SAND, ICPV; GIRARDON-PERLINI, NMO; KOPF, AW; ABREU, PB; Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. *Cienc. Cuid. Saúde*, 2010, jul-set; 9(3): 448-455.

APÊNDICES

**UFAM****APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa “Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: dimensão educativa”, sob responsabilidade da pesquisadora Dr^a Nair Chase da Silva e a mestranda Eveline Menezes Caçote Barbosa, a qual pretende analisar a dimensão educativa no processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia da Saúde Família em Manaus/ AM. Sua participação é voluntária e se dará por meio da resposta de um questionário com perguntas abertas e fechadas para caracterização do enfermeiro, também se dará através da observação de uma semana em seu ambiente de trabalho para que a mestranda possa acompanhar todas as atividades laborais e participará de uma entrevista que consiste em uma lista de perguntas abertas e flexíveis. Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde toda pesquisa com seres humanos possui risco. Nesta pesquisa os riscos envolvidos serão de intensidade mínima de desconforto na participação dos pesquisados, não existindo a possibilidade de risco de fatores físicos, já que não é uma pesquisa biomédica. A redução dos riscos aos participantes é o acompanhamento da equipe por meio de seus componentes com postura adequada e ética para realizar as atividades da pesquisa de forma que não gere dano ao participante. Porém, caso sofra algum tipo de prejuízo e/ou despesas, o (a) Sr (a) tem direito a indenização pelas pesquisadoras e cobertura material para reparação aos danos. Caso o (a) Sr (a) concorde em participar, o (a) Sr (a) contribuirá para gerar novos conhecimentos na educação como processo de trabalho do enfermeiro. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a mestranda no endereço Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus – AM, 69057-070, pelos telefones (92)3305-5100 / 3305 5112, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UFAM, na rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1881, ramal 2004 e celular 99171-2496 ou pelo email: cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós–Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Dr^a Nair Chase da Silva
Pesquisadora

Enf^a Eveline Menezes Caçote Barbosa
Mestranda

Manaus, _____ de _____ de 2016.

APÊNDICE B – Perfil do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família

1. Caracterização do (a) entrevistado (a)

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

1.1 Dados sócio-demográficos

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão/ocupação: _____ Tempo de atuação profissional: _____ Tempo de trabalho na ESF (ano/ mês): _____ Regime de trabalho: _____ Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

1.2 Dados educacionais

Participou do treinamento introdutório (Saúde da Família): () Sim () Não

Participou de algum curso de atualização? () Não () Sim

Qual (is): _____

Formação: () Especialização

Qual (is): _____

() Mestrado

Qual: _____

Outro (atualização): _____

1.3 Dados socio-políticos

Participa/participou de em algum grupo social (associação de moradores/ igreja/ órgão representativo de classe, movimentos etc)? () Não () Sim

Qual (is): _____

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi estruturada

1. Fale-me sobre o seu trabalho nesta unidade. O que você faz? Como você faz?

2. Descreva como ocorrem suas atividades educativas: educação permanente e educação em saúde.

3. Quais os materiais e instrumentos que você utiliza para a execução da educação permanente e educação em saúde?

4. Como você realiza as atividades educativas?

5. Qual a finalidade da realização da educação permanente e da educação em saúde?

6. Descreva uma prática de educação permanente que você tenha realizado.

7. Descreva uma prática de educação em saúde que você tenha realizado.

8. Como você avalia os avanços das práticas educativas.

9. Como você avalia os limites das práticas educativas.

10. Como você analisa sua atividade educativa?

11. Na sua opinião o que poderia melhorar nas práticas educativas

APÊNDICE D - Roteiro de observação

Aspectos a serem identificados na observação na USF:

- Infra estrutura:

1. Caracterização da Instituição em relação à ESF: estruturação e condições de espaço físico, área externa, localização, área coberta, equipamentos e instrumentos disponíveis para o atendimento a cliente e organização da equipe.

2. Como está organizado e estruturado o espaço físico destinado as atividades educativas (educação permanente e educação em saúde) o material didático-pedagógico, TV, retroprojektor.

- Organização do processo de trabalho

3. Organização do trabalho: horário de trabalho, articulação intersetorial, planejamento do trabalho, o espaço da dimensão educar/participação política e as demais dimensões do processo de trabalho

4. Organização do atendimento a clientela: horário de atendimento, educação em saúde, sistema de referência e contra-referência, interrelação entre enfermeiro e usuários/ família/comunidade.

6 _____ te?

Em nível de unidade, municipal/secretaria de saúde ou do(a) enfermeiro(a)? Qual é o referencial? Qual a importância do projeto educativo, educação em saúde e continuada?

7. Identificação dos elementos da dimensão educativa: objeto do trabalho, instrumentos de trabalho, agentes de trabalho, finalidade e produto final.

- Participação política:

8. Identificar meios de negociação com outros profissionais e intersetoriais.

9. Identificar o componente técnico e o componente político da prática educativa.

ANEXOS

ANEXO A
PLANO DE AÇÃO

TEMA:

OBJETIVO GERAL:

PERÍODO:

DATA DO EVENTO:

PÚBLICO ALVO:

Turno	Ação	Atividades	Estratégias	Avaliação	Nº de Participantes

ANEXO B



Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adlanópolis –
Manaus – AM
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8987
gesau@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

Autorização para Pesquisa nº 01/2016 – GESAU/SEMSA

Manaus, 20 de janeiro de 2016.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA SEMSA

Declaramos para os devidos fins que a Gerência de Gestão da Educação na Saúde - GESAU autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

TÍTULO: PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
DIMENSÃO EDUCATIVA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: EVELINE MENEZES CAÇOTE BARBOSA

PROFESSOR ORIENTADOR: NAIR CHASE DA SILVA

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM

PERÍODO DE REALIZAÇÃO: 01/02/2016 a 31/08/2016

LOCAL DA PESQUISA: DISA NORTE: N58

DISA SUL: S45

DISA OESTE: O02

DISA LESTE: Módulo de Saúde da Família Silas Oliveira Santos

DISA RURAL: UBSFR Pau Rosa

Informamos que o pesquisador responsável apresentou o parecer ético consubstanciado (anuência) emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP assegurando que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares; e os objetivos e a metodologia para seu desenvolvimento não irão interferir no fluxo normal da Instituição; não serão utilizados insumos da SEMSA (recursos humanos, material de expediente etc.); nem gerarão ônus para a Secretaria.

Salientamos que esta autorização é voluntária e foi deferida pelo Departamento de Atenção Primária – DAP e as Unidades de Saúde referidas foram sugestão dos respectivos Distritos de Saúde, podendo a qualquer momento ser solicitado esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada. A mesma corresponde ao projeto básico encaminhado previamente à chefia do Local da Pesquisa pela Gerência de Gestão da Educação na Saúde.

Enfatizamos que o **PESQUISADOR RESPONSÁVEL SE COMPROMETE** em apresentar cópia deste documento à chefia do Local da Pesquisa.

Dessa forma, solicitamos que a realização da pesquisa seja acompanhada assegurando o bem-estar dos participantes e pesquisadores.

Ademarina Teixeira Cardoso
Ademarina Teixeira Cardoso
Gerência de Gestão da Educação na Saúde
SEMSA

ADEMARINA TEIXEIRA CARDOSO
Gerência de Gestão da Educação na Saúde
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação

Eveline Menezes Caçote Barbosa
EVELINE MENEZES CAÇOTE BARBOSA
Pesquisador(a) Responsável

72525720210
CPF

21/01/16
DATA

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIMENSÃO EDUCATIVA

Pesquisador: Eveline Menezes Caçote Barbosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51292415.4.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.387.322

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O processo de trabalho tem sido objeto de estudo daqueles que buscam conhecer a organização do trabalho das profissões, o que tem gerado um conhecimento mais aprofundado do fazer de cada profissão e impulsionado as interrelações com as demais profissões. O estudo do processo de trabalho permite transformações na realidade dos profissionais ao proporcionar reflexões nos agentes envolvidos, tais como o fazer consciente, a relação com a equipe de trabalho e os clientes, e os aspectos organizacionais e estruturais que envolvem o ambiente de trabalho, a educação é uma das funções essenciais do trabalhador de enfermagem na Saúde Pública, os processos educativos possuem uma relação direta com a transformação do trabalhador. O objetivo da pesquisa é analisar a dimensão educativa do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia da Saúde Família em Manaus/AM. A pesquisa terá uma abordagem qualitativa de cunho descritivo e exploratório.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a dimensão educativa do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia da Saúde Família em Manaus/AM.

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130
	E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.387.322

Objetivo Secundário:

Descrever o desenvolvimento da prática educativa do enfermeiro da ESF. Investigar a transversalidade da participação política nas atividades educativas do enfermeiro. Examinar como o enfermeiro analisa sua prática educativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde toda pesquisa com seres humanos possui risco (BRASIL, 2012a). Nesta pesquisa os riscos envolvidos serão de intensidade mínima de desconforto na participação dos pesquisados, não existindo a possibilidade de risco de fatores físicos, já que não é uma pesquisa biomédica. Existe o baixo risco de dano social, sem intencionalidade de danos, já que estes responderão ao instrumento de forma anônima e sem coerção para tal e nenhum risco para danos econômicos envolvidos. No entanto, esses riscos são justificáveis, já que existe uma elevada possibilidade de gerar conhecimento. A redução dos riscos aos participantes é o acompanhamento da equipe por meio de seus componentes com postura adequada e ética para realizar as atividades da pesquisa de forma que não gere dano ao participante, com supervisão técnica das atividades com a anuência das atividades previstas pelo corpo técnico da instituição que será submetido o trabalho.

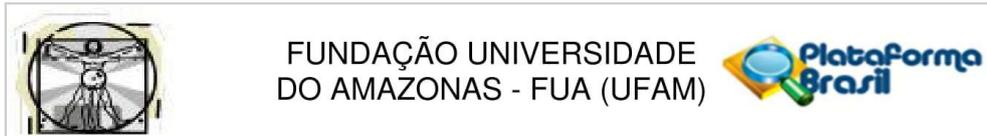
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa de cunho descritivo e exploratório. O método qualitativo se aplica aos estudos das relações, das representações, das crenças e das percepções e das opiniões, produtos das interpretações de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014). A pesquisa irá analisar a dimensão educativa do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia da

Saúde Família, e explorar o assunto através dos instrumentos de coleta de dados. Com a pesquisa descritiva exploratória, espera-se que sejam alcançados os objetivos propostos no estudo. Campo de Estudo O espaço de realização da pesquisa será as Unidades de Saúde da Família – USF – em Manaus. No município de Manaus existem 187 USF vinculadas aos cinco Distritos Sanitários – DISA, denominados Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural (DATASUS, 2015). A escolha da USF será por amostragem intencional, que segundo Gil (2008) é baseada nas informações disponíveis, e que pode ser considerada representativa de toda a população. Para compor a amostra da população do estudo serão usados como critérios: USF indicadas pela Secretaria de Saúde de Manaus e que as

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130
	E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.387.322

equipes desempenhem um trabalho de qualidade, USF que esteja em funcionamento por no mínimo um ano e USF que possuam equipes mínima completa. Serão excluídas as unidades mistas com presença de mais de

um modelo assistencial no mesmo espaço físico. No total, farão parte desta pesquisa como campo de estudo cinco USF do município de Manaus, sendo uma de cada distrito sanitário. População de Estudo Os sujeitos da pesquisa serão os enfermeiros lotados em USF de Manaus. Quanto aos critérios de inclusão farão parte do grupo de estudo enfermeiros do quadro de servidores efetivos, que estejam trabalhando na ESF com atuação

profissional mínima de 12 meses na mesma USF e que tenham a disponibilidade para participar da pesquisa. Serão excluídos da pesquisa os enfermeiros que estejam em regime de trabalho temporário e com menos de 12 meses de atuação profissional na mesma USF. Técnicas e Instrumentos de coleta de dados Como técnicas de coleta de dados serão utilizadas a entrevista e a observação participante. Serão utilizadas como

instrumentos de coleta de dados um questionário, um roteiro de entrevista e um roteiro de observação. Entrevista Define-se entrevista como técnica de coleta de dados em que o pesquisador se apresenta frente ao participante e lhe formula perguntas (GIL, 2008). Nesta pesquisa, a entrevista terá a finalidade de atingir os objetivos de descrever o desenvolvimento da prática educativa do enfermeiro na ESF e de examinar como o enfermeiro

analisa sua prática educativa. Inicialmente será construído o perfil dos sujeitos com a finalidade de caracterização da população do estudo (apêndice A). Para tanto serão utilizados questionários e serão respondidos por escrito, serão entregues aos enfermeiros selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão já descritos. Como instrumento de coleta de dados será utilizado um questionário, pode-se definir como uma técnica de

investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações (GIL, 2008). Nesta pesquisa seguindo a classificação de Gil (2008), as entrevistas serão semiestruturadas, para tanto será utilizado um roteiro de entrevista (apêndice B). As entrevistas serão previamente marcadas no local e horário conforme disponibilidade do participante, será utilizada Observação Participante É uma

técnica considerada não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para a compreensão da realidade. O pesquisador se incorpora ao grupo, confunde-se com ele, participando de atividades normais dos membros do grupo pesquisado (MINAYO, 2014). A observação participante terá a finalidade de descrever o desenvolvimento da prática educativa do enfermeiro na ESF e investigar a transversalidade da participação política nas

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.387.322

atividades educativas

Tamanho da Amostra no Brasil: 5

Critério de Inclusão:

Quanto aos critérios de inclusão farão parte do grupo de estudo enfermeiros do quadro de servidores efetivos, que estejam trabalhando na ESF com atuação profissional mínima de 12 meses na mesma USF e que tenham a disponibilidade para participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Os critérios de exclusão da população do estudo serão os enfermeiros que estiverem de licença médica, enfermeiros que estiverem de férias e enfermeiros que estiverem exclusivamente em atividades externas no período da coleta de dados. Serão excluídos também aqueles que solicitarem ajuda financeira e/ou material para participarem da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Critérios de Exclusão: ADEQUADOS

Cronograma – ADEQUADO

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão do exposto, somos de parecer que o projeto seja APROVADO, pois cumpriu as determinações da Res. 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_627843.pdf	10/12/2015 19:53:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pp.docx	10/12/2015 19:52:26	Eveline Menezes Caçote Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/12/2015 17:09:57	Eveline Menezes Caçote Barbosa	Aceito
Cronograma	cronograma.doc	09/12/2015 16:08:23	Eveline Menezes Caçote Barbosa	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.387.322

Outros	Instrumentos.docx	17/11/2015 13:58:23	Eveline Menezes Caçote Barbosa	Aceito
Outros	TA.pdf	17/11/2015 12:05:05	Eveline Menezes Caçote Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	17/11/2015 11:17:27	Eveline Menezes Caçote Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 12 de Janeiro de 2016

Assinado por:

**Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)**

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br